

T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**SERVİKS VE ENDOMETRİUM KANSERLİ HASTALARDA
BRAKİTERAPİ SONRASI CİNSEL İŞLEVSELLİK**

Sevda ÖZMEN

Kocaeli Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetmeliğinin
Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans
Programı İçin Öngördüğü BİLİM UZMANLIĞI TEZİ
Olarak Hazırlanmıştır

KOCAELİ
2019

T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SERVİKS VE ENDOMETRİUM KANSERLİ HASTALARDA BRAKİTERAPİ SONRASI CİNSEL İŞLEVSELLİK

Sevda ÖZMEN

Kocaeli Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetmeliğinin
Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans
Programı İçin Öngördüğü BİLİM UZMANLIĞI TEZİ
Olarak Hazırlanmıştır

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Kader MERT
Etik Kurul Onay Numarası: KÜ GOKAEK 2018/43

KOCAELİ
2019

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE





Tez Adı: Serviks ve Endometrium Kanseri Hastalarda Brakiterapi Sonrası Cinsel İşlevsellik

Tez yazarı: Sevda ÖZMEN

Tez savunma tarihi: 11.09.19

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Kader MERT

Bu çalışma, sınav kurulumuz tarafından Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalında BİLİM UZMANLIĞI TEZİ olarak kabul edilmiştir.

SINAV KURULU ÜYELERİ		İMZA
BAŞKAN	Doç. Dr. Hosibe Kadioglu	
ÜYE (DANIŞMAN)	Dr. Öğr. Üyesi Kader Mert	
ÜYE	Prof. Dr. M. Gökrem AKRO	
ÜYE	Doç. Dr. Fela Yirmibesoglu Erkal	
ÜYE		

Onay

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

13.09/2019
Prof. Dr. Sema Aşkın Keçeli
KOÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

ÖZET

Serviks ve Endometrium Kanserli Hastalarda Brakiterapi Sonrası Cinsel İşlevsellik

Amaç: Araştırma serviks ve endometrium kanserli hastalarda brakiterapi sonrası cinsel işlevselliğin değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Bu araştırma tanımlayıcı bir çalışma olarak Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Radyasyon Onkolojisi Ünitesi'nde yürütüldü. Araştırmaya Radyasyon Onkoloji Ünitesi'nde 26.10.2018-01.03.2019 tarihleri arasında serviks ve endometrium kanseri nedeniyle brakiterapi tedavisi yapılan ve araştırmaya katılma kriterlerine uygun yirmi bir hasta katılmıştır. Veriler; Veri Toplama Formu, Kadın Cinsel İşlev Ölçeği ve bireysel derinlemesine görüşme formu ile elde edildi. Nicel verilerin değerlendirilmesinde ortalama, standart sapma ve Mann Whitney U testi, nitel verilerin değerlendirilmesinde ise içerik analizi yöntemi kullanılmıştır.

Bulgular: Katılımcıların %57.1'inin Endometrium kanseri tanısına sahip olduğu, yaş gruplarına, tıbbi tanılarına, kemoterapi alma ve cerrahi tedavi alma durumlarına göre Kadın Cinsel İşlev Ölçeği alt ölçekleri ve ölçek toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak bir farkın olmadığı ($p>.05$), düşük yapma durumlarına göre "İstek Alt Ölçeği" puan ortalamaları ve "Kadın Cinsel İşlev Ölçeğin Toplam" puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<.05$), kürtaj yapma durumlarına göre "İstek Alt Ölçeği" puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<.05$), radyoterapi eğitimi alma durumlarına göre; "Doyum Alt Ölçeği" puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ($p<.05$). Nitel veriler, hastalığa verilen tepki, cinsellik ve eşlerin yaklaşımı olmak üzere üç ana tema altında değerlendirildi.

Sonuç: Araştırmada katılımcıların cinsel işlevlerin düşük olduğu, düşük yapma, kürtaj olma ve radyoterapi tedavisi konusunda eğitim almama durumlarının cinsel işlevini olumsuz etkilediği belirlenmiştir. Hastalığa verilen tepki teması altında; üzüntü, çaresizlik, hastalığı kabullenme alt temalarına, cinsellik teması altında; cinsel isteksizlik ve ağrı, korku, akıntı ve bilgi eksikliği nedeniyle cinsel ilişkiyi red etme alt temalarına, eşlerin yaklaşımı teması altında ise hoşgörü ve anal seks alt temalarına ulaşılmıştır.

Anahtar Sözcükler: Cinsel işlevsellik, brakiterapi, serviks kanseri, endometrium kanseri, hemşirelik

ABSTRACT

Sexual Functionality in Patients with Cervical and Endometrial Cancer After Brachytherapy

Objective: The research was conducted in order to evaluate the sexual functionality after brachytherapy in patients with cervical and endometrial cancer.

Method: This research was conducted at Kocaeli University Research and Application Hospital Radiation Oncology Unit as a descriptive study. Twenty-one brachytherapy patients applied with cervical and endometrial cancer attended to this research in accordance with inclusion criterias between 26.10.2018 and 01.03.2019 dates in Radiation Oncology Unit. Information achievement process is performed by using Data Collection Form, Female Sexual Functionality Indicator and Individual in-depth Interview forms. In quantitative data evaluation average, standart deviation and Mann Whitney U Test, in qualitative data evaluation content analysis methods applied.

Results: It is established that %57.1 of the participants has the diagnosis of Endometrium CA and there is no statistically significant difference ($p>.05$) between Female Sexual Functionality Indicator subscales and the mean of scale total scores with respect to the ages, medical diagnoses of the participants and whether they have chemotherapy treatment and surgical therapy. However, the difference between the mean of “Desire Subscale scores” and the mean of “Female Sexual Functionality Indicator’s total scores” with respect to whether having miscarriage is statistically significant ($p<.05$). Additionally, both the difference in between the mean of “Desire Subscale scores” with respect to whether having an abortion and the difference in between the mean of “Orgasm Subscale scores” with respect to whether having radiotherapy training are statistically significant ($p<.05$). Qualitative data has been assessed under 3 main topic which are the reaction to the disease, sexuality and spouses approach.

Conslusions: In the study, it was determined that the sexual functions of the participants were low, abortion and not training on radiotherapy treatment negatively affect the sexual function of the subjects. In disease reaction topic; sadness, desperation, disease acknowledge sub-topics, in sexuality sub-topic; sexual anorexia and pain, fear, flix and sexual relationship rejection due to lack of knowledge sub-topics, in couples attitude topic; toleration and sex sub-topics figured out.

Key Words: Sexual functionality, brachytherapy, cervical cancer, endometrial cancer, nursing.



TEŞEKKÜR

Tez alışmamın planlanmasında, yürütülmesinde, istatistiksel analizlerinde emeğini esirgemeyen, bilimsel birikimi ile çalışmama ışık tutan ve desteğini her zaman hissettiğim danışman hocam Sayın Doç. Dr. Kader MERT'e,

Bana yol gösteren, sonuna kadar beni yüreklendiren ve her koşulda yanımda olan sevgili arkadaşım Havva BOZDEMİR'E,

Hayatıma anlam katan ve tez aşamasında da yardımını esirgemeyen, her zaman güç veren değerli hayat arkadaşım Uğur ÖZMEN'e, çalışmaların esnasında varlığıyla bana huzur ve mutluluk veren sevgili kızım Nazlı Özmen'e,

Çalışmam sırasında desteğini esirgemeyen Prof. Dr. Maksut Görkem AKSU' ya,

Çalışmama gönüllü olarak katılan tüm hastalara,

Tüm mesai arkadaşlarıma sonsuz teőekkürlerimi sunarım.

TEZİN AŞIRMA OLMADIĞI BİLDİRİSİ

Tezimde başka kaynaklardan yararlanılarak kullanılan yazı, bilgi, çizim, çizelge ve diğer malzemeler kaynakları gösterilerek verilmiştir. Tezimin herhangi bir yayından kısmen ya da tamamen aşırma olmadığını ve bir İntihal Programı kullanılarak test edildiğini beyan ederim.

..... / / 2019

Sevda ÖZMEN

İÇİNDEKİLER

ÖZET	iv
İNGİLİZCE ÖZET	v-vi
TEŞEKKÜR	vii
TEZİN AŞIRMA OLMADIĞI BİLDİRİSİ	viii
İÇİNDEKİLER	xi-xi
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	xii
ÇİZİMLER DİZİNİ	xiii
ÇİZELGELER DİZİNİ	xix
1. GİRİŞ	1
1.1.Genel Bilgiler	2
1.1.1.Kanser Nedir?	2
1.1.2.Jinekolojik Kanserler	4
1.2.2.1. Serviks Kanseri ve Epidemiyolojisi, Risk Faktörleri	4
1.2.2.2. Serviks Kanserlerinin Belirti, Tanı ve Tedavisi	5
1.2.2.3. Endometrium Kanseri ve Epidemiyolojisi, Risk Faktörleri	8
1.2.2.4. Endometrium Kanseri Belirtileri, Tanı ve Tedavisi	8
1.1.3.Brakiterapi	11
1.1.3.1. Brakiterapi Nedir?	11
1.1.3.2. Serviks Kanseri ve Endometrium Kanseri Hastalarında Brakiterapi	14
1.1.4.Cinsel İşlevsellik	15
1.1.4.1. Cinsellik Nedir?	15
1.1.4.2. Cinsel İşlevsellik ve Cinsel İşlev Bozukluğu Nedir?	16
1.1.4.3. Serviks ve Endometrium Kanserli Kadınlarda Cinsel İşlevsellik ve Cinsel İşlev Bozukluğu	18
1.1.4.4. Brakiterapi Tedavisi Sonrası Kadınlarda Cinsel İşlevsellik ve Cinsel İşlev Bozukluğu	20
1.1.4.5. Serviks Ve Endometrium Kanserli Kadınların Cinsel İşlevselliğini Değerlendirmede Hemşirenin Rolü	21
2.AMAÇ	24
3.YÖNTEM	25
3.1. Araştırmanın Tipi	25

3.2. Araştırmanın Yeri	25
3.3. Araştırmanın Zamanı	25
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	25
3.5. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenlerinin Belirlenmesi	26
3.6. Araştırmada Kullanılan Araç ve Gereçlerin Tanımlanması	26
3.6.1. Veri Toplama Formu	26
3.6.2. Kadın Cinsel İşlev Ölçeği(FSFI)	26
3.6.3. Bireysel Derinlemesine Görüşme Formu	27
3.7. Uygulama	28
3.8. Etik Boyut	29
3.9. Verilerin Analizi	29
4. BULGULAR	30
4.1. Nicel Verilere İlişkin Bulgular	30
4.2. Nitel Verilere İlişkin Bulgular	35
4.2.1. Hastalığa Verilen Tepki	36
4.2.1.1. Üzüntü	36
4.2.1.2. Çaresizlik	37
4.2.1.3. Hastalığı Kabullenme	37
4.2.1.3.1. Dini İnanç	37
4.2.1.3.2. Tedavi Olacağına İnanma	37
4.2.2. Cinsellik	37
4.2.2.1. Cinsel İsteksizlik	37
4.2.2.2. Cinsell İlişkiyi Red Etme	38
4.2.2.2.1. Korku	38
4.2.2.2.2. Ağrı	38
4.2.2.2.3. Akıntı	38
4.2.2.2.4. Bilgi Eksikliği	38
4.2.3. Eşlerin Tepkisi	39
4.2.3.1. Hoşgörü	39
4.2.3.2. Anal Seks	39
5. TARTIŞMA	40
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	45
KAYNAKLAR	48

ÖZGEÇMİŞ	56
EKLER	
EK 1 Veri Toplama Formu	58
EK 2 Kadın Cinsel İşlev Ölçeği (FSFI)	60
EK 3 Bireysel Derinlemesine Görüşme Soruları	62
EK 4 Kadın Cinsel İşlev Ölçeği (FSFI) Kullanma İzni (Doç.Dr.Dilek AYGİN)	63
Ek 5 Kurum İzni	64
EK 6 Etik Kurul İzni	65
EK 7 Hasta Onam Formu Örneği	67
EK 8 Tez Kontrol Çizelgesi	68



SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ

IRT: Internal Radyoterapi

ERT: Eksternal Radyoterapi

HPV: Human Papilloma Virüs

BT: Bilgisayarlı Tomografi

MRG: Magnetik Rezonans

PET: Pozitron Emisyon Tomografi

TNM: Tümör durumu (T), lenf nodu durumu (N), sistemik durumu (M)

FIGO: Uluslararası Obstetrik ve Jinekoloji Federasyonu

5-FU: 5-Flourourasil

PAP: Papanicolau smear

HIV: Human Immunodeficiency Virus

RT: Radyoterapi

TAH+BSO: Total Abdominal Histerektomi +Bilateral Salpingo-Ooforektomi

HDR: Yüksek doz hızı

LDR: Düşük doz hızı

ABS: American Brachytherapy Society

WHO: World Health Organization

DSM-V: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fifth Edition

APA: American Psychiatric Association

PAHO: Pan American Health Organization

BSFIW: Brief Sexual Function Index for Women

FSFI: Kadın Cinsel İşlev Ölçeği, Female Sexual Function Index

GRISS: Golombok Rust Cinsel Doyum Envanteri, Golombok-Rust Inventory of Sexual Satisfaction

SFQ: Cinsel Fonksiyon Anketi, Sexual Function Questionnaire

CSFQ: Cinsel Fonksiyonlarda Değişiklikler Anketi, Changes in Sexual Functioning Questionnaire

IFSF: Kadın Cinsel Fonksiyon Sorgulama İndeksi, Index of Female Sexual Function

ACS: American Cancer Society (Amerika Kanseri Birliği)

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

BT: Brakiterapi

Ca: Kanseri

ÇİZİMLER DİZİNİ

Çizim 1.1. Tüm kanserler yaşa standardize insidans hızlarının cinsiyete göre 2010-2014 yılları arasındaki dağılımı.....	3
Çizim 1.2. Kadınlarda en sık görülen kanserlerin toplam sayısı ve yüzde dağılımları.....	4
Çizim 1.3. İntrakaviter brakiterapi.....	13



ÇİZELGELER DİZİNİ

Çizelge 1.1. Endometrium Kanseri FIGO Evrelemesi.....	10
Çizelge 3.1. Kadın cinsel işlev ölçeği alt boyutları, soruların numaraları, puan aralıkları, faktör yükleri ve alınabilecek en düşük ve en yüksek puanlar	27
Çizelge 4.1. Kadınların genel özellikleri (n=21).....	30
Çizelge 4.2. Hastaların hastalıklarına ait özellikler.....	31
Çizelge 4.3. Cerrahi, radyoterapi ve kemoterapi eğitim aldıkları kişiler.....	32
Çizelge 4.4. Bazı değişkenlere göre FSFI ölçeği ve alt ölçeklerinin puan ortalamaları.....	33
Çizelge 4.5. FSFI ölçek değerlendirmesi.....	35
Çizelge 4.6. Brakiterapi alan katılımcıların cinsel yaşamlarını etkileyen tema ve alt temalar.....	35

1.GİRİŞ

Kadın üreme organlarında oluşan jinekolojik kanserlerin belirtileri etkilenen organa göre farklı belirti-bulgular göstermektedir. Başlıcaları endometrium, serviks ve over kanserleridir (Pınar ve diğ. 2008).

Aydoğdu ve Özsoy'un makalesinde bildirdiği üzere, tüm dünyada, yılda 400.000'in üzerinde serviks kanseri vakası görülmekle birlikte her yıl yaklaşık 250.000 hasta serviks kanserinden ölmektedir (Aydoğdu ve Özsoy 2018). Türkiye'de 2015 yılı verilerine göre ise, serviks kanseri tüm kadın kanserleri içerisinde onuncu sıradadır. Ayrıca tüm yaş gruplarındaki kadın kanserlerinde dağılımı %2,4'tür (TÜİK 2015). Endometrium kanserinin dünyadaki insidansı 100.000'de 14,7 ve mortalite hızı 100.000'de 2,3 olarak bilinmektedir (Siegel ve diğ.2017). Türkiye'de ise kadınlarda görülen malignitelere 4.sirasında yer almakta ve görülme insidansının 100.000'de 9,8 olduğu bildirilmektedir (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu 2014).

Jinekolojik kanserlerin cerrahi, kemoterapi ve radyoterapi tedavileri sonrası ve sonrasında kadın biyo-psiko-sosyal sağlığı üzerindeki olumsuz etkileri çok boyutludur (Reis 2003). Kadın üreme organlarının, kadının cinsel kimliğini belirlemede önemli role sahip olması nedeniyle, jinekolojik kanserler, kadın ve ailesinin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Bu olumsuz etkilere, beden imajında değişiklik, cinsel kimliğinde yetersizlik hissi ve üreme yeteneği kaybı korkusu gibi örnekler verilebilir (Taşkın 2016, Kanbur ve Çapık 2011).

Cinsellik ve cinsel işlevin, hasta ve sağlık çalışanları tarafından tabu olarak görülmekte ve bu nedenle ifade edilmesinde güçlük yaşanmaktadır. Yapılan çalışma sonuçlarına göre, cinsel işlev bozukluğunun kadınların %43'ünde, erkeklerin ise %31'inde görüldüğü bildirilmiştir (Aygin ve Eti Aslan 2005).

Jinekolojik kanserlerin tedavisinde radyoterapi, IRT (Brakiterapi) ve ERT (Eksternal Radyoterapi) olarak uygulanmaktadır. Brakiterapi tedavisi uygulamasında radyasyon tümör içine ya da tümöre yakın bir alana verilmektedir (Irmak ve Oskay 2013). Brakiterapi uygulaması, "vajinal kuruluk", "hissizlik", "lumbrikasyon", "cinsel ilişkiye ilgi azalması", "cinsel ilişki sonrası memnuniyetin azalması", "disparoni" ve "orgazm" gibi sorunlarla karşılaşmaya yol açmaktadır (Juraskova ve diğ. 2003). Kanser tedavisi sonrası görülen yan etkiler beden imajını dolayısıyla cinselliği olumsuz etkilemektedir (Frumovitz ve diğ. 2005).

Serviks ve endometrium kanseri hastalarında brakiterapi tedavisi sonrasında oluşan sorunların cinsel işlevi etkilediği düşünülmektedir. Bu hasta grubunda brakiterapi tedavisinin, cinselliğe ve cinsel işlevselliğe etkilerinin incelenmesi gerekmektedir. Bu inceleme ile kadınların bu alanda yaşadıkları problemlerin anlaşılmasında, çözümünde ve yaşam kalitesini olumlu etkileyebilecek yeni bakım süreçlerinin geliştirmelerinde, sağlık bakım hizmeti veren hemşirelere yol göstereceği düşünülmektedir. Bu nedenle; bu araştırmanın amacı, serviks ve endometrium kanserli hastalarda brakiterapi sonrası cinsel işlevselliğin değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

1.1. Genel Bilgiler

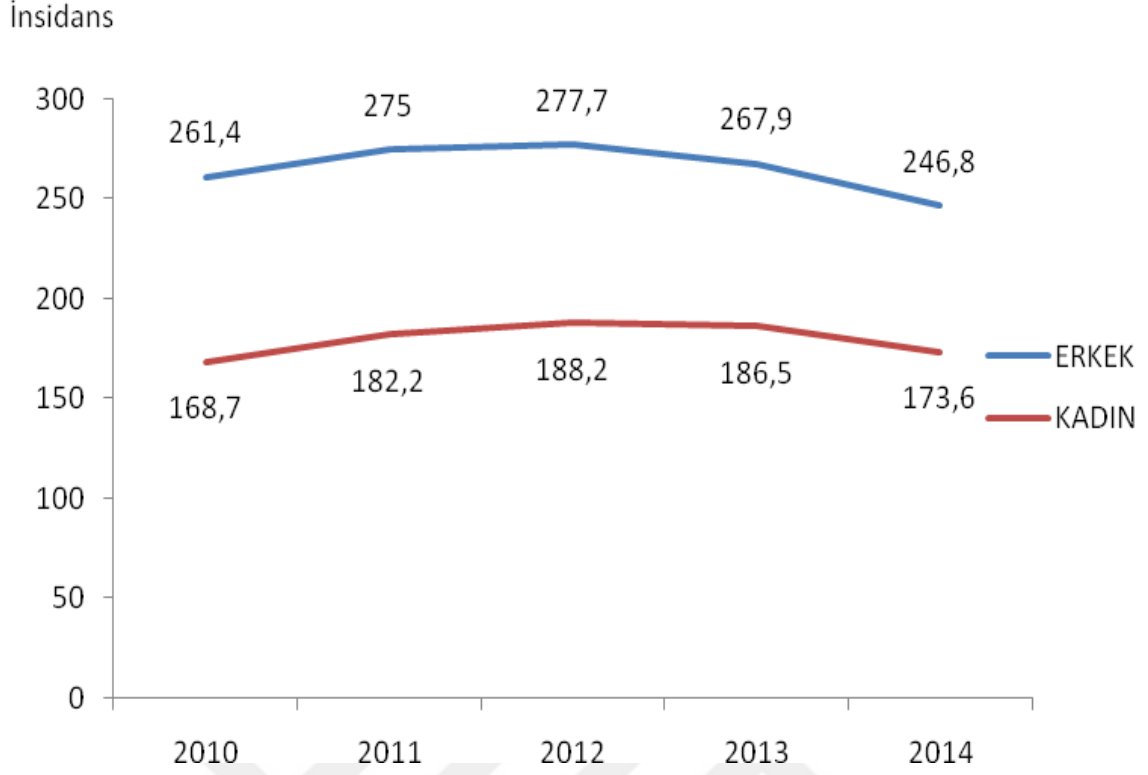
1.1.1. Kanser Nedir?

Kanser, “kontrolsüz bir şekilde büyüyen hücreler” olarak tanımlanmaktadır. Dünyada ve Türkiye’de morbidite ve mortalite oranlarının arttırmasına neden olmaktadır. (Aygin ve Yaman 2017, Aliustaoğlu 2009).

Kanser; fizyolojik etkilerinin yanında psikolojik, sosyal, maddi ve manevi yönleri ile tüm yaşamı etkileyen bir sağlık sorunudur. Yaş, cinsiyet, dil, din, ırk ayırımı yapmaksızın her sene 14 milyon kişinin yakalandığı ve 8,2 milyon kişinin yaşamının sonlanmasına neden olmaktadır. Bunun yanında, kardiyovasküler hastalıklardan sonra ikinci ölüm sebebidir. Ulusal Kanser Kontrol Planı Raporuna göre, 2030 yılında 22 milyon yeni kanser olgusunun görülmesi ve 2008 sonuçlarına göre yeni kanser vakalarının %75 oranında artması beklenmektedir (Ulusal Kanser Kontrol Planı 2013-2018).

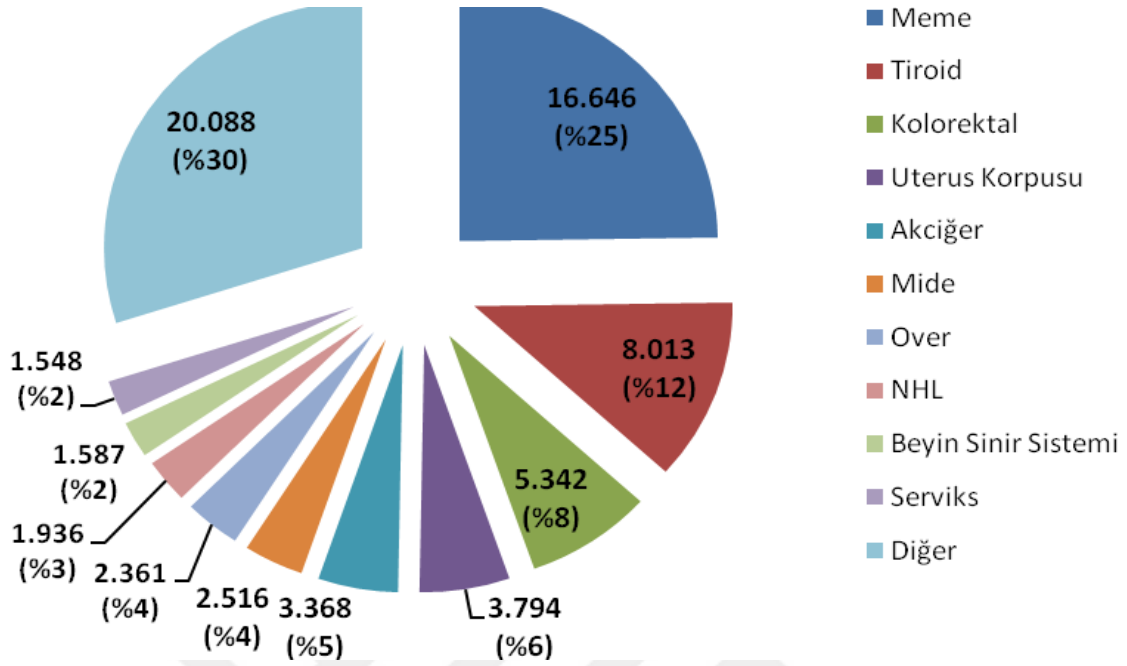
2008 Dünya Kanser Raporu’nda dünyada kanser hastalığının daha fazla görüleceği ve 2030 yılında bu hastalık kaynaklı ölümlerin 17 milyona ulaşacağı tahmin edildiği bildirilmiştir (World Cancer Reports 2008).

Türkiye’deki en son verilere göre; bir yıl içerisinde yaklaşık 96.200 erkek ve 67.200 kadına kanser tanısı konulduğu, son 5 yıl verilerine göre ise kanser sıklığında herhangi bir artma ve azalmanın görülmediği raporlanmıştır (Çizim 1.1) (TÜİK 2016).



Çizim 1.1. Tüm kanserler yaşa standardize insidans hızlarının cinsiyete göre 2010-2014 yılları arasındaki dağılımı (Her 100 bin kişide yıllık teşhis edilen kanser sayısı) (TÜİK 2016)

Türkiye’de ve dünyada en sık görülen ilk 5 kanser türü benzerlik göstermektedir. En sık görülen kanser hastalıkları sıralamasında erkeklerde trakea, bronş ve akciğer kanseri ilk üçte yer alırken, kadınlarda meme kanseri en çok görülendir (Çizim 1.2) (TÜİK 2016).



Çizim 1.2. Kadınlarda en sık görülen kanserlerin toplam sayısı ve yüzde dağılımları (TÜİK 2016)

Kanser; insan hayatını tüm yönleri ile etkileyen ve yaşamını tehdit eden bir rahatsızlıktır. Hastalığın tanı ve tedavisi sırasında kişi, bir çok problem ile karşı karşıya kalmaktadır. Bu durum kanserli hastaların işlevselliğini, yaşam kalitesini ve sahip olduğu alışkanlıklarını yapabilme yeteğini bozmaktadır (ACS 2016).

1.1.2. Jinekolojik Kanserler

1.2.2.1. Serviks kanseri ve epidemiyolojisi, risk faktörleri

Kadın genital organlarından "serviks"; uterus ve vajinanın birleştiği bölgedir. Bu bölgede oluşan kanserlere "serviks kanserleri" ya da "servikal kanserler" olarak adlandırılmaktadır (Güner ve Taşkiran 2007).

Serviksin malign hastalıkları sık olarak görülmektedir. Kadın genital organ kanserleri arasında tarama programlarına sahip olması nedeniyle erken tanı ve tedavi oranı yüksektir (Spencer 2007). Dünyada, yılda 400.000'in üzerinde serviks kanseri tanısı konulmakta ve yaklaşık 250.000 hasta bu hastalıktan yaşamını kaybetmektedir (Aydoğdu ve Özsoy 2018).

Türkiye’de Sağlık Bakanlığı Kansere Savaş Daire Başkanlığının 2014 yılı raporuna göre, serviks maligen hastalıkları tüm kadın maligeniteleri arasında onuncu sırada yer almaktadır. Ayrıca, tüm yaş gruplarındaki kadın maligenitelerinin %2,4’ünü oluşturmaktadır (TÜİK 2015, TÜİK 2016).

Bu hastalığın nedenleri tam olarak bilinmemekle birlikte, tüm kadınlar serviks kanserine yakalanma açısından tehdit altındadır. Fakat kadının sahip olduğu bireysel riskler görülme olasılığının artmasına neden olabilmektedir. Aynı zamanda sağlıklı yaşama uygun olmayan davranış şekillerinin de bu duruma neden olduğu bilinmektedir (Kanbur ve Çapık 2011).

Başlıca etkeni *HPV (Human Papilloma Virüs)* dir. *HPV* enfeksiyonu, “erken yaşta (16 yaştan önce) ilk koitus”, “birden fazla cinsel partner varlığı”, “sigara içimi (aktif veya pasif)”, “diyet (beslenme bozukluğu varsa, diyetle meyve ve sebze oranı az ise serviks kanseri riski artar)”, “ırk”, “yüksek parite”, “düşük sosyo-ekonomik düzey” ve “oral kontraseptif kullanımı (özellikle 5 yıldan uzun süreli kullanım)” serviks kanseri için risk faktörlerindedir (Nazlıcan ve diğ. 2010, Spencer, 2007, Katki ve diğ. 2011, Alp ve Bozdayı 2013, Aref-Adib ve Freeman-Wang 2016).

1.2.2.2. Serviks kanserlerinin belirti, tanı ve tedavisi

Erken evre serviks kanserinde sıklıkla belirti ve bulgular gözlenmez. Menstrual dönem kanamalarının süresinde uzama, menstruasyon dönemleri arasında olan ağrısız kanamalar, et suyu renginde vajinal akıntılar, cinsel ilişki sonrası ve menapoz sonrası kanamalar, ağrılı cinsel ilişki sık görülen belirtilerdedir. İlerleyen evrelerde ise kötü kokan vajinal akıntı, kasık ağrıları, kilo kaybı, dış genital organlarda karnıbahar görünümü, kansızlık gibi belirtiler görülebilmektedir (Aydoğdu ve Özsoy 2018, Taşkın 2016, Aref-Adib ve Freeman-Wang 2016).

Serviks kanserinin erken teşhis edilmesi, bu hastalık kaynaklı mortalitenin azaltılması açısından çok önemlidir (Ünal ve diğ. 2005). Serviks kanserlerinin çoğunluğunu tarama programları sayesinde erken evrelerde yakalanmaktadır (TÜİK 2016).

Serviks kanserinin tanınması için yapılan pelvik ve rektal muayene sırasında, girintili, çıkıntılı, pürüklü sert bir doku hissedilir (Kög ve diğ. 2012, Yetmen ve diğ. 2012). Muayene sırasında saptanan şüpheli bir durum varlığında biyopsi yapılması kesin tanı için gereklidir. Bunun yanında “bilgisayarlı tomografi (BT)”, “magnetik rezonans

(MRG)” ve “pozitron emisyon tomografi (PET)” görüntülemeleri kullanılmaktadır (Yetmen ve diğ. 2012, Dunleavey 2009).

Serviks kanseri hastaları TNM kalsifikasyonuna göre evrenmelidir. TNM, multidisipliner bir görüşmeden sonra çeşitli modalitelerin (tamamlayıcı bir fizik muayene, görüntüleme ve patoloji) korelasyonunu temel almalıdır. Tümör durumu (T); lenf nodu durumu (N) ve sistemik durumu (M) saptamak için kullanılan metodlar yani klinik (c), görüntüleme (i) ve patoloji (p) kaydedilmelidir. Lenf nodu metastazı TNM kalsifikasyonuna göre sınıflandırılmalıdır (Sobin ve diğ. 2009). Serviks kanseri vajına, endometriyum gibi komşu organlara ve karaciğer, kemik ve akciğere uzak metastaz yapabilmektedir (Randall ve diğ. 2009). Ayrıca klinik evreleme de FIGO (Uluslararası Obstetrik ve Jinekoloji Federasyonu) evrelemesi yapılabilir. Bu evrelemeye göre; serviks kanseri 4 evreden oluşmakta ve her evre kendi içerisinde alt bölümlerden oluşmaktadır (Cibula ve diğ. 2018).

Kesin tanıdan sonra, onkoloji alanındaki ilerlemelere paralel olarak tüm kanserlerde olduğu gibi jinekolojik kanserlerde de hastaların yaşam sürelerini uzatmaya yönelik yeni tedavi modaliteleri hızla gelişmektedir (Yavaş ve Yavaş 2014).

Klinik risk faktörleri yoksa erken evre Evre IA-1 serviks kanserlerinde adjuvan radyoterapi için standart yaklaşım cerrahidir (Dilek ve Kutlu 2004). Cerrahinin tipi, kişinin anne olması ya da doğurganlığının devamını isteyen hastalarda değişiklik göstermektedir. Cerrahi tipleri; “Tip 1 histerektomi (Sadece uterus çıkarılır-Basit Histerektomi)”, “Tip 2 (Uterusla birlikte kardinal ve sakrouterin tamamı ve 1/3 üst vajen çıkartılır- Radikal Histerektomi)” ve “Tip 3 histerektomi (Uterusla birlikte kardinal ve sakrouterin ligamanın iç yarısı ve 1/3 üst vajen çıkarılır - Modifiye radikal histerektomi)” olmak üzere üç şekilde uygulanmaktadır (Taşkın 2011, Kösebay ve Demirkıran 2008). Yapılan cerrahi sonrası, cerrahi sınırdaki tümör, lenf nodu tutulumu ve invazyonu olması nedeniyle hastaların %23-45’ine adjuvan radyoterapi uygulanabilmektedir. Bir diğer tedavi yönteminde, cerrahi tedavi öncesi neoadjuvan kemoterapi tedavisidir (Abraham ve diğ. 2009).

Radyoterapi kanser tedavisinin temel tedavi modalitelerinden biridir ve jinekolojik kanserlerden erken dönem serviks ve endometrial kanserlerde primer tedavi seçeneğidir (Çakar ve diğ. 2013). Tümörün cerrahi olarak tamamen çıkartılamadığı durumlarda gözle görülmeyen kanser hücreleri hastalığın yeniden nüks etmesine sebep olabilmektedir. Böyle bir durum varlığında, eksternal radyoterapi hastalıklı bölgeye yüksek dozla uygulanmalıdır. Ancak serviksin, mesane ve rektum arasında, pelvis içinde orta hatta yer

alması, organlarda yaşam kalitesini bozabilecek radyotoksositeye neden olabileceğinden, etkin doz radyoterapi verilememektedir. Bu nedenle; eksternal radyoterapi tedavisi bittikten sonra ya da erken evrede saptanan hastalıklarda ameliyat sonrası brakiterapi tedavisi intrakaviter veya interstisyel olarak uygulanmaktadır. Bu tedavi tumore yakın mesafeden yapılır ve bu sayede alana yakın diğer organlar korunur (Yılmaz ve Ünsal 2013).

Onkolojik tedavi seçeneklerinden bir diğeri olan kemoterapi tedavisi serviks kanserlerinde çok fazla kullanılan bir tedavi yöntemi değildir. Ancak son yıllarda jinekoloji kanserlerinde preoperatif kemoterapinin, hastalıksız yaşam süresini artırdığına gösterilmesi üzerine serviks kanserlerinde de kemoterapinin etkinliğinin araştırılması gündeme gelmiştir (Aköz ve Atasever 2003). Lokal ileri evre serviks kanserlerinde olgularda standart tedavi radyoterapi olmasına rağmen, tümör boyutlarının büyüklüğü ve normal dokularda ortaya çıkabilecek toksisiteler nedeniyle radyoterapi ile yüksek dozlara çıkılamaması tedavi başarısının düşmesine neden olmaktadır. Bu gibi durumlarda tedavi etkinliğini arttırmak amacıyla, kemoterapi tedavisi eklenebilmektedir.(Özsaran ve diğ. 2002). Kemo-radyoterapi tedavisi kanserli hücrelerin radyasyona yanıtını artırır ve radyasyon tedavisi lokal etki, kemoterapi tedavisi sistemik etki göstermektedir (Peters ve diğ. 2000).

Kemoterapi tedavisi cerrahi operasyon sonrası kullanılabilirdiği gibi, cerrahi tedavinin uygulanmadığı ileri evre hastalarda da uygulanmaktadır. Özellikle bir kemoterapik ajan olan sisplatinin, radyoterapiye duyarlılığını arttırması, radyasyon tedavisiyle birlikte kullanılırsa tek başına radyasyon tedavisinden daha iyi cevap alınması ve sağ kalım oranları arttırması nedeniyle, serviks kanseri hastalarında kullanılmaktadır (Aköz ve Atasever 2003).

Her ne kadar tedavi modelite seçenekleri çok fazla olsa da serviks kanserlerinde erken tanı, tarama ve risk altında olan kişilerin belirlenmesi önemlidir. Çünkü hastalığın erken tanınması hastalığın kesin olarak tedavi şansını arttırmaktadır. Serviks kanserinin erken tanınması için pap smear testi kullanılmaktadır (Kanbur ve Çapık 2011).

Ülkemizde tarama yöntemi olarak “Pap smear”, “HPV DNA taraması” kullanılmakta ve tarama programlarının geliştirilmesi ve yaygınlaştırılmasına yönelik çalışmalar yapılmaktadır (Yüksel ve diğ. 2015, Demirel ve Gölbaşı 2015, Demirgöz 2014).

1.2.2.3. Endometrium kanseri ve epidemiyolojisi, risk faktörleri

Endometriyal kanser, gelişmiş ülkelerde jinekolojik malignitelerin en sık nedenini oluşturmaktadır, insidansı 100.000’de 14,7 ve mortalite hızı 100.000’de 2,3 olarak bilinmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde ise servikal kanserden sonra jinekolojik malignitelerin ikinci en sık nedenidir (Siegel ve diğ.2018).

Jinekolojik kanserler Türkiye’de, kadınlarda kanser kaynaklı ölüm nedenleri arasında dokuzuncu sırada ve mortalitede ikinci sırada yer almaktadır (Eroğlu ve Koç 2014). 2014 yılı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu verilerine göre endometriyal kanser kadınlarda görülen maligniteler arasında 4. sıradadır ve görülme sıklığı ise 100.000’de 9,8’dir.

Postmenopozal kadınlarda görülen, ilerledikçe seyri kötüleşen endometrium kanserlerinin en sık görülen tipi endometrioid adenokarsinomdur (Pınar ve diğ. 2008). İleri yaş, meme, yumurtalık ve kolon kanseri öyküsü olan hastalarda daha fazla görülür (Munstedt ve diğ. 2004) ve obezite ve fiziksel hareketsizlik çok önemli bir risk faktörlerdendir (Linkov ve diğ. 2008). Endometrium kanseri görülme sıklığını arttıran faktörler; erken menarş, ileri yaşta menopoz, polikistik over sendromu, hormon tedavisi, tamoxifen kullanımı, beden kitle indeksi yüksekliği, tansiyon yüksekliği, diyabet, sosyo ekonomik düzeyin yüksek olması ve radyoterapi tedavisidir. Kombine oral kontraseptif kullanımı, dengeli ve yeterli beslenme ve düzenli egzersiz yapma endometrium kanseri görülme sıklığını azaltan faktörler arasındadır (Linkov ve diğ. 2008, Taşkın 2009, Öztürker ve Sönmez 2015, Ahlberg ve diğ. 2005, Horn ve diğ. 2007).

1.2.2.4. Endometrium kanseri belirtileri, tanı ve tedavisi

Endometrium kanseri yavaş büyüyen bir tümördür ve geç dönemlerde metastaz yapması nedeniyle hastaların %70’i erken dönemde tanılanmaktadır ve tedavi şansı artmaktadır (Ahlberg ve diğ. 2005).

Endometrium kanserinin en yaygın ve önemli belirtisi anormal vajinal kanamadır. Uterusun boyutlarında büyüme, alt karın ve sırtta ağrı geç belirtilerdendir. Kanserin yayıldığı ve metastaz yaptığı organlara ilişkin belirtiler de gelişebilmektedir (Horn ve diğ. 2007). Endometrium kanseri vakalarının dörtte üçü tipik olarak anormal vajinal kanama ile başvuran postmenopozal dönemdeki kadınlardan oluşmaktadır (Gökçü ve diğ. 2018).

Endometrial kanserin tıbbi teşhisi anestezi altında pelvik muayene ve küretaj ile edilen endometrial doku örneklerinin histolojik incelemesi ile yapılmaktadır. Fraksiyonel

küretaj kesin tanı yöntemidir. Bu işlem hastalara anestezi altında uygulanmalıdır. Endoservikal kanalın tam ve dikkatli bir şekilde küretajını takiben servikal kanalın dilatasyonu ve endometrial kavitenin çevresel olarak küretajı ile işlem sonlandırılır. Endoservikal pap smear testi ile vakaların % 30-60'ı teşhis edilebilmektedir (Taşkin 2009).

Histeroskopi, anormal uterus kanamalı hastaların incelenmesinde, endometrial kanser tanısında ve hastalığın yaygınlığını belirlemede kullanılan yöntemlerdendir. Histerografi ise; tümör volümü, tümör orijini, hastalığın uterin kavite içindeki yaygınlığı, kavitenin şekli ve servikal tutulumu olup olmadığı hakkında bilgi verir (Dede 2002).

Pelvik-jinekolojik değerlendirme transabdominal, transvajinal ve transrektal olmak üzere üç şekilde yapılabilir. Ucuz olması, radyasyon içermemesi ve invaziv olmaması nedeni ile en kullanışlı görüntüleme metodudur. Bilgisayarlı tomografi erken evre tümör saptamada ve lokal evrelemede yetersiz kalmaktadır. Manyetik rezonans görüntüleme yumuşak dokuda çok iyi kontrast çözünürlüğü sağladığı için endometrium kanserinde tanı aşamasında ve evrelemede en değerli görüntüleme yöntemidir. (Öztürker ve Sönmez 2015).

Hastalığın evresi sağ kalımı etkileyen en önemli etkidir (Pınar ve diğ. 2008). Endometrium kanserinin evrelemesi FIGO klinik evreleme sistemi ile yapılmaktadır (Bireller ve diğ. 2015, Öztürker ve Sönmez 2015). Evreleme detaylı olarak Çizelge 1.1'de verilmektedir.

Çizelge 1.1. Endometrium Kanseri FIGO Evrelemesi (NCCN Guidelines 2018)

Evre Tanım

Evre I: Tümör uterus sınırlı

IA: Tümör endometriumda sınırlı ve/veya myometriumda %50'den az invazyon

IB: Myometriumda %50'den daha fazla invazyon

Evre II: Servikal stromal invazyon var ancak tümör uterus dışına çıkmamış

Evre III: Lokal ve/veya bölgesel yayılım

III A: Seroza ve/veya adneks invazyonu

III B: Vajinal ve/veya parametrial tutulum

III C: Pelvik/paraaortik lenf nodu metastazı

III C1: Pelvik lenf nodu metastazı

III C2: Paraaortik lenf nodu metastazı

Evre IV: Mesane ve/veya bağırsak mukoza invazyonu ya da uzak metastaz

IV A: Mesane ve/veya bağırsak mukoza invazyonu

IV B: Uzak metastaz; İntraabdominal metastaz ve inguinal lenf nodu metastaz

Endometrium kanseri tedavi seçenekleri, cerrahi, radyoterapi, kemoterapi, hormonal tedavi veya bunların kombinasyonlarını içerir. Kanserin evresi, kadının sağlığı, gelecekte çocuk isteyip istemediğine göre tedavi planı yapılır (Temizkan ve diğ. 2015, Pınar ve diğ. 2008).

Erken evre (I-II) endometrium kanserlerinde, cerrahi tedavi; ileri evre (III-IV) endometrium kanserlerinde ise cerrahi sonrası kemoterapi ve radyoterapi tedavisi birlikte kullanılmaktadır (Reis ve diğ. 2006; Chi ve diğ. 2008). Evre III ve IV endometrium kanseri hasta grubunda cerrahi ve radyasyon tedavisine ek olarak kemoterapi ve/veya hormonal tedavi de kullanılabilir (Perez ve Brady 2008). Endometrium kanseri radyoterapi tedavisinde; “eksternal radyoterapi ve brakiterapi” tedavileri tek başına yada birlikte uygulanabilmektedir (Gunderson ve Tepper 2007). Endometrium kanserlerinde kemoterapi çok fazla tercih edilen bir tedavi şekli olmamakla birlikte kanser karın içi organlara metastaz yaptıysa ve tümörün çoğu cerrahi olarak çıkarılamıyorsa tedaviye yardımcı olarak kemoterapi kullanılabilir. Bazen radyoterapi tedavisi planlanan hastalarda radyoterapinin etkisini arttırmak amacıyla radyoterapi ile birlikte verilmektedir (ACS 2016).

Tüm kanser hastalıklarında görüldüğü gibi, kadın genital organ malignitelerinde de tanı ve tedavide yapılan teknolojik gelişmeler sayesinde hastaların yaşam sürelerinde uzama görülmekte ve dolayısıyla yaşadıkları süreçte kaliteli yaşam geçirmeleri

beklenmektedir. Oysa ki; hastalık nedeniyle yapılan ameliyat sonrasında ya da uygulanan eksternal radyoterapi ve/veya brakiterapinin neden olduğu yan etkiler hastaların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (Yavaş ve Yavaş 2014).

1.1.3.Brakiterapi

1.1.3.1. Brakiterapi nedir?

Yunanca ‘kısa’ anlamına gelen ‘brachios’ sözcüğünden türetilen brakiterapi (BRT) kısa mesafeden (yakından) tedavi olarak tanımlanır ve jinekolojik kanserlerin tedavisinde önemli bir yer tutmaktadır (Beyzadeoğlu ve Ebruli 2008).

Brakiterapi tedavisi, tekrar etme olasılığı yüksek olan erken ve lokal ileri evre hastalarda cerrahi ve radyoterapi tedavisine ek olarak uygulanır. Vajinal cuff nükslerinin, ameliyat sonrası eksternal radyoterapi tedavisiyle birlikte ve/veya brakiterapi tedavisi uygulanmadığında fazla olduğu çalışmalarda gösterilmiştir. Aynı zamanda, erken evre riskli hastalarda, tek başına uygulanan ameliyat sonrası brakiterapi tedavisinin, eksternal radyoterapiye oranla görülen yan etkilerin daha az olduğu gösterilmiştir. Radyoterapi tedavisi sırasında mesane, rektum, bağırsaklar ve femur başları risk altındaki organlardır. Eksternal radyoterapi sonrası uygulanan HDR (yüksek doz hızı) brakiterapi vajina yüzeyinde yüksek doz sağlarken, risk altındaki organlar ve çevre dokular korunabilir. Operasyon şansı olmayan hastalarda brakiterapi bir tedavi seçeneğidir (Hoskin ve diğ. 2007, Brand ve diğ. 2006).

Radyoterapi uygulama yöntemleri değişiklik göstermektedir. Eksternal radyoterapi tedavisinde radyasyon; radyasyon kaynağı ile vücudun dışından pelvise uygulanır. Eksternal radyoterapi sonrası uygulanan brakiterapide ise çok yüksek dozda radyasyon yüklü radyoaktif kaynak direk olarak intrakaviter veya intertisyel aplikatör kullanarak kanserli doku içine yerleştirilir (Irmak ve Oskay 2013). Işınlamanın organ içine kalıcı ya da geçici yerleştirilen radyoaktif kaynaklar aracılığıyla gerçekleştirilmesi brakiterapinin eksternal radyoterapiden farkıdır (Beyzadeoğlu ve Ebruli 2008).

Brakiterapi tedavisi;

- doz hızlarına (düşük doz hızı-LDR, yüksek doz hızı-HDR),
- hedef hacime kaynak yerleştirme tekniklerine (intrakaviter, intertisyel, intravasküler ve intraluminal),
- implant tiplerine (kalıcı veya geçici),

- kaynak yükleme teknolojilerine (önceden yüklemeli, elle sonradan yüklemeli veya uzaktan kumandalı-sonradan yüklemeli) göre sınıflandırılmaktadır (Yavaş ve Yavaş 2014).

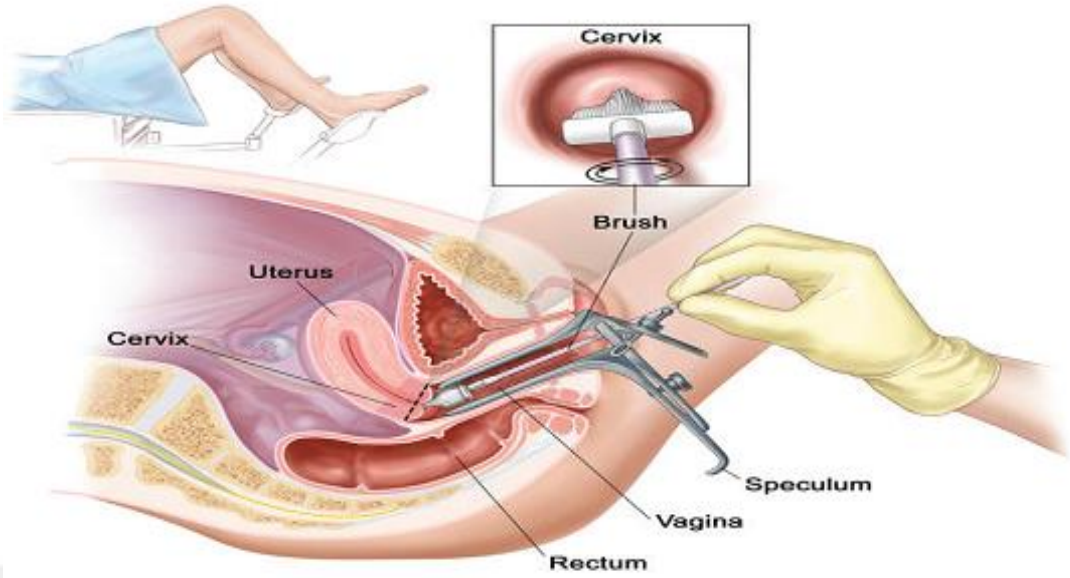
Doz hızlarına göre;

1. Düşük doz hızı (LDR): Uygulama için hastanın uyutulması ve hastanede yatışı gereklidir. Verilmesi gereken doz yavaş verilir. Sağlık personelinin daha uzun süre radyasyona maruz kalması olumsuz etkilerindedir (Gustavo ve diğ. 2009).

2. Yüksek doz hızı (HDR): Hastanın yatışı gerekmemekte ve tedaviyi uygulayan personel radyasyona daha düşük oranda maruz kalmaktadır. Yan etkilerinin daha az olması ve kısa süreli olması nedeniyle daha çok uygulanmaktadır (Gustavo ve diğ. 2009). Tedavi sırasında aplikatör oynama riskinin daha az olması, tedavi süresinin kısalığı, uzun süre yatamayacak hastalarda tedavi olanağı sağlaması, hospitalizasyona gerek kalmaması ve tedavi masrafının azalması, daha fazla hastayı tedavi edebilme olanağı sağlaması ve hekimlerin ve yardımcı personelin radyasyona maruziyetinin en aza indirilmesi daha fazla tercih edilmesinin nedenlerindedir (Yetmen ve diğ. 2012, Sarper 2017). Erken evre serviks kanserinde brakiterapi cerrahiye iyi bir alternatiftir (Gustavo ve diğ. 2009).

Hedef hacime kaynak yerleştirme tekniklerine göre;

1.İntrakaviter uygulamalar: Radyoaktif kaynakların vücut boşluklarına yerleştirilmesiyle yapılan tedavi şeklidir (Çizim 1.3). Genel, spinal veya lokal anestezi ile özel olarak düzenlenmiş aplikatörler uterusu yerleştirilir. Aplikatörlerin pozisyonunu doğrulamak amacıyla yerleştirildikten sonra görüntüleme filmi alınır ve gerekirse aplikatörlerin yeri değiştirilir. Kontrol yapıldıktan sonra personel oda dışına çıkar, radyoaktif kaynaklar dışarıdan otomatik olarak yerleştirilir, tedavi bitiminde ise otomatik olarak geri çekilir. Bu sayede çalışanların doz alması engellenmiş olur. Hastanın tedavi süresi boyunca mümkün olduğunca hareket etmesi engellenmelidir. Çünkü hareket sırasında aplikatörlerin yerinden oynaması söz konusu olabilir, bu durumda doz dağılımının bozulmasına neden olabilir. Tedavi bitiminde radyoaktif kaynak kapatılır ve aplikatörler çıkarılır. Radyoaktif nedenler ortadan kalktığından hasta evine gidebilir (Kardakovan ve Eti Aslan 2011).



Çizim 1.3. İnttrakaviter brakiterapi (Yılmaz ve Ünsal 2013)

2. İnterstisyel uygulamalar: İnterstisyel radyasyon tedavisinde implantlar aracılığı ile radyasyonun sınırlı bir alana uygulanması sağlanır. En çok baş-boyun, serviks, over, meme, prostat, perianal ve pelvik bölge kanserlerinde uygulanmaktadır (Kardakovan ve Eti Aslan 2011).

3.İntrovasküler: Anjioplasti sonrası restenozu önlemek amacıyla damar içine yerleştirilen küçük radyoaktif kaynakla uygulanır (Yılmaz ve Ünsal 2013).

4.İntرالuminal uygulamalar: Endo-bronşial, baş-boyun tümörlerinde ve bu hastalıkların nüksünde kullanılır (Yılmaz ve Ünsal 2013).

İmplantların tiplerine göre;

1.Kalıcı implant: Bu implant ile küçük radyoaktif tohumlar doğrudan etkilenmiş organa yerleştirilir ve haftalar, aylar içinde özel bir dozda radyasyonu verir.

2.Çıkarılabilir implant: Anestezi altında yapılan işlem ile iğneler kanserli dokuya konulur. Yerleştirilen iğneler içinden tüpler geçirilir ve tüpleri orada bırakarak iğneler çıkarılır. Ardından hastaya bilgisayarlı tedavi planlaması yapılır ve kanseli dokuya istenen doz verilmiş olur (Kardakovan ve Eti Aslan 2011).

Kaynak yükleme teknolojilerine göre;

1.Elle sonradan yükleme (manuel afterloading): Bindokuzyüz yetmişli yıllardan sonra uzaktan kumandalı sonradan yüklemeli olarak uygulanan brakiterapi, bindokuzyüzlü yılların başında manuel brakiterapi olarak servikal yerleşimli malignitelerde kullanılmıştır (Yavaş ve Yavaş 2014). Tedavi sırasında uzun forcepsler kullanarak kurşun korumalı bariyerlerin arkasından radyoaktif kaynakların manuel olarak yerleştirildiği bir yöntemdir (Beyzadeoğlu ve Ebruli 2008).

2.Uzaktan kumandalı sonradan yükleme (remote afterloading): Korumalı kutulardaki radyoaktif kaynakların vücuttaki aplikatörlerin bulunduğu yere gitmesini sağlayan aygıtların kullandığı bir yöntemdir (Beyzadeoğlu ve Ebruli 2008, Yetmen ve diğ. 2012, Sarper 2017).

Brakiterapi tedavisi ile radyoaktif kaynaklardan uzaklaştıkça hızlı doz düşmesi olduğundan, kaynağın içine veya yakınına yerleştirildiği tümör bölgesine yüksek doz verilirken, etraftaki dokuların korunması mümkün olmaktadır. Kanserli olmayan dokular bu sayede radyasyondan korunmaktadır (Yavaş ve Yavaş 2014, Yılmaz ve Ünsal 2013). Endometrium ve serviks kanseri hastalarının tedavisinde sıklıkla intrakaviter brakiterapi uygulanır (Yılmaz ve Ünsal 2013).

1.1.3.2.Serviks ve endometrium kanseri hastalarında brakiterapi

Serviks ve endometrium kanserlerinde intrakaviter brakiterapi, tek başına veya eksternal radyoterapi ile birlikte uygulanabilmektedir. Bu durum bölgesel kontrolün sağlanmasında büyük önem taşır (Adlı ve diğ. 2008).

Yaklaşık yüzyıllık süreçte radyoterapi, lokal ileri evre serviks kanseri tedavisinde kullanılmaktadır (Beyzadeoğlu ve Ebruli 2008). İntertisyel ve intrakaviter brakiterapi bu hasta grubunda küratif bir tedavi seçeneğidir (Yavaş ve Yavaş 2014). Ancak tümörün büyüklüğü ve normal organlarda oluşan yan etkiler sebebiyle yüksek dozlar verilememekte ve bu durumda tedavinin başarısının azaltmasına neden olmaktadır (Lehman ve Thomas 2001).

Endometriyum kanserinin tedavisinde, erken evre, cerrahi tedavi almış yüksek risk faktörleri bulunan hastalarda daha çok tek başına brakiterapi cerrahi sonrası tedavide kullanılabilirken; ileri evre serviks ve endometrium kanserlerinde eksternal radyoterapi ile birlikte uygulanmaktadır. Cerrahi tedavi alamayan hastalarda ise eksternal radyoterapi ile brakiterapi birlikte uygulanmaktadır (Yavaş ve Yavaş 2014).

Cerrahi sonrası vajinal brakiterapi veya eksternal pelvik radyoterapi kararı endometrium kanserli hastarda; operasyon tipine, tümörün boyutuna, tümörün derecesine, hastanın yaşına, myometrial invazyon derinliğine, lenfovasküler invazyon olup olmaması gibi prognostik faktörlere göre değişiklik göstermektedir. Evre I endometrium kanseri hastalarında tek başına adjuvan vajinal brakiterapi tedavisi tercih edilmektedir. Bu tedavi şekli ile uzun yaşam beklentisi olan hasta grubunda yan etkilerde azalma sağlanması ve yaşam kalitesinde bozulma olmaması amaçlanmaktadır (Sert ve diğ. 2016).

Eksternal radyoterapi ve brakiterapinin toplam 8 hafta içinde bitirilmesi önerilmektedir (Yavaş ve Yavaş 2014). Bu nedenle bazı merkezler, brakiterapiye eksternal radyoterapi devam ederken başlamaktadır. Ancak, tümör henüz tam küçülmeden uygulanan brakiterapide bulky tümör varlığı durumunda tümöre yeterli doz verilememesi, bu durumun en önemli sakıncasıdır (Aksu 2017).

Tedavi sırasında ara verilmemeli ve tedavi süresi uzamamalıdır. Fakat tümörün büyük olması gibi nedenlerle brakiterapinin eksternal radyoterapi sonrası uygulanması gereken hastalarda tedavi süresinin uzaması kabul edilebilir bir durumdur. Tedaviye uygun olan hasta grubunda brakiterapi eksternal radyoterapiden 2-3 hafta sonra başlayabilir. Tedavinin haftada bir gün uygulanması ve eksternal radyoterapi tedavisiyle aynı gün uygulanmaması önerilmektedir. Büyük tümörlerde ise tümör küçülene dek beklenmesi, sonra brakiterapi tedavisine başlanması önerilmektedir. Brakiterapi uygulamaları genelde 4-6 fraksiyon verilerek sonlandırılır.(İnel 2018, Aksu 2017, Yavaş ve Yavaş 2014).

1.1.4. Cinsel İşlevsellik

1.1.4.1.Cinsellik nedir?

Cinsel problemler, insanları en fazla mutsuz eden sağlık sorunlarının başında gelmektedir. Bu nedenle cinsel sağlık, toplumu en çok ilgilendiren konulardan biridir. Cinsel sağlığın bozulması sonrasında yalnızca fiziksel sağlık etkilenmekle kalmaz, ruhsal sağlığının, aile sağlığının ve sosyal sağlığında bozulması söz konusudur (Akarsu ve Beji 2016, Bozdemir ve Özcan 2011).

Cinsel sağlık; “cinsel bir varlık olarak insanın sadece bedensel değil; duygusal, düşünsel ve toplumsal bütünlüğü sağlayan sağlıklılık halidir”. Dünya Sağlık Örgütü cinsel sağlığı; “cinsel yaşamda var olan; kişilik, iletişim ve sevginin katkısı ile zenginleştirilen,

somatik, duygusal, entellektüel ve sosyal görüşlerin bütünü” olarak tanımlamaktadır (WHO 2010). Cinsel sağlığın çok yönlü olması nedeniyle birçok kişi bu dengeyi sağlayamaz. Hastalık ya da farklı nedenlerle, duygusal ve kültürel faktörlerdeki değişimler, cinsel sağlığı bozulmasına ve cinselliğin sıradan olmasına sebep olabilir (Dinçer ve Oskay 2015, Akyolcu 2008, Okanlı 2004).

Cinsel sağlık;

- Sadece hastalık olmaması değil, genel bir iyilik halidir.
- Şiddet ve ayrımcılığın olmadığı güven ve saygıyı içerir.
- Belirli insan haklarının yerine getirilmesine bağlıdır.
- Sadece üreme çağını değil, gençlik ve yaşlılık da dahil bireyin tüm yaşamını kapsar.
- Farklı cinsellik ve cinsel ifade biçimleri aracılığı ile ifade edilebilir (WHO 2010).

Cinsellik ise; doğum öncesi başlayıp ömür boyu devam eden, endokrin, norolojik, vasküler sistemlerle ilişkili olan yalnızca cinsel organları değil, kadının yaşam kalitesini ve genel sağlık durumunu, tüm bedeni ve aklı etkileyen karmaşık bir süreçtir (Ege ve diğ. 2010, Özcan ve Beji 2018, Bozdemir ve Özcan 2011, Tuğut ve Gölbaşı 2010).

Kişisel özellikler, değerler, inanışlar, kişilerin sevdikleri ve sevmedikleri şeyler, duygular, bilişsel işlevler, geçmiş yaşantılar, travmalar, fiziksel görünümler, içinde yaşanılan topluma göre şekillenen ve öğrenilmiş davranış modelleri gibi insan psikolojisini oluşturan temel tutumlar cinselliğe yaklaşımımızı ve seçimlerimizi belirler (Bilgin ve Kömürcü 2016, Bozdemir ve Özcan 2011). Bedensel faktörler; kişinin vücudundaki değişiklikleri, psikolojik faktörler; beden imajı, kendine güven, cinsellik hakkındaki bilgi düzeyi, cinsiyet rolleri ve cinsel eş tercihlerini, sosyo-kültürel faktörler; ırk, etnik köken, sosyal statü, evlilik durumu, aile ve sosyal destek grupları, meslek ve eğitim düzeyi, aile planlaması bilinci gibi faktörleri içermektedir (Bozdemir ve Özcan 2011, Tuğut ve Gölbaşı 2010, PAHO 2000).

Aynı zamanda kişinin önceden geçirmiş olduğu hastalık, tıbbi ve cerrahi müdahaleler, aile hayatındaki değişiklikler gibi faktörler de kişinin cinsel sağlık düzeyini etkileyebilmektedir (Bozdemir ve Özcan 2011, Tuğut ve Gölbaşı 2010). Kansere de cinsel yaşamı olumsuz yönde etkileyen önemli bir sağlık sorunudur (Dinçer ve Oskay 2015).

1.1.4.2.Cinsel işlevsellik ve cinsel işlev bozukluğu nedir?

Kadın cinsel işlevi; çeşitli fizyolojik, psikolojik ve sosyokültürel faktörler tarafından etkilenen ve yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyen bir süreçtir (Özerdoğan ve diğ. 2009, Cayan ve diğ. 2004, Nazik ve Eryılmaz 2011).

Cinsel yanıt döngüsü cinsel uyarana gösterilen fizyolojik tepkinin evreleridir. Cinsel yanıt döngüsü; cinsel işlev bozukluğunun sınıflandırılması ve altta yatan nedenlerin anlaşılabilmesi açısından önemlidir. Dört evreden oluşur:

1. Uyarılma: Herhangi bir bedensel veya psikojenik uyarana ile erotik duygu ve düşünceler belirir. Fizyolojik olarak erkekte ereksiyon, kadında vazokonjestiyon ve miyotoni ile karakterizedir.

2. Plato evresi: Cinsel uyarının devam etmesi ve cinsel heyecanın artması ile birlikte plato süreci başlar

3. Orgazm evresi: Evreler arasında süre açısından en kısa ama duyumsanan cinsel hazzın tepe yaptığı evredir.

4. Çözülme evresi: Orgazm sonrasında - orgazm gelişmez ise plato evresi sonrasında – genital bölgede ve bedenin bütününde meydana gelen fizyolojik değişiklikler aynı sırayla kaybolur. Kadınlar bu evrede yeniden uyarılabilirler, erkeklerde yeniden uyarılabilme öncesinde kişiye ve yaşa göre değişen zorunlu bir “refrakter dönem” görülür (Georgiadis ve Kringelbach 2012, Basson ve diğ.2000).

Cinsel işlev bozukluğu; cinsel yanıt döngüsünün istek, uyarılma ve orgazm evrelerindeki fizyolojik süreçlerden bir veya bir kaç aşamasının bozulması ve/veya cinsel ilişkiye eşlik eden ağrı olarak tanımlanabilir. Bu tanımlamaya göre, bozukluk diyebilmek için nedenine bakılmaksızın kişide strese veya kişilerarası ilişkilerde soruna yol açması gereklidir (Akan ve Doğan 2011, Aygin ve Eti Aslan 2008, İncesu 2001). Bir diğer tanıma göre; cinsel işlev bozukluğu; cinsel doyum isteğinde ve cinsel doyuma ulaşmadaki bozulmalar olarak da tanımlanmaktadır (Akarsu ve Beji 2016, Soygüt 2014).

Cinsel işlev bozuklukları erkeklerde ve kadınlarda farklı sorunlara neden olabilmektedir. Erkeklerde; cinsel istek azlığı, cinsel tiksinti bozukluğu, erektil disfonksiyon (sertleşme güçlüğü), erken boşalma ve diğer boşalma bozuklukları gibi belirtilerle kendini gösterirken, kadınlarda; cinsel istek azlığı, cinsel tiksinti bozukluğu, uyarılma ve orgazm bozukluğu, vajinismus ve ağrılı cinsel birleşme sorunlarından oluşmaktadır (İncesu 2001).

Amerikan Psikiyatri Birliği (American Psychiatric Association) DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fifth Edition) Mental

Bozuklukların Tanısal ve Sayısal El Kitabında cinsel işlev bozukluklarını sınıflandırmıştır. Bu sınıflamaya göre cinsel işlev bozuklukları; “Kadın cinsel ilgi/uyarılma bozukluğu”, “Kadın orgazm bozukluğu”, “Genital pelvik ağrı/penetresyon bozukluğu” ve “Diğer cinsel işlev bozuklukları” olmak üzere dört ana başlık altında sınıflandırılmıştır (APA 2013).

Nörojenik, vasküler, hormonal, muskulojenik ve psikojenik faktörler kadın cinsel işlev bozukluğunun etiolojisinde yer almaktadır. Kadın cinsel işlevinin etkilenmesine neden olan faktörler arasında, hormonlardaki değişiklikler (menopozal dönem gibi), yaş, genel ve zihinsel sağlık durumu, benlik saygısı, norm ve deneyimler, beden imajı, eğitim, üreme hedefleri, eşle olan ilişki, eşin genel ve cinsel sağlığı gibi birçok faktör sayılabilmektedir (Nappi ve diğ. 2016, Cayan ve diğ. 2004). Cinsel işlev bozukluklarının oluşmasında, yetişme koşulları, ailenin tutumu, bireyin yetiştiği alt kültürün cinselliğe bakışı, kişisel, ailevi ve dini değerlerin çatışması ya da cinsel mitler, psikoseksüel roldeki güvensizlik, eşler arasında genel ilişki bozukluğu, başarısızlık korkusu, suçluluk duygusu, bozuk benlik algısı, travmatik cinsel deneyim, depresyon, anksiyete ve psikiyatrik bozukluklar ve cinsel performans ile ilgili anksiyete, cinsel aktivite sırasında beklenen ağrı, eşi tarafından reddedilme veya terk edilme korkusu gibi psikolojik nedenler önemli rol oynamaktadır (Tuğut 2016, Fleming ve Kleinbart 2001, Özerdoğan ve diğ. 2009, Akan ve Doğan 2011, Lauman ve diğ. 1999).

Cinsel işlev bozukluğuna neden olan bir diğer etkende kişinin hastalığı ve beraberinde uygulanan tedaviler olabilmektedir. Yapılan bir cerrahi girişim sonrası, kadının varoluşu, çevresiyle iletişimi, üretkenliği ve cinselliği açısından büyük önem taşıyan bedeninin bir bölümünün kaybı, biyo-psiko-sosyal dengenin bozulmasına ve bağlı olarak bazı sorunların ortaya çıkmasına neden olabilir (Akyolcu 2008). Benzer şekilde kanser tedavisi de kadının cinsel işlevini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Tedavi amaçlı uygulanan radyoterapi, kemoterapi kadınlarda vajinada atrofi, kuruluk, androjen eksikliğine neden olabilmekte ve sonucunda bu hasta grubunda cinsel işlev bozukluğu görülebilmektedir (Knobf 2002, Özerdoğan ve diğ. 2009).

1.1.4.3. Serviks ve endometrium kanserli kadınlarda cinsel işlevsellik ve cinsel işlev bozukluğu

Ülkemizde oldukça yaygın görülen jinekolojik kanserlerin kadın sağlığı üzerindeki olumsuz etkileri çok yönlüdür. Jinekolojik kanserlerin tanı ve tedavi işlemleri sırasında, diğer organ kanserlerinde yaşanan sorunların yanında, kadın cinsel organlarına ilişkin

sağlık sorunları ile de karşılaşmaktadır. Kadın üreme organları, kadının cinsel kimliğini belirlemede önemli role sahiptir. Bu nedenle jinekolojik kanserlerin tedavi sürecinde hastalar, beden imgesinde bozulma, cinsel kimliğinde değişiklik ve üreme yeteneğinin etkilenmesi gibi birey ve ailesini olumsuz yönde etkileyen sorunlarla karşı karşıya kalmaktadır. Toplumumuzda, özellikle de kırsal kesimde çocuk doğurmak, kadının temel fonksiyonu gibi düşünülmekte ve pek çok kadın için hala 'uterus' dişiliğın, cinselliğın, doğurganlığın ve anneliğın sembolü olarak görülmektedir. Dolayısı ile tedavi nedeniyle yapılan cerrahi girişimler sonrası pek çok kadın, cinsel arzu ve isteğinin azalacağından, erken yaşlanacağından eşine hoş görünemeyeceğinden, çekiciliğinin azalacağından ve cinsel işlevlerini yerine getiremeyeceğinden endişe etmektedir (Reis 2005, Taşkın 2003, Bilgin ve Kömürcü 2016).

Aynı şekilde, serviks ve endometrium kanseri tedavisinde kullanılan yöntemler kadın cinsel işlevselliğini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Dinçer ve Oskay 2015). Bu hastalıkların tedavisinde uygulanan radikal histerektomi, vulvektomi, total pelvik ekzantrasyonu gibi cerrahi girişimler ile radyoterapi ve kemoterapi gibi tedaviler, kadının beden imajı, benlik saygısı ve partneriyle olan cinsel yaşamını ve işlevselliğini olumsuz yönde etkileyen önemli sağlık sorunlarına yol açmaktadır (Terzioğlu ve Alan 2015). Cerrahi girişim uygulanan hastaların genital organlarında meydana gelen yapısal değişiklikler nedeniyle üreme ve cinsel işlevler genellikle etkilenir (Reis 2003). Tedavi nedeniyle yapılan operasyonların tipi (total, subtotal, unilateral veya bilateral ooferektomi) ve şekli (laparoskopik, robotik, açık cerrahi) farklı derecelerde cinsel işlev bozukluğuna neden olmaktadır (Çolakerol ve Dinçer 2015). Üreme organlarının rezeksiyonu cinsel ilişki sırasında bazı fizyolojik sorunlara neden olmaktadır. Serviks kanserlerinde uygulanan klasik radikal histerektomide vajen üst bölümünün eksizyonu, disparoni ve sinir hasarlanmasına bağlı duyu bozukluklarına yol açmaktadır (Jensen ve diğ. 2004). Histerektomi sonrası bazı hastalarda orgazm sırasında oluşan uterin kontraksiyonların ortadan kalkması, oluşan skar dokusunun vajinanın genişlemesine engel olması, skar ve sinir hasarı ağrı ve cinsel isteksizlik yapabilmektedir (Çolakerol ve Dinçer 2015).

Bir diğeri tedavi yöntemi olan radyoterapinin, azalmış cinsel ilgi, vajinal kuruluk, vajinal stenoz, disparoni ve genel cinsel mutsuzluk gibi yan etkileri nedeniyle birçok kadın düzenli cinsel yaşama dönmeye kendilerini hazır hissedememektedirler (Dinçer ve Oskay 2015, Çolakerol ve Dinçer 2015). Radyoterapi tedavisi gören hastaların cinsel işlevselliği, radyoterapinin yan etkilerine ve hastaların partnerlerinin radyoterapi tedavisine ilişkin bilgi

eksiklikleri nedeniyle olumsuz etkilenmektedir. Hastaların cinsel yetersizlik duygusu yaşamaları cinsel isteği ve aktivite düzeyini etkileyebilmektedir. Tedavi sürecinde hastalarda anksiyete ve depresyon gibi psikolojik etkiler görülebilmekte, bu durumun hastalarda cinsel sağlığını etkilediği bildirilmektedir (Reis 2003, Dinçer ve Oskay 2015).

Kanser tedavisi esnasında uygulanan kemoterapötik ajanların neden olduğu sistemik etkiler de, cinsel uyarılma ve istekte azalmaya yol açarlar (Çolakerol ve Dinçer 2015). Kemoterapi tedavisi hormonal dengesizliklere sebep olduğu için kadınlarda menopozal belirtiler, kalıcı ya da geçici infertilite ve uyarılamama sorunlarına neden olabilmektedir (Pınar 2010). Kemoterapi tedavisinin hastayı cinsellikten uzaklaştıracak hiçbir tıbbi nedeni yoktur ve hastanın veya eşinin cinsel yaşamına uzun süreli etkisi olmaz (Dinçer ve Oskay 2015).

1.1.4.4. Brakiterapi tedavisi sonrası kadınlarda cinsel işlevsellik ve cinsel işlev bozukluğu

Serviks ve endometrium kanserli kadınlar öncelikle histerektomi, eksternal radyoterapi ve brakiterapi tedavileri ve bunların kombinasyonları ile tedavi edilmektedirler (Juraskova ve diğ. 2003).

Radyoterapi tedavisinin brakiterapi veya eksternal olarak uygulanması hastanın genel sağlık durumuna, kanserin türüne ve şiddetine göre değişiklik göstermektedir. Tedavi nedeniyle uygulanan radyasyon dozunun kadının overlerini ve vajinasını farklı derecelerde etkilemesi nedeniyle çeşitli cinsel sorunlar görülebilmektedir. Oluşan bu cinsel sorunlar kadının cinsel işlevselliğinde ve fertilitesinde sürekli ve şiddetli değişikliklere neden olmaktadır (Reis 2003, Irmak ve Oskay 2013).

Ekternal radyoterapi ve brakiterapi tedavisini birlikte alan kadınlar tedavi sonrası cinsel aktivite ve cinsel doyum ile ilgili büyük zorluklar yaşamaktadırlar. Yapılan çalışmalar, brakiterapinin, çoklu fiziksel ve psikolojik faktörler nedeniyle cinsel işlev bozukluğuna yol açtığını göstermiştir. Brakiterapi tedavisi sonrası hastalarda, cinsel istek azalması, cinsel uyarılma ve orgazm bozukluğu, vajinal duyarlılık, vajinal elastikiyetinde azalma, kısalmış bir vajinal kavite, vajinal atrofi ve darlık, disparoni gibi yan etkiler görülebilmektedir (Quick ve diğ. 2012). Radyasyona bağlı menopozdan kaynaklanabilen östrojen eksikliği nedeniyle, yumurtalık fonksiyonunun azalması veya kaybıda vajinal mukozanın incelmeye ve atrofisinin artmasına neden olabilmektedir. Bu etkilerin

birleşimi uzun süreli cinsel işlev bozukluğuna neden olabilmekte ve rutin klinik takibin önemli bir bileşeni oluşturarak vajinal muayeneleri engelleyebilmektedir (Lancaster 2004).

Brakiterapi tedavisi ile verilen radyasyonun vajinadaki meydana getirdiği yan etkiler sonucunda, vajen kayganlığında azalma, eritem, enflamasyon, mukozal atrofi, elastikiyet kaybı, vajinal dokuda ülserasyon, kuruluk ve vajinal kanalda daralma gözlemlenmektedir (Reis 2003, Irmak ve Oskay 2013). Meydana gelen bu değişiklikler, vajinada infeksiyon ve travma riskini arttırmaktadır. Genellikle radyoterapi tedavisinden üç ay sonra ortaya çıkan vajinada oluşan değişiklikler bir yıl süre ile devam etmektedir (Dinçer ve Oskay 2015).

Servikal ve endometrium kanseri nedeniyle brakiterapi almış kadınların yarısından fazlasında cinsel problemler yaşanmaktadır. Radyoterapi sonrası vajinal değişiklikler kadının cinsel işlev ve orgazm problemlerinde etkilidir (Faitfull ve White 2008, Ouick ve diğ. 2012). Cinsel işlev bozukluğu riski tedavi türüne göre değişmekle birlikte, tüm bu yan etkiler hastanın cinsel işlevselliğini olumsuz yönde etkilemektedir (Juraskova ve diğ. 2003).

1.4.4.5. Serviks ve endometrium kanserli kadınların cinsel işlevselliğini değerlendirmede hemşirenin rolü

Kadının cinsel sağlığını koruması ve sürdürmesi birçok faktörden etkilenmektedir. Cinsellikteki değişiklikler, yaşa, cinsiyete, belli bir hastalığa, hastalık nedeniyle yapılan tedavi türlerine, doku kaybının olup/olmamasına ve hastalığın lokasyonu, evresi ve tedavisine göre farklılaşabilir (Eker ve Açıköz 2011). Kanserli hastalarda cinsel yaşam; tanı konulmasından, cerrahi, radyoterapi, kemoterapi gibi tedaviler nedeniyle oluşan yan etkilerden etkilenebilir (Can 2003).

Jinekolojik kanser tanılı hastalarda kanser ve tedavileri sadece cinsel organı ile ilgili cinsel işlev bozukluklarına sebep olmamaktadır. Aynı zamanda, cinsel yanıt döngüsünün istek, uyarılma ve orgazm evrelerinde de bozulmalara neden olmaktadır (Eker ve Açıköz 2011, Aygin ve Yaman 2017).

Kanser hastalarında genellikle hastalığın tedavi edilmesine odaklanan sağlık profesyonelleri, cinsel fonksiyonların sürdürülmesi gereğini ve olası bozuklukları göz ardı edebilmektedir. Cinselliğin göz ardı edilmesinde bir diğer engel de; hastaların, eşlerinin ve sağlık profesyonellerinin bu konularla ilgili kişisel rahatsızlığıdır. Diğer bir önemli engel zaman sınırlılığıdır. Bakım sırasında, hastalık, prognozu ve tedavisine ilişkin eğitim, gerekli açıklamalar yapılır ve primer semptomların giderilmesine odaklanılır. Dolayısıyla

fizyolojik bir gereksinim olan cinsel yaşamın sürdürülmesi çoğu zaman ikinci planda kalır (Fleming ve Kleinbart 2001).

Dünyada olduğu gibi Türkiye’de de cinsel işlev bozukluklarının sık görülmesi nedeniyle son yıllarda cinsel tedavi merkezleri ve poliklinikler hızla artış göstermektedir. Cinsel işlev bozuklukları olan çok sayıda kişi, yaşadığı cinsel sorunların önemli bir kısmını sağlık sorunu olarak yansılmamakta ve farklı belirtilerle çeşitli kliniklere başvurmaktadır. Bu nedenle sağlık personellerinin cinsel işlev bozukluğu konusunda donanımlı olması ve bu konuda doğru tanılama yapması gerekmektedir (Tuğut 2016, Yaşar ve diğ. 2010).

Sağlık profesyonelleri hastalarla cinsel davranışlarını görüşmede zorluk yaşadıklarını belirtmektedir. Zaman sınırlılığı, bilgi-egitim eksikliği, cinsel davranış konusunda kişisel anksiyete gibi faktörler yaşanan bu zorluğun nedenlerindedir. Uygun eğitim almış uzman sağlık personeli, cinsellik hakkında konuşmak zor olsa da, bilişsel ve davranışsal cinsel terapiler uygulayarak, cinsel işlev bozukluğu olan bireyleri saptayabilir ve doğru yönlendirilmelerine yardımcı olabilirler (Henson 2002, Gallo-Silver 2000).

Kanser tedavisinde hemşireler, hastalarla daha fazla bir arada olmaları nedeniyle, bu hastaların cinsel sağlık ve işlevselliğinin değerlendirilmesinde, değişikliklerin belirlenmesinde ve sorunlarla başa çıkmada önemli rol oynamaktadırlar (Aygün ve Yaman 2017, Özdemir ve Bilgili 2010).

Cinsel işlev bozukluklarının tanılamada ayrıntılı anamnez alınması yapılması gereken ilk basamaktır. Tanılama aşamasında bireylerin cinsel yaşamı fiziksel, psikolojik, sosyal ve kültürel bileşenlerden olumsuz yönde etkilenebileceği ve cinsel işlev bozukluklarının gelişebileceği unutulmamalıdır. Kişiye ilk olarak; vasküler, norolojik, endokrin hastalık öyküsü ve ilaç kullanımı ayrıntılı bir şekilde sorulmalıdır. Sonrasında cinsel işlem döngüsünde ki; istek, uyarılma, orgazm ve çözülme dönemlerinin hangisinde, ne tür sorunlar olduğu dikkatlice değerlendirilmelidir (Tuğut ve Gölbaşı 2014, Çelik 2012).

Hastaların cinsel işlevleri hakkında ayrıntılı bilgi edinmek amacıyla kullanılan yöntemlerden bir diğeri ölçeklerdir. “Kadınlar için Kısa Cinsel Fonksiyon İndeksi (Brief Sexual Function Index for Women=BSFIW)”, “Kadın Cinsel İşlev Ölçeği (Female Sexual Function Index=FSFI)”, “Golombok Rust Cinsel Doyum Envanteri (Golombok-Rust Inventoryof Sexual Satisfaction=GRISS)”, “Cinsel Fonksiyon Anketi (Sexual Function Questionnaire=SFQ)”, “Cinsel Fonksiyonlarda Değişiklikler Anketi (Changes in Sexual Functioning Questionnaire=CSFQ)” , “Kadın Cinsel Fonksiyon Sorgulama İndeksi (Index

of Female Sexual Function-IFSF)” ölçekleri cinsel işlevi değerlendirmede kullanılmaktadır (Corona ve diğ. 2006, Tuğut ve Gölbaşı 2014, Tuğut 2016).

Cinselliğin değerlendirilmesinde kullanılan bir diğer yöntem önerilen modellerdir. “ALARM (*Activity* - Cinsel aktivite tür ve düzeyi, *Libido* - Cinsel istek, *Arousal* - Orgazma ulaşabilme yeteneği, *Resolution* - Çözülme ve gevşeme, *Medical information* - Sürece eşlik eden şimdiki ve geçmişteki tıbbi bilgiler)”, “ALLOW (*Ask* - Soru sorma, *Legitimize* - Onaylama, *Limitations* - Sınırların belirlenmesi, *Open up* - Açmak, *Work together* - Birlikte çalışma)”, “PLISSIT (*Permission* - İzin verme, *Limited information* - Sınırlı bilgi, *Specific suggestion* - Özel öneri, *Intensive therapy* - Yoğun terapi)”, “BETTER (*Bring up the topic* - Konuyu gündeme getirme, *Explain* - Açıklama, *Telling* - Anlatma, *Timing* – Müdahale zamanlama, *Education* - Eğitim, *Recording* - Kayıt tutma)” gibi modeller kullanılmaktadır (Katz 2005).

Bu tür değerlendirme araçları ve modeller özellikle cinsel işlev bozukluğu olan kişilerin belirlenmesine sağlık profesyonellerine büyük kolaylık sağlamaktadır. Bunun yanı sıra cinsel işlev bozukluğunun nedenlerini, şiddetini, tedavi sonrası memnuniyeti ya da ilerlemeyi, cinsel işlev bozukluğu olan birey/çiftin yaşamı üzerine olan etkisini değerlendirmede kullanılır (Tuğut 2016).

2. AMAÇ

Çalışma serviks ve endometrium kanserli hastalarda brakiterapi sonrası cinsel işlevselliğın değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.



3. YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Çalışma tanımlayıcı bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri

Kocaeli ilinde serviks ve endometrium kanserli hastalara brakiterapi tedavisinin yapıldığı tek merkez olması nedeniyle çalışma; Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Radyasyon Onkolojisi Ünitesi'nde yapılmıştır. Ünitelerde brakiterapi tedavisinin uygulandığı oda; tedavi cihazı ve planlama konsolunun bulunduğu iki ayrı bölümden oluşmuştur. Brakiterapi tedavisi sırasında, radyasyon onkoloji uzmanı bir doktor, hemşire ve fizik uzmanı görev yapmaktadır.

3.3. Araştırmanın Zamanı

Araştırma 26.10.2018- 01.03.2019 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini; Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Radyasyon Onkoloji Ünitesi'nde 26.10.2018- 01.03.2019 tarihleri arasında serviks ve endometrium kanseri nedeniyle brakiterapi tedavisi yapılan tüm hastalar oluşturmuştur. Çalışma dönemimizde toplam 44 hastaya brakiterapi tedavisi yapılmıştır.

Araştırmada örnekleme yöntemi kullanılmaksızın, araştırmaya katılma kriterlerine uygun 21 katılımcı çalışma kapsamına alınmıştır.

Araştırmaya alınma kriterleri

- Serviks ve endometrium kanseri brakiterapi tedavisi alma,
- Gönüllü olma,
- Türkçe biliyor olma,
- 18 yaşından büyük olma,
- Cinsel yönden aktif olma,
- Psikiyatrik ve nörolojik bir hastalığı olmamasıdır.

Araştırma evrenini oluşturan 44 katılımcıdan; 8 katılımcının aktif cinsel hayatının olmaması, 3 katılımcının Türkçe bilmemesi ve 12 katılımcının çalışmaya katılmayı kabul etmemesi nedeniyle, dahil etme kriterlerine uygun 21 katılımcı ile araştırma yürütülmüştür.

3.5. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Bağımsız değişkenler: Hastaların bireysel özellikleri; yaş, eğitim durumu, medeni durumu, evlilik yılı, çalışma durumu, eşin çalışma durumu, sosyal güvence durumu, gebelik geçirme durumu, gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı, düşük olup/olmaması, küretaj olup/olmaması ve korunma yöntemini kullanma durumu,

Hastalığa ilişkin veriler; tanısı, ilk tanı alınan tarihten itibaren geçen süre, brakiterapi öncesi tedavi türü, hastalık ve tedaviye ilişkin eğitim alma durumu, eğitimi kimden aldığına ilişkin sorular

Bağımlı değişkenler: Kadın Cinsel İşlev Ölçeği puanı

3.6. Araştırmada Kullanılan Araç-Gereçlerin Tanımlanması

Araştırmanın verileri; Veri Toplama Formu, Kadın Cinsel İşlev Ölçeği, Bireysel Derinlemesine Görüşme ile toplanmıştır.

3.6.1. Veri Toplama Formu

Araştırmacı tarafından literatüre dayalı olarak oluşturulmuştur. Hastaların bireysel özellikleri; yaş, eğitim durumu, medeni durumu, evlilik yılı, çalışma durumu, eşin çalışma durumu, sosyal güvence durumu, gebelik geçirme durumu, gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı, düşük olup/olmaması, küretaj olup/olmaması ve korunma yöntemini içermektedir. Hastalığa ilişkin veriler; tanısı, ilk tanı alınan tarihten itibaren geçen süre, brakiterapi öncesi tedavi türü, hastalık ve tedaviye ilişkin eğitim alma durumu, eğitimi kimden aldığına ilişkin soruları içermektedir (Ek 1).

3.6.2. Kadın Cinsel İşlev Ölçeği (FSFI)

Rosen ve diğerleri (2000) tarafından geliştirilmiş, Aygin ve Eti Aslan (2005) tarafından, Türkçe'ye uyarlanması, ülkemiz için geçerlik güvenirlik çalışması yapılmıştır (Ek 2). Ölçek kadın cinsel işlevinin değerlendirilmesi amacıyla, 19 maddeden, altı alt boyuttan oluşur. Ölçek son 4 haftadaki cinsel işlev ya da sorunları değerlendirmektedir. Ölçeğin yapısında; istek, uyarılma, lubrikasyon (kayganlaşma), orgazm, doyum ve ağrı

olmak üzere altı alt boyut bulunur. FSFI ve alt gruplarının puan hesaplamasında; skorumla indeksi kullanılmaktadır (Çizelge 3.1). Alt grup puanları, alt grupta yer alan soruların madde puanlarının toplanması, çıkan sonucun tabloda yer alan alt grup kat sayısı ile çarpılması sonucu elde edilir. FSFI puanı, ölçeği oluşturan tüm alt gruplardan elde edilen puanların toplanması sonucu hesaplanır. Ölçek alt boyut puanlarının faktör yükleri ile çarpımından sonra ölçekten alınabilecek en yüksek puan 36, en düşük puan ise 2'dir. Ölçeğin totali için kesme puanı 26,55'tir, puanı 26,55 ve altında olanlarda kadın cinsel işlev bozukluğu olduğu kabul edilir. Aygin ve Eti Aslan tarafından yapılan ölçeğin iç tutarlılık analizinde alt boyutlar için Cronbach Alpha katsayısının 0,89 ile 0,98 arasında değiştiği, tüm ölçeğe ilişkin Cronbach Alpha katsayısının 0,98 olduğu bildirilmiştir (Rosen ve diğ. 2000, Aygin ve Eti Aslan 2005). Ölçekten alınan yüksek puan daha iyi cinsel işlev anlamına gelmektedir.

Bu araştırmada Cronbach Alpha .77 olarak bulunmuştur.

Çizelge 3.1. Kadın cinsel işlev ölçeği alt boyutları, soruların numaraları, puan aralıkları, faktör yükleri ve alınabilecek en düşük ve en yüksek puanlar

Kadın cinsel işlev ölçeği alt boyutları	Soru numaraları	Puan aralıkları	Faktör yükleri	En düşük ve en yüksek puanlar
İstek	1,2	1-5	0,6	1,2-6
Uyarılma	3, 4, 5, 6	0-5	0,3	0-6
Lubrikasyon(Kayganlaşma)	7, 8, 9,10	0-5	0,3	0-6
Orgazm	11, 12,13	0-5	0,4	0-6
Doyum	14, 15, 16	0 veya 1-5	0,4	0,8-6
Ağrı	17, 18, 19	0-5	0,4	0-6
Toplam				2-36

3.6.3. Bireysel Derinlemesine Görüşme Formu

Kadınların kanser tedavisi sonrası cinsel yaşamındaki değişiklikleri sorgulayan açık uçlu sorulardan oluşan bireysel derinlemesine görüşme formu, araştırmacı tarafından literatüre dayalı olarak oluşturulmuştur. “Kanser olmak sizin için neyi ifade ediyor?”, “Brakiterapi sizin için ne ifade ediyor?”, “Brakiterapi cinsel yaşamınızı nasıl etkiledi?”, “Brakiterapi öncesi cinsel yaşamınız nasıldı?”, “Eşinizle yatak odası ilişkiniz nasıl değişti?”, “Tedavi öncesi nasıldı? Tedavi sürecinde neler oldu?”, “Cinsel sorunlar (ağrı, yanma, batma, kuruluk vb) yaşıyor musunuz.?”, “Eşiniz ilişki sırasında size nasıl davranıyor? Değişiklik oldu mu?”, “İlişki sıklığınız nasıl değişti? Azaldı mı? Arttı mı?” , “Kadın olarak kendinizi yatak odasında yeterli hissediyor musunuz?”, “Tedavi bu süreci etkiledi mi?”, “Cinsel istediğiniz nasıl değişti? Azaldı mı? Arttı mı?”, “Eşiniz tedavi süresince sizinle ilişki kurmaya istekli mi?”, “İsteksiz ise size bu konuda ne diyor?” açık uçlu sorulardan oluşmaktadır (Ek 3).

3.7. Uygulama

Çalışmanın veri toplama aşaması 26.10.2018- 01.03.2019 tarihleri arasında yapılmıştır. Çalışma dönemimizde toplam 44 hastaya brakiterapi tedavisi yapılmıştır. Brakiterapi tedavisi alan her hasta çalışmaya uygunluk açısından değerlendirilmiştir. Araştırma evrenini oluşturan 44 hastadan 11 hasta araştırma kriterlerine uymadıkları için çalışmaya alınmamıştır. Uygun kriterlere sahip olanlara çalışma ve hakları anlatılarak çalışmaya katılmak isteyip istemedikleri sorgulanmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul eden 21 hastaya tedavi bitiminde yüz yüze görüşme yöntemiyle çalışmada kullanılan veri toplama formu, Kadın Cinsel İşlev Ölçeği doldurulmuştur. Bu katılımcılar bireysel derinlemesine görüşmeyi kabul eden katılımcılar (n:7) ile ses kayıt cihazı ile bireysel derinlemesine görüşme yapılmıştır.

Tüm bu işlem basamakları;

- Hasta ile tanışma,
- Hastaya çalışmanın amacı, uygulama süreci ve uygulama süreci içerisinde sahip olduğu hakları açıklama, hastalardan yazılı ve sözlü onamların alınması,
- Hasta veri toplama formunun doldurulması,
- Kadın cinsel işlev ölçeğinin doldurulması,
- Bireysel derinlemesine görüşmenin yapılması, kayıt altına alınması,
- Veri toplama sürecinin sonlandırılması aşamalarından oluşmaktadır.

Veri toplama süreci her bir katılımcı için ortalama 30-45 dk sürmüştür. Hastaların varsa soru, görüş ve önerileri alınarak veri toplama süreci sonlandırılmıştır. Bireysel derinlemesine görüşmeler, onkoloji ünitesinde katılımcı ile araştırmacının yalnız kaldıkları bir odada gerçekleştirilmiştir. Görüşmelerin tümü ses kayıt cihazıyla kayıt altına alınmıştır. Ayrıca görüşme sonunda araştırmacı tarafından gözlem ile elde edilen bilgiler, gözlem notları olarak kayıt altına alınmıştır.

3.8. Etik Boyut

Araştırmaya başlamadan önce “Kadın cinsel işlev ölçeği” ölçeğinin Türkçe geçerlik ve güvenilirliğini yapmış olan Doç. Dr. Dilek Aygin'den elektronik ortamda izin alınmıştır (Ek 4). Daha sonra araştırmanın yapılacağı Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Radyasyon Onkoloji Anabilim Dalı'ndan kurum izni (Ek 5) ve Kocaeli Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (Ek 6) çalışmanın uygulanabilirliği açısından izin alınmıştır (Etik Onay Kodu: KÜ-GOKAEK 2018/43). Ayrıca çalışmaya katılan tüm hastalara; çalışmanın amacı, uygulama süreci ve uygulama süreci içerisinde sahip olduğu hakları açıklanarak, hastalardan yazılı ve sözlü onamları alınmıştır (Ek 7).

3.9. Verilerin Analizi

Verilerin istatistiksel analizler için SPSS 20.0 (SPSS Inc, Chicago, IL, USA) programı kullanılmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (ortalama, standart sapma, medyan, frekans, oran, minimum, maksimum) yanı sıra nicel verilerin karşılaştırılmasında normal dağılım göstermeyen değişkenlerin iki grup karşılaştırmalarında Mann Whitney U test kullanıldı. Nitel verilerin değerlendirilmesinde, veriler, araştırmacı tarafından yazılı doküman haline getirilmiştir. Bu veriler, iki uzman tarafından içerik analizi yöntemi ile analiz edilmiş, tema ve alt temalar belirlenmiştir.

4. BULGULAR

4.1. Nicel Verilere İlişkin Bulgular

Katılımcıların %57.1'i 38-54 yaş grubunda olup, %81.0'i ilkokul mezunudur. Araştırmaya katılan kadınların %42.9'unun 3-4 çocuğa sahip olup, %42.9'unun kürtaj, %47.6'sının düşük öyküsü bulunmaktadır. Ayrıca katılımcıların sadece %14.3'ü aile planlaması yöntemi kullanmaktadır (Çizelge 4.1).

Çizelge 4.1. Kadınların genel özellikleri (n=21)

Özellikler		n	%
Yaş grup	38-54	12	57.1
	55-71	9	42.9
Çalışma Durumu	Çalışıyor	3	14.3
	Çalışmıyor	18	85.7
Eşin Çalışma Durumu	Çalışıyor	14	66.7
	Çalışmıyor	7	33.3
Eğitim Durumu	Okur-yazar değil	1	4.8
	İlkokul	17	81.0
	Orta-öğretim	2	9.4
	Lise ve üzeri	1	4.8
Sosyal Güvenlik	Var	20	95.2
	Yok	1	4.8
Çocuk Sayısı	0-2 çocuk	9	42.9
	3-4 çocuk	9	42.9
	5-6 çocuk	3	14.2
Kürtaj öyküsü	Var	9	42.9
	Yok	12	57.1
Düşük öyküsü	Var	10	47.6
	Yok	11	52.4
Aile planlama yöntemi	Evet	3	14.3
	Hayır		

Kullanımı	18	85.7
TOPLAM	21	100

Katılımcıların %57.1'inin Endometrium Ca tanısına sahip olup, %33.3'ünün tedavi şekli cerrahi tedavi ve radyoterapidir. Katılımcıların %57.1'i cerrahi tedaviye ilişkin eğitim almadıklarını, %23.8'i radyoterapiye ilişkin eğitim almadıklarını, %66.7'si ise kemoterapiye ilişkin eğitim almadıklarını ifade etmiştir (Çizelge 4.2).

Çizelge 4.2. Hastaların hastalıklarına ait özellikler

Özellikler		n	%
Tıbbi Tanı	Endometrium Ca	12	57.1
	Servisk Ca	9	42.9
Tedavi Şekli	Cerrahi	6	28.3
	Radyoterapi	1	4.8
	Cerrahi veRadyoterapi	7	33.3
	Cerrahi ve Kemoterapi	1	4.8
	Radyoterapi ve Kemoterapi	4	19.2
	Cerrahi,Radyoterapi ve Kemoterapi	2	9.6
Cerrahi Eğitim Alma Durumu	Evet	9	42.9
	Hayır	12	57.1
Radyoterapi Eğitim Alma Durumu	Evet	16	76.2
	Hayır	5	23.8
Kemoterapi Eğitim Alma Durumu	Evet	7	33.3
	Hayır	14	66.7
TOPLAM		21	100

Cerrahi tedavi ile ilgili eğitim alan katılımcıların %33.3'ü, radyoterapi ile ilgili eğitim alan katılımcıların %31.2'si ve kemoterapi ile ilgili eğitim alan katılımcıların %14.3'ü sadece hemşireden eğitim aldıklarını belirtmiştir (Çizelge 4.3).

Çizelge 4.3.Cerrahi, radyoterapi ve kemoterapi eğitim aldıkları kişiler

Eğitim Veren Kişi	Cerrahi Tedavi		Radyoterapi		Kemoterapi	
	n	%	n	%	n	%
Hemşire	3	33.3	5	31.2	1	14.3
Doktor	2	22.2	1	6.3	2	28.6
Hemşire ve Doktor	4	44.5	10	62.5	4	57.1
TOPLAM	9	100	16	100	7	100

Katılımcıların yaş gruplarına, tıbbi tanılarına, kemoterapi alma ve cerrahi tedavi alma durumlarına göre FSFI Ölçeği alt ölçekleri ve ölçek toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > .05$) (Çizelge 4.4).

Çizelge 4.4. Bazı değişkenlere göre FSFI ölçeği ve alt ölçeklerinin puan ortalamaları

Değişkenler	n	%	İstek		Uyarılma		Lumbrikasyon		Orgazm		Doyum		Ağrı		Toplam	
			Ort.	SS	Ort.	SS	Ort.	SS	Ort.	SS	Ort.	SS	Ort.	SS	Ort.	SS
Yaş Grup																
38-54	12	57.1	3.75 ± 1.71		3.58 ± 4.12		5.16 ± 6.26		2.83 ± 3.58		3.75 ± 3.74		4.33 ± 5.17		23.41 ± 22.37	
55-71	9	42.9	3.11 ± 1.36		1.66 ± 3.39		2.66 ± 5.38		1.77 ± 4.32		1.88 ± 4.13		2.66 ± 5.50		13.77 ± 23.30	
*İstatistik			U: 42.500		U: 38.500		U: 40.000		U: 40.500		U: 36.000		U: 42.500		U: 34.500	
			p: .382		p: .233		p: .254		p: .270		p: .155		p: .349		p: .160	
Tıbbi Tanı																
Endometrium Ca	12	57.1	3.08 ± 1.37		2.58 ± 4.07		3.83 ± 6.46		2.33 ± 4.29		2.58 ± 3.80		3.75 ± 6.01		8.16 ± 24.35	
Serviks Ca	9	42.9	4.00 ± 1.73		3.00 ± 3.77		4.44 ± 5.41		2.44 ± 3.43		3.44 ± 4.27		3.44 ± 4.36		20.77 ± 21.70	
*İstatistik			U: 37.500		U: 49.500		U: 49.000		U: 49.500		U:47.500		U: 52.000		U: 42.500	
			p: .210		p: .729		p: .684		p: .713		p: .608		p: .871		p: .408	
Düşük Yapma Durumu																
Var	10	47.6	2.70 ± 1.15		1.60 ± 3.53		2.90 ± 6.33		1.20 ± 2.89		1.20 ± 2.52		2.20 ± 5.00		11.80 ± 20.06	
Yok	11	52.4	4.18 ± 1.60		3.81 ± 3.99		5.18 ± 5.54		3.45 ± 4.41		4.54 ± 4.39		4.90 ± 5.35		11.80 ± 23.73	
*İstatistik			U: 26.500		U: 35.500		U: 40.000		U: 36.000		U: 31.000		U: 37.500		U: 27.000	
			p: .032		p: .137		p: .226		p: .124		p: .061		p: .158		p: .046	

* Mann Whitney U Test

Çizelge 4.4. Bazı değişkenlere göre FSFI Ölçeği ve alt ölçeklerinin puan ortalamaları (Devamı)

Değişkenler	n	%	İstek		Uyarılma		Lumbrikasyon		Orgazm		Doyum		Ağrı		Toplam	
			Ort.	SS	Ort.	SS	Ort.	SS	Ort.	SS	Ort.	SS	Ort.	SS	Ort.	SS
Küretaj Yapma Durumu																
Var	9	57.1	2.55 ± 1.13	1.77 ± 3.70	2.77 ± 6.15	1.33 ± 3.04	1.33 ± 2.64	2.22 ± 5.06	12.00 ± 20.06							
Yok	12	42.9	4.16 ± 1.52	3.50 ± 3.96	5.08 ± 5.75	3.16 ± 4.32	4.16 ± 4.38	4.66 ± 5.34	24.75 ± 23.87							
*İstatistik			U: 23.500	U: 39.500	U: 40.000	U: 39.000	U: 34.500	U: 38.500	U:32.000							
			p: .020	p: .265	p: .254	p: .220	p: .124	p: .207	p: .113							
Radyoterapi Eğitimi																
Var	16	76.2	3.56 ± 1.54	3.56 ± 4.11	5.37 ± 6.24	3.12 ± 4.16	3.87 ± 4.09	4.75 ± 5.56	24.25 ± 24.02							
Yok	5	23.8	3.2 ± 1.78	0.20 ± 0.44	0.00 ± 0.00	0.00 ± 0.00	0.00 ± 0.00	0.00 ± 0.00	3.40 ± 1.37							
*İstatistik			U: 34.500	U: 21.500	U: 20.000	U: 20.000	U: 17.500	U: 20.000	U: 21.000							
			p: .627	p: .098	p: .058	p: .058	p: .039	p: .059	p: .112							
Kemoterapi Eğitimi																
Var	7	33.3	3.14 ± 1.57	4.28 ± 4.38	5.71 ± 6.84	3.42 ± 4.03	3.57 ± 3.90	4.85 ± 5.55	25.00 ± 24.28							
Yok	14	66.7	3.64 ± 1.59	2.00 ± 3.48	3.28 ± 5.45	1.85 ± 3.79	2.64 ± 4.04	3.00 ± 5.18	16.42 ± 22.27							
*İstatistik			U: 40.000	U: 30.000	U: 37.000	U: 35.000	U: 39.500	U: 38.500	U: 38.000							
			p: .473	p: .125	p: .305	p: .230	p: .431	p: .370	p: .406							
Cerrahi Eğitimi																
Var	9	42.9	3.66 ± 1.73	1.66 ± 3.20	1.66 ± 3.74	1.11 ± 2.42	1.88 ± 3.21	1.88 ± 3.95	11.89 ± 17.08							
Yok	12	57.1	3.33 ± 1.49	3.58 ± 4.23	5.91 ± 6.68	3.33 ± 4.51	3.75 ± 4.35	4.91 ± 5.86	24.83 ± 25.46							
*İstatistik			U: 48.000	U: 39.000	U: 36.000	U: 37.500	U: 40.500	U: 38.000	U:40.000							
			p: .648	p: .248	p: .143	p: .178	p: .287	p: .193	p: .314							
TOPLAM			3.47±1.56	2.76 ± 3.85	4.09 ± 5.89	2.38 ± 3.85	2.95 ± 3.93	3.61 ± 5.24	19.28 ± 22.72							

* Mann Whitney U Testi

Katılımcıların düşük yapma durumlarına göre; “FSFI İstek Alt Ölçeği” puan ortalamaları ve “FSFI Ölçeğin Toplamı” puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<.05$). Ayrıca katılımcıların kürtaj yapma durumlarına göre “FSFI İstek Alt Ölçeği” puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<.05$). Katılımcıların radyoterapi alma durumlarına göre “FSFI Doyum Alt Ölçeği” puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı iken; ölçeğin diğer alt ölçekleri ve ölçek toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>.05$) (Çizelge 4.4). Buna göre, düşük yapmayan hasta grubunun cinsel isteği düşük yapan hasta grubuna göre daha fazla olduğu, kürtaj olmayan hasta grubunun kürtaj olan hasta grubuna göre cinsel isteğinin daha fazla olduğu, radyoterapi eğitimi alan hasta grubunun cinsel doyumunun radyoterapi eğitimi almayanlara göre daha fazla olduğu saptanmıştır.

FSFI Ölçeği cinsel işlevselliğin değerlendirmesinde, 26.6 puan altı alanları cinsel işlev bozukluğu olarak tanımlamaktadır. Araştırmada katılımcıların % 66.7’sinde cinsel işlev bozukluğu olduğu belirlenmiştir (Çizelge 4.5).

Çizelge 4.5. FSFI Ölçeği değerlendirmesi

FSFI ölçek değerlendirmesi		n	%
Cinsel işlev bozukluğu			
26.6 puan altı	Var	14	66.7
26.6 puan üstü	Yok	7	33.3
TOPLAM		21	100

4.2. Nitel Verilere İlişkin Bulgular

Bireysel derinlemesine görüşme yapılan katılımcıların (n: 7), yaş ortalaması 53.57 ± 9.84 (38 – 63 yaş) olup, % 71.4’ü (n:5) ilkokul mezunudur. Sadece bir katılımcı okuryazar değil ve bir katılımcı da lise mezunudur. Nitel veriler, hastalığa verilen tepki, cinsellik ve eşlerin yaklaşımı olmak üzere üç tema altında incelenmiştir. Hastalığa verilen

tepki temasının altında üzüntü, çaresizlik, hastalığı kabullenme alt temaları oluşurken; cinsellik temasında; cinsel isteksizlik, cinsel ilişkiyi red etme alt temaları şekillenmiştir. Eşlerin yaklaşımı temasında ise; hoşgörü ve anal seks alt temaları belirlenmiştir (Çizelge 4.5).

Çizelge 4.6. Brakiterapi alan katılımcıların cinsel yaşamlarını etkileyen tema ve alt temalar

Temalar	Alt temalar	Alt Temalar
Hastalığa verilen tepki	Üzüntü	
	Çaresizlik	
	Hastalığı kabullenme	Dini inanç Tedavi olacağına inanma
Cinsellik	Cinsel isteksizlik	
	Cinsel ilişkiyi red etme	Korku Ağrı Akıntı Bilgi eksikliği
Eşlerin Yaklaşımı	Hoşgörü	
	Anal seks	

4.2.1. Hastalığa Verilen Tepki

Kanser tedavisi gören hastaların tedaviyi algılama durumları, kendi yaşamlarını doğrudan etkilemektedir. Brakiterapi alan hastaların bu hastalığa ilişkin tepkileri; üzüntü, çaresizlik ve hastalığı kabullenme olarak belirlenmiştir.

4.2.1.1. Üzüntü

Katılımcıların çoğu, hastalıklarını öğrendiklerinde üzüntü yaşadıklarını belirtmiştir.

“...psikolojim bozuldu...gerçekten bunu kaldıramadım, ne konuştum ne ettim...”

(G 5; 60 yaş, ilkokul).

“...çok kötü oldum...” (G 4; 47 yaş, lise).

4.2.1.2. Çaresizlik

Katılımcılardan bazıları hastalığı daha önce yakınlarındaki kişilerde gördüklerini söylediği için bu hastalığın tedavisi olacağını bildiklerini söylemişlerdir. Birkaç katılımcı ise, ilk kez başlarına geldiği için bu durum karşısında çaresizlik yaşadıklarını ifade etmişlerdir.

“...ağaca toslamış gibi oldum... kendimi çok kötü ve çaresiz hissettim...” (G 4; 47 yaş lise).

“...ama yapacak bir şeyimiz yok...” (G 3; 46 yaş, okur-yazardeğil).

4.2.1.3. Hastalığı kabullenme

Katılımcıların çoğu tanı aldıkları süreçten bir süre sonra hastalığı kabul ettiklerini ifade etmiştir. Hastalığı kabullenme alt temasında; dini inanç ve tedavi olacağına inanma alt temalarına ulaşılmıştır.

4.2.1.3.1. Dini inanç

Katılımcıların çoğu, kanser tanısı aldığında bu hastalığı kabullenme sürecinde dini inançlarından destek almaktadır.

“...Allah bize bu canı vermiş, alacak olan O, ne zaman gideceğiz bilmiyoruz...” (G1; 63 yaş, ilkokul).

“...derdi veren Allah, dermanı veren de O...” (G 2; 58 yaş, ilkokul).

4.2.1.3.2. Tedavi olacağına inanma

Katılımcıların, sağlık çalışanlarının ile kurdukları iletişim, tedaviye ilişkin inançlarında etkili olmaktadır.

“...doktor kurtulcan bundan dedi...” (G 1; 63 yaş, ilkokul).

“...bu hastalığın tedavisinin olduğunu söylenince rahatladım...” (G 4; 47 yaş, lise).

4.2.2. Cinsellik

Tedavi sürecinde katılımcıların cinsel yaşamaları etkilenmektedir. Bu tema altında; cinsel isteksizlik ve cinselliği red etme alt temalarına ulaşılmıştır.

4.2.2.1. Cinsel isteksizlik

Katılımcıların hepsinde cinsel isteksizlik yaşanmaktadır.

“...hiç aklıma öyle şey gelmiyor...” (G 1; 63 yaş, ilkokul).

“...bu hastalık olunca insan istekli olmuyor... Bu eşime de yansıyor. O da istemiyor... (G 3; 46 yaş, okur-yazardeğil).

“... ilişki istemedik,... insan onu düşünemiyor bile...” (G 4; 47 yaş, lise).

“... cinsel ilişki aklıma bile gelmedi...” (G 5; 60 yaş, ilkokul).

4.2.2.2. Cinsell ilişkiyi red etme

Katılımcıların çoğunda cinsel ilişkiyi red etme temasının altında; korku, ağrı, yanma, akıntı ve bilgi eksikliği alt temaları olduğu belirlenmiştir.

4.2.2.2.1. Korku

Katılımcıların çoğu cinsel ilişkiye ilişkin korku yaşamaktadır.

“...ilişkiye girmekten korktuk.... ne olur ne olmaz, önlem amaçlı...korkuyorum, kendimi hazır hissetmiyorum açıkçası...” (G 4; 47 yaş, lise).

“...o bölgede zaman zaman sancı oluyor... ondan dolayı korkuyorum sanki orama bir şey olacak gibi ...” (G 5; 60 yaş, ilkokul).

“...korktum acaba zarar verir mi diye...” (G 6; 63 yaş, ilkokul).

Bir katılımcı da cinsel ilişkinin eşine zarar olur diye korktuğu tespit edilmiştir.

“...bilmiyorum... benim eşime zararım olur... onda da korkuyorum...” (G 7; 38 yaş, ilkokul).

4.2.2.2.2. Ağrı

Katılımcılardan bazıları tedavi sürecinde yaşadıkları ağrı nedeniyle cinsel ilişkiye girmek istememektedir.

“...o kadar çok sancım oldu ki, sanki doğum yapıyorum gibi hissettim...” (G 5; 60 yaş, ilkokul).

“...ilk olduğunda çok ağrım oldu...” (G 7;38 yaş, ilkokul).

4.2.2.2.3. Akıntı

Sadece bir katılımcı akıntısı olduğu için rahatsız olduğunu ifade etmiştir.

“...ameliyattan sonra uzun bir süre akıntım oldu...” (G 3; 46 yaş, okur-yazar değil).

4.2.2.2.4. Bilgi eksikliği

Katılımcıların çoğu tedavi öncesinde ve sırasında cinsel hayatlarına yönelik eğitim almadıklarını belirttiler.

“... eğitim almadım...” (G 5;60 yaş, ilkokul).

“...bana kimse bir şey anlatmadı...” (G 6; 63 yaş, ilkokul).

“...bana ilişki olur olmaz diye bir şey demediler...” (G 7;38 yaş, ilkokul).

Katılımcılar ile yapılan görüşmelerde özellikle brakiterapi hakkında yeterince bilginin verilmediği de ortaya çıkmıştır. Bir katılımcının;

“...içeriyi yakar mı?... diye düşündüm...” (G 2, 58 yaş, ilkokul) ifadesi bilgi eksikliğini açıkça ortaya koymaktadır.

4.2.3. Eşlerin Tepkisi

Katılımcıların eşlerinin çoğu tedavi süresince eşlerinin kendilerine çok destek olduğunu, anlayış ve hoşgörü ile karşıladıklarını belirtmiş, sadece bir katılımcı eşinin kendisi ile anal seks yaptığını söylemiştir.

4.2.3.1. Hoşgörü

Katılımcıların çoğu tedavi süresince eşlerinin kendilerine çok destek olduğunu ifade etmiştir.

“...eşim bana her konuda yardımcı oldu...” (G 4; 47 yaş, ilkokul)

“...eşim hiçbir şey demez, normal karşıladı...hiç sesini çıkarmadı...” (G 5; 60 yaş, ilkokul).

“...eşim çok istekli ama biliyor ben hastayım, bir şey demiyor...” (G 7; 38 yaş ilkokul).

4.2.3.2. Anal seks

Katılımcılarından sadece birin de eşinin cinsel istekliliği nedeniyle anal seks yaptıklarını belirtmiştir.

“...eşim çok istekli...arkadan oldu...işte bir şeyler yaptı... benim için çok, çok zor oldu... O'nun isteklerini yerine getirdim ...” (G 6; 63 yaş, ilkokul).

5. TARTIŞMA

Katılımcıların yarısı 38-54 yaş grubunda, %81.0'i ilkokul mezunu, %42.9'u 3-4 çocuğa sahip olup, %42.9'unun kürtaj, %47.6'sının düşük öyküsü bulunmaktadır. Jinekolojik kanserlerle ilgili yapılan çalışmalarda yaş ortalaması 30.26±6.89 (Ege ve diğ. 2010), 52.50 ± 10.68 (Akkuzu ve Ayhan 2013), 50.90±7.98 (Güner ve diğ. 2018) olup; %84.1 (Ege ve diğ. 2010), %41.5'i (Güner ve diğ. 2018) ilkokul mezunudur. Jinekolojik kanser tedavisi gören kadınların ortalama iki çocuğu vardır (Ege ve diğ. 2010, Güner ve diğ. 2018). Katılımcıların özellikleri, diğ. çalışmalardaki katılımcıların yaş, eğitim durumu ve çocuk sayısı açısından benzer özelliklere sahiptir. Bu çalışmada diğ. çalışmaların farklı olarak kadınların düşük ve kürtaj öyküleri sorgulanmış fakat bu değişkenlerin incelendiği çalışmaya rastlanmamıştır.

Katılımcıların %57.1'i cerrahi tedaviye, %23.8'i radyoterapiye, %66.7'si ise kemoterapiye ilişkin eğitim almamıştır. Cerrahi tedavi ile ilgili eğitim alanların %33.3'ü, radyoterapi ile ilgili eğitim alanların %31.2 ve kemoterapi ile ilgili eğitim alanların %14.3'ü sadece hemşireden eğitim almıştır. Jinekolojik kanserli kadınların % 85.3'ü sağlık personeli tarafından cinsellik hakkında bilgilendirildiği, yaşadıkları cinsel problemlerin çözümü için sağlık personelinden yardım talep etmedikleri ve sağlık personelinin de hastalar ile cinsel konular hakkında konuşmadıkları (Akkuzu ve Ayhan 2013), hemşirelerin aldıkları eğitimin bu konularda yetersiz kalması nedeniyle hastalar ile cinsel sorunlar üzerine konuşmadıkları (Hautamaki ve diğ. 2007), çok az sayıda hastanın cinsel sorunlarının hemşireler tarafından ele alındığını, buna karşılık hastaların cinselliğin gündeme getirilmesi ve onlara sorulmasını istediklerini (Southard ve Keller 2009), hastaların sağlık personeli tarafından cinsel sorunlara yönelik bilgilendirilmemesindeki diğ. faktörlerin; bilgilendirmenin kendi sorumluluğunda olmadığını düşünme, hasta ile yalnız konuşma imkanının olmaması, zamanın sınırlı olması, bu konuda bilgisinin eksik olması, hastanın sormasının uygun olduğunu düşünme, hastaların yaşlı olması, hastanın tanı ve tedavisinin öncelikli olduğunu düşünme, daha önce bu konuda hiç konuşmama olduğu (Stead ve diğ. 2007), çoğu kadın için cinsellikle ilgili konuların tabu olduğunu, kadınların cinsel sağlığa yönelik endişelerini akranları ve sağlık personeli ile tartışmaya utandıkları, aynı zamanda bu çalışma da kadınların onkoloji hekimlerinin daha çok medikal konulara odaklandıklarını ve cinsel sağlığa daha az önem verdiklerini düşündükleri (McCallum ve diğ. 2012), çok az sayıda hastanın cinsel sorunlarının hemşireler tarafından ele alındığını, buna karşılık hastaların cinselliğin gündeme

getirilmesi ve onlara sorulmasını istediklerini (Southard ve Keller 2009), bir çalışmada da müslüman toplumlarda cinselliğin hala bir tabu olarak görülmekte olduğu ve kanserli hastalarda da kolaylıkla ele alınamadığı belirtilmiştir (Reis ve diğ. 2010). Jinekolojik kanser tanısı aldığından itibaren tüm tanı ve tedavi süreçlerinde kadının cinselliğinin olumsuz yönde etkilemektedir (Reis ve diğ. 2010, Abbott-Anderson ve Kwekkeboom 2012, McCallum ve diğ. 2012, Zeng ve diğ. 2012, Akkuzu ve Ayhan 2013). Bu konuda uzman sağlık ekibi tarafından verilen cinsel danışmanlıkla (disparonide ve vajinal kurulumda vajinal kayganlaştırıcı kremler, ilgi/isteği geliştirmek eşler arası cinsel dokunuşlar, fanteziler gibi) bu sorunların kısmen çözümlendiği saptanmıştır (Reis 2003).

Serviks ve endometrium kanserli katılımcıların FSFI puan ortalaması 19.28 ± 22.72 'dir. Bu ortalama, 26.55'in altında olması nedeniyle katılımcılarda cinsel işlev bozukluğu olduğunu göstermektedir (Rosen ve diğ. 2000, Aygin ve Eti Aslan 2005). Evre 1 endometrium kanseri hastaların çoğunluğunda (% 80) FSFI \ 26.5 puan olduğu (Damast ve diğ. 2014), endometrium ve serviks kanseri olup brakiterapi alan hastaların FSFI ortalama puanı 15.77 ± 8.71 olduğu (Güner ve diğ. 2018), jinekolojik kanser için FSFI puanı 18.11 (Maiorino ve diğ. 2016) olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların cinsel işlev bozukluğu puan ortalamaları, bu alanda yapılmış çalışmaların puan ortalamalarıyla benzerdir. Araştırmada katılımcıların %66.7'sinde FSFI skoru 26.6'nın altında olduğu için cinsel işlev bozukluğu saptanmıştır. Akkuzu ve Ayhan (2013) çalışmasında kadınların %75'inin FSFI skoru 30 ve altındadır. Düşük yapma durumlarına göre; "FSFI İstek Alt Ölçeği" puan ortalamaları ve "FSFI Ölçeğin Toplamı" puan ortalamaları, kürtaj yapma durumlarına göre "FSFI İstek Alt Ölçeği" puan ortalamaları ve radyoterapi alma durumlarına göre "FSFI Doyum Alt Ölçeği" puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p < .05$). Buna göre, düşük yapmayan hasta grubunda cinsel isteğin ve cinsel işlevselliğin daha iyi olduğu, kürtaj olmayan hasta grubunun cinsel isteğinin daha fazla olduğu ve radyoterapi eğitimi alan hasta grubunun cinsel doyumunun radyoterapi eğitimi almayanlara göre daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Bu alanda yapılan araştırmalarda düşük ve kürtajın brakiterapi alan hastalarda cinsel işlev bozukluğunda etkili olduğuna ilişkin bulgu bulunamamıştır. Fakat; düşük ve kürtaj öyküsü olan kadınlarda gebe kalma korkusu ve cinsel istek ve doyum alma boyutunda bir sorun yaşanması beklendiği bir sonuçtur.

Kadınların cinsel işlevlerini etkileyen faktörler; hastalığa verilen tepki (üzüntü, çaresizlik, hastalığı kabullenme (*dini inanç ve tedavi olacağına inanma*)), cinsellik (cinsel

isteksizlik (*korku, ağrı, akıntı, bilgi eksikliği*) cinsel ilişkiyi red etme), eşlerin tepkisi (hoşgörü, anal seks) olmak üzere üç ana tema altında değerlendirilmiştir.

Jinekolojik kanserlerde hastalığa verilen tepki kişilerin cinsel işlevlerini etkilemektedir. Kanser tanısının konulması bireyin psikolojik dengesini bozarak krize yol açar ve hastalık, yaşam tehdidi gibi durumlarla karşı karşıya kalan birey, uyum sağlamada güçlük yaşayabilir (Özkan ve Akın 2017). Kadınlarda aşırı ölüm korkusu, anksiyete ve depresyonun cinsel istek ve orgazm kapasitesini önemli ölçüde azalttığı belirtilmektedir (Wilmoth ve Spinelli 2000). Bir çalışmada, kadınların %20.6'sı kendilerini kadın olarak eksik hissettiklerini ifade etmiştir (Akkuzu ve Ayhan 2013). Jinekolojik kanserli hastalarda depresyon ve umutsuzluk düzeyleri yüksek, benlik saygısı ve sosyal destek puanları düşüktür (Dedeli ve diğ. 2008). Katılımcıların yaşadıkları üzüntü ve çaresizlik, cinsel işlev bozukluğunun oluşmasına zemin hazırlamaktadır. Kanser, çaresizlik ve belirsizlik içeren, ağrı ve acı içinde ölümü çağrıştıran, suçluluk ve kaygı uyandıran, panik ve karışıklık yaratan ciddi ve kronik bir hastalık olarak algılanmaktadır (Kavradım ve Özer 2014). Hastalığın dini inancı ve tedavi olacağına inanma, katılımcıların hastalığı kabullenmesinde önemlidir. Katılımcıların hastalığı kabullenmesi, bu süreçte yaşadıkları sorunlar ile baş etmesini güçlendirecektir.

Cinsellik teması iki alt temadan oluşur. Birincisi cinsel isteksizlik ve cinselliği red etmedir. Cinsel isteksizliğin nedenleri; ağrı, korku, ağrı, akıntı ve bilgi eksikliğidir. Katılımcıların çoğunda cinsel isteksizlik bulunmaktadır. Jinekolojik kanser tanısı alan kadınların çoğunun cinsel ilev bozukluğu yaşadıkları, %26.5'inin ayda 1-2 kez cinsel ilişki yaşadığı; %52.9'unun tanı aldıktan sonra tümüyle cinsel birlikteliği hiç deneyimlemedikleri saptanmıştır (Akkuzu ve Ayhan 2013). Akdeniz toplumlarında (Türkiye dahil) cinsel işlev memnuniyetinin Batı toplumlarına göre daha az olduğu ve kadınların sadece %37'sinin cinselliği yaşamlarında önemli algıladıkları bulunmuştur (Laumann ve diğ. 2006). Bir araştırmada jinekolojik kanser tedavisi alan kadınların %43.4'ü eskisi kadar cinsel arzu hissetmediği belirlenmiştir (Güner ve diğ. 2018). Bir başka çalışmada kadınların %40-60'ında cinsel ilgi, istek ve ilişki sıklığında azalma saptanmıştır (Tangitgamol ve diğ. 2007). Radyoterapi tedavisinin kadının vajen boyunda kısılma ve stenoza neden olduğu bilinmektedir (Reis 2006). Bunun yanında radyoterapi tedavisi yapılan hastalarda vajinal kuruluk olduğu bildirilmiştir (Juraskova ve diğ.2003, Mc Callum ve diğ. 2012, Zomkowski ve diğ. 2016.) Kadının vajen boyundaki bu kısılma, vajinal kuruluk ve stenoz, cinsel ilişki sırasında disparoniye neden olarak kadının cinsel

ilişkiden uzaklaşmasına ve cinsel ilişki sıklığında azalmalara neden olabilmektedir (Juraskova ve diğ.2003, McCallum ve diğ. 2012, Zomkowski ve diğ. 2016, Reis 2006). Serviks kanserli hastalarda fazla disparoni bildirilmiş, radyoterapiden sonra disparoni daha sık görülmüştür ve daha uzun sürdüğü ortaya çıkmıştır (Lammerink ve diğ. 2012). İnvajinal yüksek doz hızlı brakiterapi tedavisi olan endometriyum kanser tanılı cinsel açıdan aktif 31 hastada % 32'sinde disparoni ve %27'sinde vajinal kuruluk ve vajinal akıntı saptanmıştır (Park ve diğ. 2015). Jinekolojik kanserli kadınların cinsel ilişki sırasında yaşadıkları yoğun ağrının cinsel ilgi/isteği azalttı belirlenmiştir (Rannestad ve Skjeldestad 2007, Turgut ve diğ. 2012). Katılımcıların %66.7'sinin kemoterapi eğitimi, %57.1'inin cerrahi tedavi, %23.8'inin radyoterapi hakkında eğitim almaması ve cinsel işlevselliğe ilişkin özel bir eğitimin verilmemesi katılımcılarda bilgi eksikliğine neden olmaktadır. Jinekolojik kanserli kadınlarla yapılan bir çalışmada; cinsel ilişkinin kanseri eşe bulaştırabileceğini, hastalığı kötüleştirebileceğini ve nükse neden olabileceğini düşünüldüğü belirlenmiştir (Reis 2010). Eşine hastalık bulaştırma veya zarar verme endişesi nedeniyle cinsel işlevlerini etkileyen sorunlar yaşanmaktadır (Gershenson ve diğ. 2007). Çoğu kadın için cinsellikle ilgili konuların tabu olduğunu, kadınların cinsel sağlığa yönelik endişelerini akranları ve sağlık personeli ile tartışmaya utandıklarını bulmuştur. Aynı zamanda bu çalışma da kadınların onkoloji hekimlerinin daha çok medikal konulara odaklandıklarını (tedavi, tekrarlama belirtileri vb.) ve cinsel sağlığa daha az önem verdiklerini düşündükleri ortaya çıkmıştır (Mc Callum ve diğ. 2012). Bu durumda hastaların sağlık personeli tarafından desteklenmeye olan ihtiyaçları açıktır. Buna karşılık yapılan çalışmalar kanser hastalarının sağlık personeli tarafından yeterince bilgilendirilmediği ve desteklenmediğini göstermektedir (Kvale ve Bondevik 2008, Schmid-Büchi ve diğ. 2008, Akkuzu ve Ayhan 2013). Kvale ve Bondevik (2008) çalışmasında, hastaların sağlık personelinden hastalıkları hakkında dürüstçe bilgi almayı, görüşlerinin sorulmasını istediklerini belirtmiştir. Yapılan diğer bir çalışmada, hastaların cinsel sorunları konuşmadıkları, çünkü bu konuda yardım edilmeyeceği düşüncelerinin olduğu saptanmıştır. Jinekolojik kanserin kalitatif çalışmalarında cinsellik hakkında bilgi eksikliği yaşadıklarını tespit etmiş (Oshima ve diğ. 2011), jinekolojik kanser hastalarının, hekim ve hemşirelere cinsel konularda soru sormakta güçlük çektiği saptanmış (Akyüz ve diğ. 2008); cinsel konularla ilgili en önemli konulardan birini zamanlama olarak vurgulamış ve sağlık personeli tanı ve tedavi sırasında daha çok hastaların tedavi ve sağ kalım üzerine daha fazla odaklandıklarını belirlenmiştir (Stilos ve diğ. 2008). Hastaların

gerekli bilgiye ulaşmada zorlandıklarını, yeterince bilgiye sahip olmadıkları ve yeterince desteklenmediklerini, hastalığın yönetimi, tedavisi hakkında daha fazla bilgi ve profesyonel desteğe ihtiyaçları olduğunu bulunmuş (Schmid-Büchi ve diğ.2008).

Brakiterapi alan katılımcılarda eşlerin tepkileri, cinsel işlev bozukluğu etkileyen bir diğer temadır. Bu temada kapsamında hoşgörü ve anal seks alt temalarına ulaşılmıştır. Jinekolojik kanser tedavisi alan kadınlar ve eşleri ile yaptıkları çalışmada; çiftlerin tedavi sonrası cinsel ilişkiden memnuniyetlerinin azaldığı, orgazm olamadıkları, cinsel çatışma yaşadıkları, bedensel dokunmalardan (temastan) kaçındıkları, cinsel fantezilerinin azaldığı ve kadınların vücut görüntüsündeki değişimine bağlı çekicilik ve dişilik kaybı yaşadıkları belirlenmiştir (Wiltmoth ve diğ. 2000). Mellon ve arkadaşlarının yaptığı çalışmaya göre (2006); jinekolojik kanserli genç kadınlarda cerrahinin neden olduğunu, infertilite ve cinsel işlev bozukluklarının eşler arası iletişimde bozulmalara, kadının eşi tarafından beğenilmeme ve terk edilme kaygılarına neden olduğunu ve yaşam kalitesinin azaldığını saptamışlardır. Bu durum, kadınlarda erkeği memnun etme ve cinsellik açısından isteklerini karşılamak ve red etmeme seçeneğini ortaya çıkarmaktadır. Aynı zamanda hem kadınların hem de eşlerinin korku, yanlış inançlar ve vajinal problemlerin cinsel ilişki sırasındaki memnuniyeti azaltabileceği gibi görüşler ve eşin kadını çekici bulmaması düşüncesi, eşlerin cinselliği konuşmaktan kaçınmalarına, birbirlerine zarar verme düşüncesiyle cinsel aktiviteden uzaktan durdukları vurgulanmıştır (Reis 2003). Bu doğrultuda vajinal ilişki dışında anal seks yapma olgusunu ortaya çıkarmaktadır. Cinsel işlev bozukluğunun kadınlar arasında sık görülen bir sağlık sorunu olduğu, kadınların psikolojik ve sosyal sağlığı ve eş ilişkileri üzerine olumsuz etkilerinin olabileceği sonucuna ulaşılmıştır (Ege ve diğ. 2010)

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Nicel araştırma sonuçlarına göre araştırmaya katılan hastaların;

- %57.1'inin Endometrium kanseri tanısına sahip olduğu,
- Cerrahi tedaviye, radyoterapiye (brakiterapi) ve kemoterapiye ilişkin eğitim alma oranlarının düşük olduğu,
- Cerrahi tedavide eğitim alan katılımcıların %33.3'ünün, radyoterapi ile ilgili eğitim alan katılımcıların %31.2'sinin ve kemoterapi ile ilgili eğitim alan katılımcıların %14.3'ü nün sadece hemşireden eğitim aldıkları,
- Yaş gruplarına, tıbbi tanılarına, kemoterapi alma ve cerrahi tedavi alma durumlarına göre FSFI alt ölçekleri ve ölçek toplam puan ortalamaları arasındaki istatistiksel olarak bir farkın olmadığı ($p>.05$),
- Düşük yapma durumlarına göre; "FSFI İstek Alt Ölçeği" puan ortalamaları ve "FSFI Ölçeğin Toplamı" puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<.05$) yani düşük yapmayan hasta grubunun cinsel isteğinin düşük yapan hasta grubuna göre daha fazla olduğu,
- Kürtaj yapma durumlarına göre "FSFI İstek Alt Ölçeği" puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<.05$), buna göre; kürtaj olmayan hasta grubunun kürtaj olan hasta grubuna göre cinsel isteğinin daha fazla olduğu,
- Radyoterapi eğitimi alma durumlarına göre "FSFI Doyum Alt Ölçeği" puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<.05$), yani radyoterapi eğitimi alan hasta grubunun cinsel doyumunun radyoterapi eğitimi almayanlara göre daha fazla olduğu,
- Ölçeğin diğer alt ölçekleri ve ölçek toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p>.05$).

Nitel araştırma sonuçlarına göre;

- Araştırma kapsamına alınan 21 hastadan sadece 7 hastanın bireysel derinlemesine görüşmeyi kabul etmesi nedeniyle jinekolojik kanser hastalarının cinsel yaşamında oluşabilecek değişikliklere yönelik sorularını dile getirmekte sıkıntı yaşadığı sonucuna ulaşıldı.
- Bireysel derinlemesine görüşme ile elde edilen nitel veriler üç ana tema ve alt tema olmak üzere gruplandı.

Bu üç ana tema ve alt temalar;

1. Hastalığa verilen tepki ana temasının alt temaları; üzüntü, çaresizlik, hastalığı kabullenme,
2. Cinsellik ana temasının alt temaları; cinsel isteksizlik, cinsel ilişkiyi red etme,
3. Eşlerin yaklaşımı ana temasında alt temaları ise; hoşgörü ve anal seks olarak sonuçlandı.

Öneriler;

Araştırmacılara yönelik öneriler;

- Örneklem sayısının daha geniş ve tüm kanser gruplarını içeren kapsamlı çalışmaların yapılması,
- Cinsel işlev bozukluğu yaşayan hastaların tespiti için klinik uygulamada kullanılabilecek, pratik, güvenilir yeni ölçeklerin geliştirilmesi,
- Onkoloji ünitesinde görev alan hemşirelerin hastaların cinsel işlevlerini değerlendirme konudaki yeterliliklerini ve bu eğitimi vermelerine engel olan nedenleri ortaya çıkaracak niteliksel araştırmalar planlanması,
- Bu hasta grubu ile yapılacak büyük örneklemlerle çalışmalarda kürtaj ve düşük yapma durumlarının da sorgulanması önerilmektedir.

Sağlık profesyonellerine yönelik öneriler;

- Onkoloji ünitelerinde brakiterapi alan kadınlarda kadınların özellikle tedavi sürecinde cinsel işlevlerine ilişkin riskler ve nasıl baş edebilecekleri konusunda alandaki sağlık profesyonellerinden özellikle hemşirelerden eğitim almaları,
- Eğitimler sadece cerrahi, kemoterapi ya da radyoterapi ile ilgili değil; cinsel işlevselliğe ilişkin bir değerlendirme, özel görüşme odaları ve sürekli bir danışmanlık hizmetini kapsamalı,
- Brakiterapi alan kadınlar ile odak grup görüşmelerinin yapılması, kadınların görüşmede akıllarına gelmeyen ve arkadaşları tarafından dile getirilen sorunları ifade etmesine olanak sağlayacağı için tercih edilmesi,
- Sağlık profesyonellerinin bu konu hakkında hasta ya da partnerinden mutlaka bilgi edinmesi ve bu bilgiyi bakımına entegre etmesi,

- Hastaların cinsel yaşamını etkileyen faktörlerin farklı olması nedeniyle bakım verirken hastaların bireysel farklılıklarının göz önünde bulundurulması, hastanın kültürel ve dini inançlarının da etkili olduğu gerçeğinin göz ardı edilmemesi,
- Bu alanda çalışan sağlık profesyonellerinin kadınlarda cinsel işlev bozukluğu konusunda eğitim almaları ve kadınlara uygun danışmalık hizmeti sunmalarının sorunun çözümüne katkı sağlayacağı önerilmektedir.



KAYNAKLAR

- Abbott-Anderson K, Kwেকেboom KL. A systematic review of sexual concerns reported by gynecological cancer survivors. *Gynecologic Oncology*, 2012; 124(3): 477-489.
- Abraham J, Allegra CJ, Gulley J. Klinik Onkoloji El Kitabı. Çev. Cem Parlak, Alparslan Mayadağlı, Nobel Tıp Kitapevi, İstanbul, 2009.
- Açıkgöz A, Çehreli R, Ellidokuz H. Kadınların kanser konusunda bilgi ve tutumları ile erken tanı yöntemlerine yönelik davranışları. *DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi*. 2011; 25(3):145-154.
- Adlı M, Garipağaoğlu M, Koçak Z ve diğ. Jinekolojik intrakaviter brakiterapide mesane dozunu etkileyen faktörler. *UHOD*, 2008; 1(18): 1-8.
- Ahlberg K, Ekman T, Gaston-Johansson F. The experience of fatigue, other symptoms and global quality of life during radiotherapy for uterin cancer. *International Journal of Nursing Studies*, 2005; 42 (1): 377-386.
- Akan H, Doğan S. Birinci basamak sağlık hizmetinde cinsel işlev bozukluklarına yaklaşım. *Türk Aile Hek Derg*, 2011; 15(2): 69-76.
- Akarsu R, Beji N. Kadın cinsel fonksiyon bozuklukları sınıflandırılmasında DSM-V kapsamında yapılan değişiklikler. *Androloji Bülteni*. 2016; 18(65): 134-137.
- Akkuzu G, Ayhan A. Sexual functions of turkish women with gynecologic cancer during the chemotherapy process. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 2013; 14 (6): 3561-3564.
- Aksu G. Serviks ve endometrium kanserinde brakiterapi. *Turk J Oncol*, 2017; 32: 34-45.
- Aköz İ, Atasever M, Adanali S. İleri evre serviks karsinomunda neoadjuvan kemoterapi. *Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi*, 2003; 14(3): 149-152.
- Akyolcu N. Meme kanserinde cerrahi girişim sonrası cinsel yaşam. *Meme Sağlığı Dergisi*. 2008; 4(2): 77-83.
- Akyuz A, Guvenc G, Ustunsoz A ve diğ. Living with gynecologic cancer: experience of women and their partner. *J Nur Scholarship*. 2008; 40: 241-247.
- Aliustaoğlu M. Klinik Fizyopatoloji temel kanser fizyopatolojisi. *Klinik Gelişim Dergisi*. 2009; 22(3): 46-49.
- Alp Avcı G, Bozdayı G. İnsan papilloma virüsü. *Kafkas J MedSci*, 2013; 3: 136-44, (<https://doi.org/10.5505/kjms.2013.52724>).
- American Cancer Society. Cancer Facts & Figures. Atlanta, 2016. <https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/annual-cancer-facts-and-figures/2016/cancer-facts-and-figures-2016.pdf>. Erişim Tarihi:02 Ocak 2019.
- American Psychiatric Association: DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders. American Psychiatric Press, USA, 2013 <https://books.google.com.tr/books?hl=tr&lr=&id>. Erişim:25 Şubat 2019
- Aref-Adib M, Freeman-Wang T. Cervical cancer prevention and screening: the role of human papilloma virus testing. *The Obstet Gynaecol*, 2016;18: 251-63, (<https://doi.org/10.1111/tog.12279>).
- Aydoğdu SGM, Özsoy Ü. Serviks kanseri ve HPV. *Androloji Bülteni*. 2018; 20: 25-29.
- Aygin D, Eti Aslan F. Kadın cinsel işlev ölçęi'nin türkçeye uyarlaması. *Turkiye Klinikleri J Med Sci*. 2005; 25(3): 393-399.
- Aygin D, Eti Aslan F. Meme kanserli kadınlarda cinsel işlev bozukluklarının incelenmesi. *Meme Sağlığı Dergisi*, 2008; 4: 105-114.

- Aygin D, Yaman Ö. Kanserli hastalarda cinsellik nasıl değerlendirilmeli? *Androloji Bülteni*. 2017; 19(3): 98-107, (doi: 10.24898/tandro.2017.92160).
- Basson R, Berman J, Burnett A ve diğ. Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications. *J Urol*. 2000; 163: 888-893.
- Beyzadeoğlu M, Ebruli C. Temel Radyasyon Onkolojisi. GATA Yayınevi, Ankara, 2008.
- Bilgin Z, Kömürçü N. Kadın cinselliği ve kanıt temelli yaklaşımlar. *Androloji Bülteni*. 2016; 18(64): 48-55.
- Bireller E, Çinçin Z, Çakmaklı B. Endometrium Kanseri ve Gelişimi Üzerinde Etkili PI3K/AKT/mTOR ve RAS/RAF/MAPK Sinyal İletim Yolakları. *Deneyisel Tıp Araştırma Enstitüsü Dergisi*, 2015; 5(10): 42-50. Retrieved from <http://dergipark.gov.tr/iudtaed/issue/28605/112016>
- Bozdemir N, Özcan S. Cinselliğe ve cinsel sağlığa genel bakış. *Turkish Journal Of Family Medicine And Primary Care*. 2011; 5(4): 37-46.
- Brand AH, Bully CA, Cakır B. Vaginal stenosis in patients treated with radiotherapy for carcinoma of the cervix. *Int J Gynecol Cancer*. 2006; 16: 288-293.
- Can G. Meme kanseri tanısı ile radyoterapi, kemoterapi hormonoterapi alan hastalarda cinsellik. s.105,107. 2.Uluslararası-9.Ulusal Hemşirelik Kongresi Kadın ve Erkek Cinsel Sağlığı Kursu, Antalya, 2003.
- Cayan S, Akbay E, Bozlu M ve diğ. The prevalence of female sexual dysfunction and potential risk factors that may impair sexual function in Turkish women. *Urol Int*. 2004; 72: 52-57.
- Cibula D, Pötter R, Chiva L ve diğ. The european society of gynaecological oncology / european society for radiotherapy and oncology / european society of pathology guidelines for the management of patients with cervical cancer. *International Journal of Gynaecological Cancer*, 2018; 28 (4): 641-655.
- Chi DS, Barakat RR, Palayekar MJ ve ark. The incidence of pelvic lymph node metastasis by FIGO staging for patients with adequately surgically staged endometrial adenocarcinoma of endometrioid histology. *Int J Gynecol Cancer*. 2008; 18: 269-273.
- Corona G, Janina EA, Maggi M. Inventories for male and female sexual dysfunctions. *International Journal of Impotence Research*, 2006; 18: 236-250.
- Çakar B, Karaca B, Uslu R. Sexual dysfunction in cancer patients: a review. *J BUON*. 2013; 18: 818-23.
- Çelik BD. Kadında cinsel fonksiyon değerlendirmesi. *Türk Androloji Dergisi*, 2012; 211-5.
- Çolakeroğlu A, Dinçer M. İyatrojenik (medikal, cerrahi ve radyoterapi sonrası) cinsel disfonksiyonlar ve cinsel rehabilitasyon. *Türkiye Klinikleri J Urology-Special Topics*. 2015; 8(3): 37-9.
- Damast S, Alektiar K, Eaton A ve diğ. Comparative patient-centered outcomes (health state and adverse sexual symptoms) between adjuvant brachytherapy versus no adjuvant brachytherapy in early stage endometrial cancer. *Ann Surg Oncol*. 2014; 21: 2740-2754.
- Dede M. Jinekolojik onkolojide histeroskopinin yeri. *Gülhane Tıp Dergisi*.2002; 44 (4) : 464-471.
- Dedeli Ö, Fadiloğlu Ç, Uslu R. Kanserli bireylerin fonksiyonel durumları ve algıladıkları sosyal desteğin incelenmesi. *Türk Onkoloji Dergisi*, 2008; 23: 132-139.
- Demirel G, Gölbaşı Z. Kadın sağlığı taramasında güncel durum. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2015; 4: 638-659.
- Demirgöz M. Kadınların PAP smear testi yaptırma durumlarının sağlık inanç modeli ölçeği ile değerlendirilmesi. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 2014; 4: 133-138, (<https://doi.org/10.5455/musbed.20140711031132>).

- Dilek S, Kutlu D. Erken evre serviks kanserinin güncel cerrahi tedavisi. *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi*. 2004; 7(4): 125-133.
- Dinçer Y, Oskay U. Kanser ve cinsellik (Derleme). *Androloji Bülteni*. 2015; 17(63): 311-314.
- Dunleavy R. Cervical cancer: a guide for nurses. John Wiley and Sons. UK, 2009.
- Ege E, Akın B, Yaralı Arslan S ve diğ. Sağlıklı kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu sıklığı ve risk faktörleri. *TÜBAV Bilim*. 2010; 3(1): 137-144.
- Eker F, Açıkgöz F. The impact of cancer and its treatment on sexual desire, satisfaction and functioning: findings from an exploratory study in rural Turkey. *European Journal of Cancer Care*, 2011; 20: 769-775.
- Eroğlu C, Keşli R, Eryılmaz MA ve diğ. Serviks kanseri için riski olan kadınlarda HPV tiplendirmesi ve HPV sıklığının risk faktörleri ve servikal smearle ilişkisi. *Nobel Med*. 2011; 7: 72-7.
- Eroğlu K, Koç G. Jinekolojik kanser kontrolü ve hemşirelik. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2014; 77-90.
- Faithfull S, White I. Delivering sensitive health care information: Challenging the taboo of women's sexual health after pelvic radiotherapy. *Patient Education and Counseling*. 2008; 71: 228-233.
- Fleming MP, Kleinbart E. Breast cancer and sexuality. *Journal of Sex Education and Therapy*. 2001; 26(3): 215-224.
- Frumovitz M, Sun CC, Schover LR ve diğ. Quality of life and sexual functioning in cervical cancer survivors. *J Clin Oncol*. 2005; 23(30): 7428-36.
- Gallo-Silver L. The sexual rehabilitation of persons with cancer. *Cancer Practice*. 2000; 8(1): 10-15.
- Georgiadis JR, Kringelbach ML. The human sexual response cycle: Brain imaging evidence linking sex to other pleasures. *Neurobiology*. 2012; 98: 49-81.
- Gershenson DM, Miller AM, Champion VL ve diğ. Reproductive and sexual function after platinum-based chemotherapy in long-term ovarian germ cell tumor survivors. *J Clin Oncology*, 2007; 25(19): 2792-7.
- Gökçü M, Erkinç S, Solmaz U ve diğ. Yüksek riskli ve düşük riskli endometrium kanserleri hastalarda ileri yaş kötü prognostik bir faktör müdür? *Bozok Tıp Dergisi*. 2018; 8(3): 99-108.
- Gunderson LL, Tepper JE. Clinical Radiation Oncology, Elsevier. Philadelphia, PA: 2007: 47-55.
- Gustavo AV, Gustavo Bmanta, Eduardo J ve diğ. Brachytherapy for cervix cancer: LDR versus HDR brachytherapy-a metanalysis of clinical trials. *Jour of Exp. and Clin Can Res*, 2009; 28: 1186-1756.
- Güner H, Taşkıran Ç. Serviks kanseri epidemiyolojisi ve human papiloma virüs . *Türk Obstetrik ve Jinekoloji Dergisi*. 2007; 4(1): 11-19.
- Güner Ö, Gümüşsoy S, Çelik N ve diğ. An examination of the sexual functions of patients Who underwent a gynecologic cancer operation and received brachytherapy. *Pak J Med Sci*. 2018; 34(1): 15-19.
- Hautamaki K., Miettinen M., Kellokumpu-Lehtinen P.L ve diğ. Opening communication with cancer patients about sexuality-related issues. *Cancer Nursing*, 2007; 30 (5): 399-404.
- Henson HK. Breast cancer and sexuality. *Sexuality and Disability*. 2002; 20(4): 261-274.
- Horn L.C, Meinel A, Handzel R.ve diğ. Histopatoloji of endometrial hiperplazi ve endometrial carcinoma. *Ann Diagn Pathology*, 2007; 11(4): 297-300.

- Hoskin PI, Motohashi K, Brownws P. HDR brachytherapy in combination with external radiotherapy in the treatment of prostate cancer. *Radiotherapy Oncology*, 2007; 84: 114-120.
- Irmak P, Oskay U. Jinekolojik kanserlerde uygulanan pelvik radyoterapinin cinsel yaşama etkisi ve hemşirelik yaklaşımı rolü. *Türk Androloji Derneği, Androloji Bülteni*, 2013; 15(55): 279-283.
- İncesu C. Cinsel işlev bozukluklarında sınıflama, terminoloji ve kullanılan temel ölçekler. Yetkin N, İncesu C (Ed) *Cinsel İşlev Bozuklukları*. Roche Mustahzarları Sanayi A.Ş. Yayını, İstanbul, 2001.
- İnel S. Radyoterapi ve brakiterapide yan etkiler. *CBU-SBED*, 2018, 5(1): 17-19.
- Jensen PT, Groenvold M, Klee MC ve diğ. Early-stage cervical carcinoma, radical hysterectomy, and sexual function a longitudinal study. *C.Stat. CANCER*. 2004; 100(1): 97-106.
- Juraskova I, Butow P, Robertson R ve diğ. Post-treatment sexual adjustment following cervical and endometrial cancer: a qualitative insight. *Psychooncology*. 2003; 12(3): 267-79.
- Kanbur A, Çapık C. Servikal kanserden korunma, erken tanı-tarama yöntemleri ve ebe/hemşirenin rolü. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 2011; 61-72.
- Karadakovan A, Etiaslan F. Onkoloji. F. Etiaslan, A. Karadakovan (Ed) *Dahili Ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*. Nobel Tıp Kitap evi, İstanbul, 2011.
- Katki HA, Kinney WK, Fetterman B ve diğ. Cervical cancer risk for women undergoing concurrent testing for human papillomavirus and cervical cytology: a population-based study in routine clinical practice. *Lancet Oncol*. 2011; 12: 663-72, ([https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(11\)70145-0](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(11)70145-0)).
- Katz A. The sounds of silence: Sexuality information for cancer patients. *Journal of Clinical Oncology*, 2005; 23: 238-241.
- Kavradım ST, Özer Z. Kanser Tanısı Alan Hastalarda Umut. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*. 2014; 6(2): 154-164.
- Knobf MT. Carrying on the experience of premature menopause in women with early stage breast cancer. *NursingResearch*. 2002; 51(1): 9-16.
- Kög İ, Turan T, Karabük E ve diğ. Etlik KETEM grubunun serviks ve meme kanseri tarama program sonuçları. *TAF PrevMedBull*. 2012; 11: 145-52, (<https://doi.org/10.5455/pmb.20110812120702>).
- Kösebay D, Demirkıran F. İnvaziv Serviks Kanseri. A. Ayhan A, T. Durukan, S. Günalp, T. Gürkan, L. S. Önderoğlu, H. Yaralı, K. Yüce (Ed) *Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi*. Güneş Yayınları, Ankara, 2008.
- Kvale K., Bondevik M. What is important for patient centred care? A qualitative study about the perceptions of patients with cancer. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 2008;22 (4): 582–589.
- Lammerink EA, de Bock GH, Pras E ve diğ. Sexual functioning of servical cancer survivors: a rewiev with a female perspective. *Maturitas*. 2012; 72: 296-304.
- Lancaster L. Preventing vaginal stenosis after brachytherapy for gynaecological cancer: an overview of Australian practices, *European Journal of Oncology Nursing*. 2004; 8(1): 30-9.
- Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA*. 1999; 281: 537-544.
- Laumann EO, Paik A, Glasser DB ve diğ. A cross-national study of subjective sexual well-being among older women and men: findings from the global study of sexual attitudes and behaviors. *Arch Sex Behav*, 2006; 35(2): 145-161.

- Lehman M, Thomas G. Is concurrent chemotherapy the new standard of care for advanced cervical cancer. *Int J Gynecol Cancer*.2001; 11: 87-99.
- Linkov F, Edwards R, Balk J ve diğ. Endometrial hyperplasia, endometrial cancer and prevention: gaps in existing research of modifiable risk factors. *Eur J Cancer*. 2008; 44(12): 1632-44.
- Maiorino MI, Chiodini P, Bellastella G ve diğ. Sexual dysfunction in women with cancer: a systematic review with meta-analysis of studies using the Female Sexual Function Index. *Endocrine*. 2016; 54: 329-341.
- Mc Callum M, Lefebvre M, Jolicoeur L ve diğ. Sexual health and gynecological cancer: conceptualizing patient needs and overcoming barriers to seeking and accessing services. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 2012; 33 (3): 135-142.
- Mellon S, Northouse L, Weiss LA. Population-based study of the quality of life cancer survivors and their family caregivers. *Cancer Nursing*. 2006; 29(2): 120-31.
- Munstedt K, Grant P, Woenckhaus J ve diğ. Cancer of the endometrium: current aspects of diagnostics and treatment. *World J Surg Oncol*. 2004; 2: 24.
- Nappi RE, Cucinella L, Martella S ve diğ. Female sexual dysfunction (FSD): Prevalence and impact on quality of life (QoL). *Maturitas*. 2016; 94: 87-91.
- Nazik E, Eryılmaz G. Kadında disparoni ve hemşirelik yaklaşımı. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*. 2011; 4(1): 48-55.
- Nazlıcan E , Akbaba M , Koyuncu H , Savaş N , Karaca B.Hatay İli Kisecek Bölgesinde 35–40 Yaş Arası Kadınlarda Serviks Kanseri Taraması, (file:///F:/serviks%20kanseri%20cep%20rehberi.pdf. Erişim: 20 Şubat 2019).
- NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines) Uterine Neoplasms Version 1.2018.<https://www2.trikobe.org/nccn/guideline/gynecological/english/uterine.pdf>. Erişim:02 Şubat 2019.
- Okanlı A. Kadınlarda mastektominin psikososyal etkileri. *Uluslar arası İnsan Bilimleri Dergisi*. 2004; 1(1): 1-6.
- Oshima S, Kisa K, Terashita T ve diğ. A qualitative study of Japanese patients' perspectives on post-treatment care for gynecological cancer. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2011; 12: 2255-61.
- Özcan H, Beji N. Kadın cinsel fonksiyon bozuklukları: *Androloji Bülteni*. 2018; 20: 133-137.
- Özkan M, Akın S. Kanserli hastalarda yorgunluğun fonksiyonel yaşam kalitesi üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi. *FNJN Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*. 2017; 25(3): 177-192.
- Özdemir Ö, Bilgili N. Bir eğitim hastanesinde çalışan hemşirelerin meme ve serviks kanserlerinin erken tanısındaki bilgi ve uygulamaları. *TAF PrevMedBull*, 2010; 9: 605-12.
- Özerdoğan N, Saymer FD, Köşgeroğlu N ve diğ. 40–65 yaş grubu kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu prevalansı, depresyon ve diğer ilişkili faktörler, *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2009; 2(2): 46-59.
- Özsaran Z, Yalman D, Yürüt V ve diğ. Lokal ileri evre serviks kanseri tanısı ile radyokemoterapi uygulanan olgularda erken sonuçları. *Ege Tıp Dergisi*, 2002; 41(3): 157-162.
- Öztürker C, Sönmez G.Endometrium ve serviks kanserlerinde görüntüleme. *Trd Sem*. 2015; 3: 1-11.
- Pan American Health Organization, World Health Organization. Promotion of Sexual Health, Recommendations for Action, Guetamala, 2000.

- Perez CA, Brady LW. Principles and practise of radiation oncology. 5th edition. Lippincott Williams & Wilkins. 2008: 1566-1592, 1614-1625.
- Park HS, Ratner ES, Lucarelli L ve diğ. Predictors of vaginal stenosis after intravaginal high-dose-rate brachytherapy for endometrial carcinoma. *Brachytherapy*. 2015; 14: 464-470.
- Peters WA, Liu PY, Barret RJ ve diğ. Concurrent chemotherapy and pelvic radiation therapy compared with pelvic radiation therapy alone as adjuvant therapy after radical surgery in high-risk early-stage cancer of the risk. *Journal of Clinical Oncology*. 2000; 18: 1606-1613.
- Pınar G. Kanser tedavisi alan hastalarda cinsel disfonksiyon ve danışmanlığa ilişkin hemşirelik yaklaşımları. *Gülhane Tıp Dergisi*, 2010; 52: 241-247.
- Pınar G, Algier L, Çolak M ve diğ. Jinekolojik kanserli hastalarda yaşam kalitesi. *UHOD*, 2008; 3: 141-149.
- Quick AM, Seamon LG, Abdel-Rasoul M ve diğ. Sexual function after intracavitary vaginal brachytherapy for early-stage endometrial carcinoma. *Int J Gynecol Cancer*. 2012; 22(4): 703-708.
- Randall ME, Michael H, Long H, Tedjarati SC. Uterine cervix. In: *Principles and Practice of Gynecologic Oncology*. (Ed) R.R. Barakat, M. Markman, M. Randall. Lippincott Williams and Wilkins, China, 2009.
- Rannestad T, Skjeldestad FE. Pain and quality of life among longterm gynecological cancer survivors: a population-based case-control study *Acta Obstetricia et Gynecologica*, 2007; 86 (1): 1510-1516.
- Reis N. Jinekolojik kanser ve tedavilerinin kadın cinsel sağlığına etkileri. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Dergisi*, 2003; 7(2): 35-40.
- Reis N. Jinekolojik kanserli hastaların bakım ve rehabilitasyonunda hemşirenin rolü. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2005; 9(3): 88-97.
- Reis N, Beji Kızılkaya N. ve Coşkun A. Quality of Life and Sexual Functioning in Gynaecological Cancer Patients: Results From Quantitative and Qualitative Data. *Eur J Oncol Nurs*, 2010; 14(2): 137-146.
- Reis N, Coşkun A, Beji NK. Jinekolojik kanserli hastalarda yaşam kalitesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2006; 9(2): 25-35.
- Rosen R, Brown C, Heiman J ve diğ. The Female Sexual Function Index (FSFI): A Multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of Sex Marital Therapy*, 2000; 26: 191-208.
- Sağlık Bakanlığı, 2014, <http://kanser.gov.tr/daire-faaliyetleri/kanseristatistikleri.html>. Erişim:10 Kasım 2018.
- Sarper B. Serviks tümörlerinde üç boyutlu brakiterapi planlamasında kontur. *Türk J Oncol*, 2017; 32(1): 30-33.
- Sert F, Alanyalı S, Aras AB ve diğ. Evre I endometrium kanserinde uygulanan radyoterapi şeklinin uzun dönem yan etki sonuçlarına etkisi: pelvik eksternal radyoterapi veya vaginal brakiterapi? *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi*. 2016; 4: 145-150.
- Siegel RL, Miller DK, Jemal A. Cancer Statistics. *CA: A Cancer Journal For Clinicians*. 2017; 67 (1): 7-30.
- Schmid-Büchi S, Halfen RJG, Dassen T ve diğ. A review of psychosocial needs of breast-cancer patients and their relatives. *Journal of Clinical Nursing*, 2008; 17: 2895-2909.
- Sobin LH, Gospodarowicz MK, Wittekind Ch. TNM Classification of malignant tumors. *UICC International Union Against Cancer*, 2009.
- Soygüt GB. Kadın cinsel işlev bozuklukları. *Psikiyatri Dünyası*. 1999; 2: 54-59.

- Spencer J.V. Deadly diseases and epidemics cervical cancer. Infobase Publishing, Newyork, 2007.
- Southard NZ, Keller J. The importance of assessing sexuality: A patient perspective. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 2009; 13 (2): 213-7.
- Stead M, Fallowfield L, Selby P ve diğ. Psychosexual function and impact of gynaecological cancer. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 2007; 21(2): 309-320.
- Stilos K, Doyle C, Daines. Adressing the sexual health needs of patients with gynecologic cancers. *Clin J Oncol Nur*, 2008; 12: 457-63.
- Tangjitgamol S, Manusirivithaya S, Hanprasertpong J ve diğ. Sexual dysfunction in Thai women with early-stage cervical cancer after radical hysterectomy. *Int J Gynecol Cancer*, 2007; 17(5): 1104-12.
- Taşkın L. Doğum ve kadın hastalıkları hemşireliği. Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara, 2003.
- Taşkın L. Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği. Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara, 2009.
- Taşkın L. Doğum ve kadın sağlığı Hemşireliği. Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara, 2016.
- Temizkan O, Aşıcıoğlu O, Arıcı B ve diğ. Jinekoloji kliniğimizde son 2 yıllık endometrium kanseri cerrahi tedavi sonuçları ve laparoskopinin cerrahi onkolojideki yeri. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 2015; 49(4): 279-283.
- Terzioğlu F, Alan H. Jinekolojik kanser tedavisi sırasında yaşanan psikolojik sorunların kadının cinsel yaşamına etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2015; 18: 2.
- Tuğut N, Gölbaşı Z. Cinsel yaşam kalitesi ölçeği-kadın türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Cumhuriyet Tıp Dergisi*. 2010; 32: 172-180.
- Tuğut N, Gölbaşı Z. Cinselliğin değerlendirilmesi: hemşireler için öneriler ve klinik stratejiler. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 2014; 11(2): 59-64.
- Tuğut N. Cinsel işlev bozukluğu ve güncel yaklaşımlar. *Türkiye Klinikleri J Obstet Womens Health Dis Nurs-Special Topics*. 2016; 2(1): 70-75.
- Turgut A, Özler A, Sak ME ve diğ. Jinekolojik kanserli olguların retrospektif analizi: 11 yıllık deneyim. *Journal of Clinical and Experimental Investigations*, 2012; 3(2): 209-213.
- Türkiye Halk Sağlığı Kurumu 2014. <http://kanser.gov.tr/dairefaaliyetleri/kanseristatistikleri.html>.<http://www.trsgo.org/menu/152/rahim-agzi-serviks-kanseri#a3>. Erişim: 22 Şubat 2019.
- Türkiye Kanser İstatistikleri 2015. http://www.kanser.gov.tr/Dosya/ca_istatistik/ANA_rapor_2012_sooonn.pdf. Erişim: 01 Şubat 2019.
- Türkiye Kanser İstatistikleri 2016. [http://www.onkoloji.gov.tr/attachments/article/8653/Ana%20Rapor%202016%20\(v01.2\).pdf](http://www.onkoloji.gov.tr/attachments/article/8653/Ana%20Rapor%202016%20(v01.2).pdf). Erişim: 20 Ocak 2019.
- Ulusal Kanser Kontrol Planı. 2013-2018. https://www.iccpportal.org/system/files/plans/Ulusal_Kanser_Kontrol_Planı_2013_2018.pdf. Erişim: 14 Mart 2019.
- Ünalın P, Baş G, Atalay A ve diğ. Marmara üniversitesi kadın doğum polikliniğine başvuranların pap smear konusundaki bilgileri ve test sonuçları. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*. 2005; 36 (4): 147-151.
- Wilmoth MC, Spinelli A (2000). Sexual implications of gynecologic cancer treatments. *JOGNN*, 2000; 29: 413-421.

World Cancer Reports 2008. <http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/wcr>. 28 Ocak 2019.

World Health Organization. Developing sexual health programmes. WHO/RHR/HRP/10.22, 2010. Erişim:15 Ocak 2019.

Yaşar H, Özkan L, Tepeler A. Kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluklarına güncel yaklaşım. *Klin Den Ar Derg.* 2010; 1(3): 235-40.

Yavaş G, Yavaş Ç. Jinekolojik tümörlerde brakiterapideki güncel gelişmeler. *Genel Tıp Dergisi.*2014; 24: 118-129.

Yetmen Ö, Aktaş C, Bakkal BH. Serviks kanserinde radyoterapi tedavisinin yeri ve önemi. *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi.* 2012; 11(2): 35-40.

Yılmaz B, Ünsal M. Brakiterapi. *Okmeydanı Tıp Dergisi 29(Ek sayı 1).*2013: 35-40.

Yüksel KB, Şencan H, Kabil Kucur S ve diğ. Human papilloma virus (HPV) enfeksiyonu ve HPV aşısı hakkında bilgi düzeyi ve genel eğilimler; Dumlupınar Üniversitesi-Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ndeki doktor, hemşire ve sağlık personellerini içeren anket taraması. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi.* 2015; 12: 64-7.

Zeng YC, Liu Q, Liu X ve diğ. Chinese women's sexuality concerns after gynecologic cancer. *Cancer Nurs.* 2012; 35: 257- 263.

Zomkowski K, Machado Toriyi A, Sacomori C ve diğ. Sexual function and quality of life in gynecological cancer preand post-short-term brachytherapy: a prospective study. *Arch Gynecol Obstet.*2016; 294: 833–840.

ÖZGEÇMİŞ

1. Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı: Sevda ÖZMEN

Doğum Tarihi ve Yeri: 07.06.1983/ KOCAELİ

Çalıştığı Kurum: Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

İletişim adresi ve telefonu: sevdaerdogan83@gmail.com / 0538 657 66 58

2. Eğitimi

Lisans: Kocaeli Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

3. Mesleki Deneyim

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi- Anestezi ve Reanimasyon Ünitesi Hemşiresi, 2005 – 2007

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi- Supervizör Hemşire, 2007- 2008

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi- Onkoloji Servis Sorumlu Hemşiresi, 2008 – 2009

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi- Hemşirelik Hizmetleri Müdür Yardımcısı, 2009

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi- Hemşirelik Eğitim Hemşiresi, 2009-2014

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi- Radyasyon Onkoloji Anabilim Dalında Klinik Yetkin Hemşire,2014- halen

4. Bilimsel Etkinlikler

Bozdemir H, Küçükberber N, Özmen S. Kocaeli Üniversitesi Hastanesinde düşen hasta sonuçlarının incelenmesi. *Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2016;1(2):6-16.

Erkal EY, Çelik D, Özmen S, Aksu G, Erkal H. Metastatik hastalık varlığı saptandıktan sonra ilk kez radyoterapi uygulanan kanser hastalarında uyku kalitesinin değerlendirilmesi. UKK Poster Bildiri, Antalya, 2017.

Erkal EY, Özmen S, Memik NÇ, Bora H, Erkal HŞ. Radyoterapi planlanan pediatrik kanser hastalarının başvuru sırasındaki yaşam kaliteleri: Çocukların kendileri için yaptıkları değerlendirmeler ile ebeveynlerin çocukları için yaptıkları değerlendirmeler uyumlu mu?. UKK Poster Bildiri, Antalya, 2017.

Erkal EY, Özmen S , Bora H, Kamer S, Küpeli D, Aksu G, Erkal HŞ. Radyoterapi planlanan pediatrik kanser hastalarının ebeveynlerinin başvuru sırasındaki yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi. UKK Poster Bildiri, Antalya, 2017.

EK 1. Veri Toplama Formu

SERVİKS VE ENDOMETRİUM KANSERLİ HASTALARDA BRAKİTERAPİ SONRASI CİNSEL İŞLEVSELLİK- VERİ TOPLAMA FORMU

Sayın Katılımcı,

Bu çalışmanın amacı serviks ve endometrium kanseri hastalarında brakiterapi sonrası cinsel işlevselliğin değerlendirilmesi amacıyla planlanmıştır. Aşağıda Cinsel işlevinizi değerlendirmeye yönelik sorulardan size uygun olanı işaretleyiniz.

Sevda ÖZMEN

Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı

Yüksek Lisans Öğrencisi

Hastaların Bireysel Özellikleri

1. Yaşınız: () 20- 30 () 31-40 () 41 ve üzeri
2. Eğitim durumunuz: () Okuryazar değil () İlkokul () Orta Okul () Lise ve üzeri
3. Medeni durumunuz: () Evli () Bekar
4. Evlilik yılı: () 0-5 yıl () 5-10 yıl () 10 yıl ve üzeri
5. Çalışma durumunuz: () Çalışıyor () Çalışmıyor
6. Eşin çalışma durumu: () Çalışıyor () Çalışmıyor
7. Sosyal güvence durumunuz: () Var () Yok
8. Gebelik geçirme durumu: () Geçmişte gebe kaldım () Geçmişte gebe kalmadım
9. Gebelik kaldı iseniz sayısı: () 0-2 () 3-4 () 5-6
10. Yaşayan çocuk sayısı: () 0-2 () 3-4 () 5-6
11. Düşük durumu: () Var () Yok
12. Küretaj durumu: () Var () Yok

13. Korunma yöntemi kullanma durumu: () Evet () Hayır

Cevabınız evet ise kullandığınız yöntem (Yazınız).....

Hastalık Bilgileri

14.Hastalık tanısı: () Endometrium kanseri () Serviks kanseri

15. İlk tanı aldınız tarihten itibaren ne kadar süre geçti? () 0-1 yıl () 1-3yıl () 3-5 yıl () 5 yıl ve üzeri

16.Tedavi alma durumu : () Tedavi aldım () Tedavi almadım

17. Tedavi aldı ise tedavinin şekliniz işaretleyiniz (Birden fazla işaretleyebilirsiniz)

() Cerrahi () Radyoterapi () Kemoterapi

18. Cerrahi tedavi aldı iseniz, buna yönelik eğitim aldınız mı? () Evet () Hayır

Cevabınız evet ise eğitimi kimden aldınız? () Hemşire () Doktor () Diğer (Yazınız).....

19. Radyoterapi (Işın) aldı iseniz, buna yönelik eğitim aldınız mı? () Evet () Hayır

Cevabınız evet ise eğitimi kimden aldınız? () Hemşire () Doktor

() Diğer (Yazınız).....

20.Kemoterapi aldı iseniz, buna yönelik eğitim aldınız mı? () Evet () Hayır

Cevabınız evet ise eğitimi kimden aldınız? () Hemşire () Doktor

() Diğer (Yazınız).....

EK 2. Kadın Cinsel İşlev Ölçeği(FSFI)

KADIN CİNSEL İŞLEV ÖLÇEĞİ-(FSFI)

Sayın katılımcı; son dört haftada süregelen cinsel işlevlerinizi belirtmeye yönelik olarak hazırlanan bu ölçekte 19 madde bulunmaktadır. Sizden istenen her bir maddede size uyan tek bir seçeneği işaretlemenizdir. Lütfen tüm sorulara cevap veriniz.

Teşekkür ederiz.

* **Cinsel aktivite** : Cinsel birleşme, sevişme ve kendini tatmin dahil olmak üzere tüm cinsel faaliyetler.
** **Cinsel ilişki** : Kadın ile erkeğin cinsel birleşmesi (sertleşmiş kamışın/erkeklik organının kadının haznesine girmesi)
*** **Cinsel uyarılma**: Sevişme, şehvet duygu ve düşüncelerin belirmesi ile vajinanın ıslanması ve benzeri durumlar
**** **Orgazm** : Bızır,hazne, rahim, makat ve alt karın ve tüm vücudu saran kuvvetli ritmik kasılmalar olması.

Tüm sorularda yalnız bir kutuyu işaretleyiniz.

1. Son 4 hafta içinde, ne sıklıkta cinsel istek duydunuz?

- Hemen hemen her zaman
- Çoğu zaman (15 günden fazla)
- Bazen (15 günde)
- Birkaç kez (15 günden az)
- Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

2. Son 4 hafta içinde, cinsel istek veya ilgi düzeyinizi (derecenizi) nasıl değerlendirirsiniz?

- Çok yüksek
- Yüksek
- Orta
- Düşük
- Çok düşük veya hiç

3. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite* veya cinsel ilişki** sırasında ne sıklıkta uyarıldığınızı hissettiniz?

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- Hemen hemen her zaman
- Çoğu zaman (15 günden fazla)
- Bazen (15 günde)
- Birkaç kez (15 günden az)
- Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

4. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite* veya cinsel ilişki** sırasındaki uyarılma düzeyinizi nasıl derecelendirirsiniz?

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- Çok yüksek
- Yüksek
- Orta
- Düşük
- Çok düşük veya hiç

5. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite* veya cinsel ilişki** sırasında cinsel bakımdan uyarılacağınızdan ne derecede emindiniz?

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- Çok emindim
- Emindim
- Oldukça emindim
- Az emindim
- Çok az / hiç emin değildim

6. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite* veya cinsel ilişki** sırasında uyarılma durumunuz sizin için ne sıklıkta tatminkardı?

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- Hemen hemen her zaman
- Çoğu zaman (15 günden fazla)
- Bazen (15 günde)
- Birkaç kez (15 günden az)
- Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

7. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite* veya cinsel ilişki** sırasında hazneniz ne sıklıkla ıslandı / kayganlaştı ?

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- Hemen hemen her zaman
- Çoğu zaman (15 günden fazla)
- Bazen (15 günde)
- Birkaç kez (15 günden az)
- Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

8. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite* veya cinsel ilişki** sırasında haznenizin ıslanması / kayganlaşmasındaki zorluk derecesi nasıldı?

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- Çok çok zor veya imkansızdı
- Çok zordu
- Zordu
- Biraz zordu
- Hiç zorluk çekmedim

9. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite* veya cinsel ilişkiniz** bitene kadar cinsel organınızın ıslaklığını / kayganlığını ne sıklıkta koruyabildiniz?

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- Hemen hemen her zaman
- Çoğu zaman (15 günden fazla)
- Bazen (15 günde)
- Birkaç kez (15 günden az)
- Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

10. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite* veya cinsel ilişkiniz** bitene kadar haznenizin ıslaklığını / kayganlığını koruyabilme zorluğunuzun sıklığı neydi?

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- Hemen hemen her zaman
- Çoğu zaman (15 günden fazla)
- Bazen (15 günde)
- Birkaç kez (15 günden az)
- Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

11. Son 4 hafta içinde, cinsel uyarılma*** veya cinsel ilişkide** ne sıklıkta orgazm**** oldunuz?

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- Hemen hemen her zaman
- Çoğu zaman (15 günden fazla)
- Bazen (15 günde)
- Birkaç kez (15 günden az)
- Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

12. Son 4 hafta içinde, cinsel uyarılma*** veya cinsel ilişki** sırasında orgazma**** ulaşmak sizin için ne kadar zordu?

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- Çok çok zordu / imkansızdı
- Çok zordu
- Zordu
- Biraz zordu
- Hiç zorluk çekmedim

13. Son 4 hafta içinde, cinsel uyarılma*** veya cinsel ilişki** sırasında orgazma**** ulaşmanız ne kadar tatminkardı?

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- Çok tatminkardı
- Genellikle tatminkardı
- Yarisında tatminkardı, yarisında tatminkar değildi
- Genellikle tatminkar değildi
- Hiç tatminkar değildi

14. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite* veya cinsel ilişkiniz** sırasında siz ve eşiniz arasındaki duygusal yakınlık ne kadar tatminkardı?

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- Çok tatminkardı
- Genellikle tatminkardı
- Yarisında tatminkardı, yarisında tatminkar değildi
- Genellikle tatminkar değildi
- Hiç tatminkar değildi

15. Son 4 hafta içinde, eşinizle cinsel ilişkiniz** sizin için ne kadar tatminkardı?

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- Çok tatminkardı
- Genellikle tatminkardı
- Yarisında tatminkardı, yarisında tatminkar değildi
- Genellikle tatminkar değildi
- Hiç tatminkar değildi

16. Son 4 hafta içinde, genel olarak cinsel hayatınız sizin için ne kadar tatminkardı?

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- Çok tatminkardı
- Genellikle tatminkardı
- Yarisında tatminkardı, yarisında tatminkar değildi
- Genellikle tatminkar değildi
- Hiç tatminkar değildi

17. Son 4 hafta içindeki, cinsel ilişkinizde haznenize giriş sırasında ne sıklıkta ağrı veya rahatsızlık duyduunuz?

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- Hemen hemen her zaman
- Çoğu zaman (15 günden fazla)
- Bazen (15 günde)
- Birkaç kez (15 günden az)
- Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

18. Son 4 hafta içindeki, cinsel ilişkinizde haznenize girişten sonra ne sıklıkta ağrı veya rahatsızlık duyduunuz?

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- Hemen hemen her zaman
- Çoğu zaman (15 günden fazla)
- Bazen (15 günde)
- Birkaç kez (15 günden az)
- Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

19. Son 4 hafta içindeki, hazneye giriş sırasında veya sonrasında duyduğunuz ağrı / rahatsızlığın derecesini nasıl değerlendirirsiniz?

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- Çok yüksek
- Yüksek
- Orta
- Düşük
- Çok düşük veya hiç

EK 3. Bireysel Derinlemesine Görüşme Soruları

1. Kanser olmak sizin için ne ifade ediyor?
2. Brakiterapi sizin için ne ifade ediyor?
3. Brakiterapi öncesi cinsel yaşamınız nasıldı?
4. Brakiterapi cinsel yaşamınızı nasıl etkiledi?
5. Eşinizle yatak odası ilişkiniz nasıl değişti? Tedavi öncesi nasıldı? Tedavi sürecinde neler oldu?
6. Cinsel sorunlar yaşıyor musunuz? Ağrı, yanma, batma, kuruluk vb.
7. Eşiniz ilişki sırasında size nasıl davranıyor? Değişiklik oldu mu?
8. İlişki sıklığınız nasıl değişti? Azaldı mı? Arttı mı?
9. Kadın olarak kendinizi yatak odasında yeterli hissediyor musunuz? Tedavi bu süreci etkiledi mi?
10. Cinsel istediğiniz nasıl değişti? Azaldı mı? Arttı mı?
11. Azaldı ise neden azaldı?
12. Arttı ise neden arttı?
13. Eşiniz tedavi süresince sizinle ilişki kurmaya istekli mi?
14. İsteksiz ise size bu konuda ne diyor?

EK 4. Kadın Cinsel İşlev Ölçeği(FSFI) Kullanma İzni (Doç.Dr.Dilek AYGİN)

Q daygin@sakarya.edu.tr X ▾



Kadın Cinsel İşlev Ölçeği-(FSFI) İzni > Gelen Kutusu x



sevda erdogan <sevdaerdogan83@gmail.com>

Alıcı: daygin ▾

Merhaba Dilek Hanım;

Türkçe geçerlilik güvenilirliğini yapmış olduğunuz " Kadın Cinsel İşlev Ölçeği"ni araştırmamda izninizle kullanmak istiyorum.

Saygılarımla.

Hem.Sevda ÖZMEN

Hemşirelik Yüksek Lisans Öğrencisi



Dilek Aygin

Merhabalar, Ölçeği kullanmanızda sakınca yoktur. Yayınlarımız kaynak göstermenizi rica ederim. İyi çalışmalar Doç. Dr. Dilek AYGİN Sakarya Üniversitesi Sağlık B



sevda erdogan <sevdaerdogan83@gmail.com>

Alıcı: Dilek ▾

Çok teşekkür ederim. Yayınlarınızı kullanmaya özen göstereceğim.

Saygılarımla.

Hem.Sevda ÖZMEN

Hemşirelik Yüksek Lisans Öğrencisi

EK 5. Kurum İzni

İzin istenen makama hitap edilecektir,

Sorumlu araştırmacısı olduğum “Serviks ve Endometrium Kanserli Hastalarda Brakiterapi Sonrası Cinsel İşlevsellik”, isimli araştırma projesinde 01.03.2018- 01.09.2018 arasında Radyasyon Onkoloji Anabilim Dalı’nda kayıtlı serviks ve endometrium kanserli hastaların verilerini kullanmak istemekteyim.

İlgili verilerin 20 Ekim 2016 tarih ve 29863 sayılı “KİŞİSEL SAğLIK VERİLERİNİN İŞLENMESİ VE MAHREMİYETİNİN SAğLANMASI HAKKINDA YÖNETMELİK” hükümlerine uygun şekilde kullanmamızın sağlanması için,

Gereğini arz ederim.

İmza

Sorumlu araştırmacı Yrd. Doç.Dr. Kader Mert
Tarih 29.01.2018

Prof.Dr. Görkem AKSU
Başhekim Yardımcısı
Dip.No: 61702 - 92086

EK 6. Etik Kurul İzni



T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ

GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU



Etik Kurul Bilgileri	Adı	Kocaeli Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	Adres	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Ara Kat 41380 Umuttepe Yerleşkesi /KOCAELİ
	Telefon	0262 303 74 50
	Faks	0262 303 74 63
	E-Posta	gokaetikkurul@kocaeli.edu.tr

Başvuru Bilgileri	Araştırmacının Adı	Serviks ve Endometrium Kanserli Hastalarda Brakiterapi Sonrası Cinsel İşlevsellik
	Araştırma Proje Numarası	KÜ GOKAEK 2018/43
	Sorumlu Araştırmacı Unvanı/Adı/Soyadı	Yrd. Doç. Dr. Kader MERT
	Sorumlu Araştırmacının Uzmanlık Alanı	Hemşirelik
	Araştırma Merkezi	Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Radyasyon Onkolojisi Ünitesi
	Destekleyici	
	Araştırmacının Türü	Yüksek Lisans Tezi
	Araştırmaya Katılan Merkezler	<input checked="" type="checkbox"/> Tek Merkezli <input type="checkbox"/> Çok Merkezli <input checked="" type="checkbox"/> Ulusal <input type="checkbox"/> Uluslararası

Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Var	Yok	Açıklama
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Başvuru Dilekçesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Başvuru Formu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Araştırmacının Türü	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anket çalışması
	Araştırma Protokolü	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Kullanılacak Form Örnekleri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Aydınlatılmış Onam Formu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Araştırma Bütçesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Literatür Örneği	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Taahhütname	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Biyolojik Materyal Transfer Anlaşması	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	İzin Belgeleri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Başhekimlik Onayı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Özgeçmişler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Değişiklik Bilgi Formu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Proje Sonuç Formu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Diğer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

KÜ Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Onay Formu

Belge Kodu	Rev. Tarihi / No.su:	Sayfa
Onay formu	18.10.2017/KOGOEK01.2	1/2

Karar Bilgileri	Karar No: KÜ GOKAEK 2018/2.33	Proje No: 2018/43	Tarih: 7/2/2018
	Yrd. Doç. Dr. Kader MERT sorumluluğunda yapılan ve yukarıda bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler, araştırmanın gerekçesi, amacı, yaklaşım ve yöntemleri, gönüllüler için beklenen yarar ve riskler dikkate alınarak değerlendirilmiş ve araştırmanın ilgili protokol doğrultusunda belirtilen merkezlerde yürütülmesi etik açıdan,		
<input checked="" type="checkbox"/> Uygun bulunmuştur. <input type="checkbox"/> Eksikliklerin tamamlanması koşulu ile uygun bulunmuştur.* <input type="checkbox"/> Uygun bulunmamıştır.*			

Dayanakları	Hasta Hakları Yönetmeliği (01.08.1998/23420); Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi; İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesinin Uygun Bulunduğuna Dair Kanun (09.12.2003/25311); Biyotıp Araştırmalarına İlişkin İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesine Ek Protokolün Onaylanmasının Uygun Bulunduğuna Dair Kanun (29.03.2011/27899); İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik (13.04.2013/28617); Tıbbi Cihaz Klinik Araştırmaları Yönetmeliği (06.09.2014/29111); Dünya Tıp Birliği Helsinki Bildirgesi; İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu; Türk Tabipleri Birliği Hekimlik Meslek Etiği Kuralları; Türk Tabipleri Birliği Araştırma Etiği Bildirgesi
-------------	--

Etik Kurul Üyeleri

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile İlişki		Toplantıda Bulunma		İmza
			E	K	E	H	E	H	
Prof. Dr. Kadir Babaoğlu Başkan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. İ. Erdem Okay Üye	Genel Cerrahi	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Haluk Emre Özel Üye	Restoratif Diş Tedavisi	Kocaeli Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Özlem Yıldız Gündoğdu Üye	Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Canan Baydemir Üye	Biyostatistik	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Semil Selcen Göçmez Üye	Farmakoloji	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Yusufhan Yazır Üye	Histoloji ve Embriyoloji	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Aslıhan Akpınar Raportör	Tıp Tarihi ve Etik	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Ceyla Eraldemir Üye	Biyokimya	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

* Gerekeçe ve öneriler:

KÜ Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Onay Formu	Belge Kodu	Rev. Tarihi / No.su:	Sayfa
	Onay formu	18.10.2017/KOGOEK01.2	2/2

EK 7. Hasta Onam Formu Örneği



T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU



ONAM FORMU (D²)

(Araştırmacı nüshası ve Katılımcı nüshası olmak üzere iki nüsha halinde basılmalı ve imzalı araştırmacı nüshası saklanmalıdır. Gerekli olduğunda Etik Kurul tarafından onam formları istenebilir)

Araştırmanın Adı: Serviks ve Endometrium Kanseri Hastalarda Brakiterapi Sonrası Cinsel İşlevsellik



	Evet	Hayır
Gönüllü Bilgilendirme Formunu okudunuz mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Araştırma projesi size sözlü olarak da anlatıldı mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Size araştırmayla ilgili soru sorma, tartışma fırsatı tanıdı mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sorduğunuz tüm sorulara tatmin edici yanıtlar alabildiniz mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Araştırma hakkında yeterli bilgi aldınız mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herhangi bir zamanda herhangi bir nedenle ya da neden göstermeksizin araştırmadan çekilme hakkına sahip olduğunuzu anladınız mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Araştırma sonuçlarının uygun bir yolla yayınlanacağına katılıyor musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Araştırmada elde edilen biyolojik örneklerin madde 6'da belirtilen şartlarda gelecekte de kullanılmasına onay veriyor musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yukarıdaki soruların yanıtları size kim tarafından açıklandı?		

Gönüllü	Araştırmacı
İmza:	İmza:
Adı / Soyadı:	Adı / Soyadı:
Tarih:	Tarih:

K0 Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar için Aydınlatılmış Onam Formu	Belge Kodu	Rev. Tarihi / No.su:	Sayfa
	Form 5	27.04.2016/KOG0EK01.2	4/5

EK 8 Tez Kontrol Çizelgesi

EK 10. Tez Denetleme Listesi

Tez, aşağıdaki denetimler yapılarak tamamlanmıştır.

- Kapak ve iç kapak sayfalarında BİLİM UZMANLIĞI ya da DOKTORA şeklinde elde edilen unvanlar yazıldı (Kapak sayfasına danışman adı yazılmamalıdır).
- Kapak sayfasına mezun olunan PROGRAMIN (Anabilim dalının değil) adı yazıldı.
- Tez kapağı sırt kısmına kılavuzda belirtilen çizimde (yazımın yönüne dikkat!) ad, program,yıl yazıldı.
- Onay sayfası uygun çizimde hazırlandı (kazanılan unvanlar BİLİM UZMANLIĞI ya da DOKTORA olmalıdır) imzalatıldı (Enstitü Müdürü'nün imzası da gereklidir, imzaların aynı renk kalemle atılmasına dikkat edilmelidir).
- Dizinler kılavuzda belirtildiği gibi sıralandı.
- Ön sayfalara i, ii, iii şeklinde Roma rakamları konuldu.
- Sayfa numaraları kılavuzda belirtildiği şekilde konuldu.
- Sayfa düzeni kılavuzda belirtildiği şekilde yapıldı.
- Ana metin yazı boyutu 12 olacak biçimde basıldı.
- Dipnot yazı boyutu 10 olacak şekilde basıldı.
- Ana metin satır aralığı 1.5 olacak şekilde yazıldı.
- Kaynaklar abecesel sıralamaya göre yazıldı.
- Kaynak gösterme ilkelerine ve yazım kurallarına uyuldu.
- Ekler kılavuzda belirtildiği gibi verildi.

13.10.2019

Danışman

İmza

Dr. Öğr. Üyesi. İsmail Mehmet

