

JİNEKOLOJİK KANSERLERDE YAŞAM KALİTESİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER*

Nesrin REİS **

Anahit COŞKUN *** Nezihe KIZILKAYA BEJİ****

Kabul Tarihi: 20.04.2005

ÖZET

Araştırma jinekolojik kanserli hastaların yaşam kalitelerini belirlemek, yaşam kalitesi ile demografik, sosyo-kültürel, kanser türü ve tedavi yöntemine özgü değişkenler arasındaki ilişkileri saptamak amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Çalışma iki aşamada yürütülmüştür. İlk aşamada, Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin/KANSER HASTASI Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. İkinci aşama, Aralık 2001-Mayıs 2002 tarihleri arasında İstanbul Üniversitesi (İ.Ü.) İstanbul Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı ve İ.Ü. Onkoloji Enstitüsü birimlerinin ilgili polikliniklerinde yürütülmüştür ve 100 jinekolojik kanser hastası ile çalışılmıştır. Araştırmanın bu aşamasında, yaşam kalitesini etkileyen sorunları belirlemek için, Kalitesi Ölçeği'nin/KANSER HASTASI Türkçe formu kullanılmıştır. Ayrıca, hastaların cinsel yaşamına yönelik verilerin elde edilmesinde, 30 vaka ile yaklaşık 30-35 dakika süren derinlemesine görüşmeler yapılmıştır.

Araştırma sonucuna göre, jinekolojik kanserlerin ve uygulanan tedavi yöntemlerinin, yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen, önemli sorunlara neden olduğu belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Jinekolojik kanserler, Yaşam kalitesi, İyilik hali, Cinsel sağlık

ABSTRACT

Quality of Life and Effective Factors in Gynaecologic Cancers

This research was planned to determine quality of life in gynaecologic cancer patients and to define the relationship between quality of life and demographical, social, cultural characteristics, type of cancer and variables peculiar to method of treatment.

The study was performed in two steps. Validity and reliability tests of Turkish Quality of Life Scale/CANCER PATIENT were made in first step of the study.

The second step of the study was carried out in İstanbul University İstanbul Faculty of Medicine Gynaecology and Obstetrics Department, İstanbul University Cerrahpaşa Faculty of Medicine Gynaecology and Obstetrics Department, İstanbul University Institute of Oncology and in clinics and polyclinics of these units between December 2001- May 2002, and One hundred patients with gynaecologic cancer included to the study. In this stage of the study, Turkish form of Quality of Life Scale/CANCER PATIENT was used to identify problems that effect quality of life. Moreover, thirty women were interviewed for 30-35 minutes in order to gather data about sexual lifes of the patients.

As a result of the research, it was found that, gynaecologic cancers and methods of treatments cause important problems that have negative effects on the quality of life.

Keywords: Gynecologic cancers, Quality of life, Well-being, Sexual well-being

* Bu çalışma Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

** Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu (Yrd.Doç.Dr)

*** Emekli Öğretim Üyesi

**** Tez Danışmanı. İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu (Doç.Dr)

GİRİŞ

Kanser tıp alanındaki büyük ilerlemelere rağmen, hala her toplum için önemli bir sağlık sorunu olma özelliğini korumaktadır. ABD’de her yıl gerçekleşen ölümlerin %23’ünün kanser nedeni ile olduğu rapor edilmektedir (.....Hemşireler İçin El Kitabı 1998). Kanser hastalığı, bireyi ve ailesini bedensel, duygusal, manevi, bilişsel, sosyal ve ekonomik açıdan etkilemekte ve onların yaşam biçimini, beklentilerini ve yaşam değerini değiştirmektedir.

Ülkemizde oldukça yaygın görülen jinekolojik kanserlerin kadın sağlığı üzerindeki olumsuz etkileri çok boyutludur. Jinekolojik kanserlerde uygulanan tanı ve tedavi işlemleri, diğer organ kanserlerinde yaşanan sorunların yanı sıra beden imajı, cinsel kimlik ve üreme yeteneği ile ilgili birey ve ailesinin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen önemli sağlık sorunlarına neden olmaktadır. Jinekolojik kanser hastalarının yaşam kalitesi, hastalığın teşhisinden, bu teşhisin kişisel anlamından, hastalığın fiziksel etkilerinden, farklı tedavi şekillerinin yakın ve uzun dönemli yan etkilerinden, hastanın mental sağlığından, başa çıkma mekanizmalarından ve aile/toplumun tepkisinden büyük ölçüde etkilenir (Andersen 1995, Anderson and Lutgendorf 2000, Bruner and Boyd 1998).

Hemşirelik alanında yaşam kalitesine ilişkin çalışmalar, yaşamın biyolojik, psiko-sosyal ve sosyo-kültürel yönünü içeren esenlik durumunu yükseltmeye yönelik bakım sağlama ilkesine dayanır (Lowe 2000). Bakım kalitesini yükseltmeye yönelik hizmetler, öncelikle bireyin bu konudaki gereksinimlerinin ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin belirlenmesini ile olasıdır. Yapılan literatür taramasında ülkemizde jinekolojik kanserlerin tanı ve tedavisine yönelik çok sayıda çalışmaların var olduğu görülmektedir. Ancak jinekolojik onkolojide hastaların yaşam kalitesi ve bunu etkileyen faktörlere

yönelik çalışmaların yok denecek kadar az olduğu dikkat çekicidir.

Yukarıda açıklanan gerekçeler doğrultusunda çalışmamız, jinekolojik kanser tanısı konmuş kadının yaşam kalitesi ve bunu etkileyen sağlık sorunlarını belirlemek, bu konuda gelecekte yapılacak olan araştırmalara ışık tutmak amacı ile planlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın Şekli

Araştırma jinekolojik kanserli hastaların yaşam kalitelerini belirlemek, yaşam kalitesi ile demografik, sosyo-kültürel, kanser türü ve tedavi yöntemine özgü değişkenler arasındaki ilişkileri saptamak amacı ile tanımlayıcı ve ilişkilendirici olarak gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

İki aşamalı olarak planlanan çalışma, farklı iki evren ve örneklem grubu ile çalışılarak gerçekleştirilmiştir.

Birinci aşamanın evrenini, Nisan-Temmuz 2001 tarihleri arasında Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Genel Cerrahi Anabilim Dalı ve Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalı kliniklerinde tedavi gören ve aynı birimlerin polikliniklerine rutin tıbbi kontrolleri için gelen, üreme organ, meme ve sindirim sistem kanseri kadın hastalar oluşturdu. Araştırmanın örneklemini ise, bu evren arasından olasılıksız örneklem yöntemi ile seçilen toplam 100 hasta oluşturdu. Bu bölümde, Yaşam Kalitesi Ölçeği’nin/KANSER HASTASI Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Araştırmanın ikinci aşamasında ise, İstanbul Üniversitesi (İ.Ü.) İstanbul Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı ve İ.Ü. Onkoloji Enstitüsü birimlerinin ilgili polikliniklerine Aralık 2001-Mayıs 2002 tarihleri arasında, rutin tıbbi kontrolleri için

başvuran jinekolojik onkoloji hastaları arasından, olasılıksız örneklem yöntemi ile seçilen ve araştırmanın sınırlılıklarına uyan 100 jinekolojik kanserli hasta ile çalışılmıştır. Araştırmanın bu aşamasında, yaşam kalitesini etkileyen sorunlar belirlenmiştir. Ayrıca, hastaların cinsel yaşamına yönelik verilerin elde edilmesinde, 30 vaka ile yaklaşık 1.5-2 saati alan derinlemesine görüşme gerçekleştirilmiştir.

Verilerin Toplanması

I. Görüşme Formu: Jinekolojik kanserli hastaların sosyo-demografik özelliklerini ve hastalığa ilişkin verileri elde etmek amacıyla hazırlanan çok sorulu anket özelliğini taşıyan bir formdur. Araştırmanın birinci ve ikinci aşamasını oluşturan örneklem grubuna uygulanmıştır.

II. Yaşam kalitesi Ölçeği/KANSER HASTASI (Quality of Life/CANCER PATIENT): Amerika Birleşik Devletleri'nde 1995 yılında Ferrell ve arkadaşları (1995) tarafından, kanser hastalarında (sağkalım) yaşam kalitesini belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçek fiziksel, psikolojik, sosyal ve manevi iyilik hali olmak üzere, yaşam kalitesinin dört boyutunu kapsayan, 41 maddeden oluşmaktadır.

Ölçeğin Geçerlilik ve Güvenirliği: Yaşam kalitesi Ölçeği/KANSER HASTASI Türkçe Formu'nun yüksek geçerlilik ve güvenirlige sahip olduğu bulunmuştur (Coronbach's Alpha 0.97, test-tekrar test güvenirlilik katsayısı 0.98).

III. Derinlemesine Görüşme Formu: Jinekolojik kanserlerin, kadın cinsel sağlığı üzerindeki etkilerini belirlemek amacıyla oluşturulan görüşme formunda; beden imajı, cinsiyet rolü (kadınlık/dışılık kimliği), cinsel fonksiyonlar ve üreme yeteneği gibi dört boyut üzerinde durulmuştur.

Verilerin Değerlendirilmesi: Araştırmanın kantitatif verilerinin bu sorunların arasında yorgunluğun, fiziksel fonksiyonlarını etkileyen önemli

analizinde, SPSS for Windows Version (Statistical Package for Social Science for Windows) paket programı kullanıldı. Araştırmanın kalitatif verilerinin analizinde, kadınların cinsel sağlık sorunlarına ilişkin kalitatif verilerin analizinde betimsel ve içerik analizi kullanıldı (Yıldırım ve Şimşek 2000).

BULGULAR VE TARTIŞMA

Hastaların tanıtıcı bulguları incelendiğinde, %63'nün 50 ve üzeri yaş grubunda yer aldığı, %59'nun ilk ve orta öğretim mezunu olduğu, %82'sinin çalışmadığı ve %69'nun ise kronik bir hastalığı bulunmadığı belirlenmiştir. Olguların hastalık özelliklerine ilişkin verileri değerlendirildiğinde, %36'sının endometriyum kanseri, %61'nin Evre I dönemde olduğu, %47'sine cerrahi+radyoterapi uygulandığı saptanmıştır.

Olguların Yaşam Kalitesinden Aldığı Puanlar, Bunların Hastalık ve Demografik Özelliklerle Karşılaştırılmasına İlişkin Veriler ve Tartışması

Çalışma kapsamına alınan vakaların, yaşam kalitesi ölçeği ve ölçeğin alt gruplarından aldığı puan ortalamaları Tablo-1'de verilmiştir. Araştırmamızda ise, olguların yaşam kalitesi düzeyi $X=4.83\pm 1.09$ ile orta derece kötü olduğu belirlenmiştir. Dow ve Melancon'nın (1997) aynı ölçme aracını kullanarak, over kanseri 152 hasta ile yaptığı çalışmada, yaşam kalitesi düzeyini $X=6.12\pm 1.42$ ile orta derecede yüksek olduğunu saptamışlardır. Buna rağmen Granai ve arkadaşları (1991), hastalığın aktif ve tedavi aşamasında bulunan hastaların yaşam kalitesinin, sağkalım grubuna göre daha kötü olduğunu belirlemişlerdir.

Çalışmamızda yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutları incelendiğinde, hastaların fiziksel iyilik halinin $X=6.77\pm 1.14$ ile orta derecede yüksek olduğu saptanmıştır. Yapılan araştırmalarda, tedaviden sonraki dönemde önemli fiziksel sorunların ortaya çıktığı, bir sorun olduğu ileri sürülmüştür (Anderson and Lutgendorf 2000, Cain et

al. 1983, Dow and Melancon 1997). Literatürde, tedaviden sonraki dönemde görülen yorgunluğun, günlük yaşamı etkileyen en önemli sorun olduğu belirtilmektedir (Hoskins et al. 1997, McCartney and Larson 1987). Bu konuda, Steginga ve Dunn (1997), jinekolojik kanserli 81 hasta ile görüşmüşler ve hastaların büyük çoğunluğunun, teşhis ve tedaviden kaynaklanan fiziksel sorunları olduğunu belirtmişlerdir. Bu sorunlar arasında en yaygın görülenlerin ise, %14 ile yorgunluk, %11 ile ağrı ve %9 ile mesane disfonksiyonu olduğunu saptamışlardır. Bu araştırma sonuçları ise bizim bulgularımızla paralellik göstermektedir. Araştırmamızda da yorgunluğun ($X=3.45$) ortalama ile, fiziksel sağlığı etkileyen en önemli sorunlardan biri olduğu görülmüştür.

Çalışmamızda, yaşam kalitesinin alt boyutları içerisinde, en fazla etkilenen alanın psikolojik iyilik durumu ($X=3.30\pm 1.13$) olduğu belirlenmiştir. Bu konuda Steginga ve Dunn'un (1997), jinekolojik kanserli hastalarla yaptığı görüşmelerde, hastalar; tanı ve tedaviden kaynaklanan önemli psikolojik sorunlar yaşadığını ifade etmişler ve bu sorunların içerisinde, en yoğun ve en ısrarcı (sürekli) olanın %23 ile ölüm korkusu olduğunu belirtmişlerdir. Dow ve Melancon (1997) da, yaptıkları diğer bir çalışmada, anksiyetenin kanser sağ kalımları için en şiddetli sorun olduğunu ve hastalığın tekrarlama/yayıma korkusunun pek çok kanser hastasında var olduğunu ifade etmişlerdir.

Yaşam kalitesinin diğer bir alt boyutunu oluşturan sosyal iyilik halinin $X=5.43\pm 1.63$ ile orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Çalışma grubumuzda,

hastaların manevi iyilik durumunun $X=5.88\pm 1.65$ ile orta düzeyde olduğu belirlenmiştir (Tablo 1). Literatürde dua etmenin, kiliseye gitmenin, dini kurumlara/toplantılara katılmanın ve pozitif düşüncelere sahip olmanın, bireyin manevi iyilik durumunu yükseltmede son derece etkili olduğu belirtilmektedir. Dow ve Melancon (1997) ve Ferrell ve arkadaşları (1998), yaptıkları çalışmalarda benzer sonuçlar elde etmişlerdir. Araştırma grubumuzda, hasta grubu için manevi ve dini aktivitelerin önemli olması, manevi iyilik halini pozitif yönde etkilerken, hastalığa yönelik olumsuz düşüncelere sahip olma ve geleceğe yönelik belirsizlik hissetme, manevi iyilik halini olumsuz yönde etkilediği görülmüştür.

Çalışmamızda yapılan istatistiksel değerlendirmede, kanser türünün yaşam kalitesi üzerine büyük etkisi olduğu belirlenmiştir. Yaşam kalitesi ile vakaların hastalık tanıları karşılaştırıldığında vulva, serviks ve over kanserli hastalara kıyasla, endometrium kanseri hastaların fiziksel, psikolojik ve sosyal iyilik halinin daha iyi olduğu, istatistiksel olarak çok anlamlı bulunmuştur ($F=6.86$; $p=0.00$), ($F=7.04$; $p=0.00$), ($F=6.58$; $p=0.00$). Ayrıca hastalığın tanısına bağlı olarak, toplam yaşam kalitesi puanı ve diğer alt gruplara ilişkin puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak çok anlamlı olduğu belirlenmiştir ($F=7.63$; $p=0.00$) (Tablo 2). Bu sonuçlar da, endometrium vakalarının doğurganlığını tamamlamış olmalarına, öz güvenini koruyucu bir takım kaynaklara sahip olmalarına ve bakımlarına katkıda bulunacak eş/çocuk desteğinin varlığına bağlanabilir.

Tablo 1. Hastaların Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Ortalama Puanların Dağılımı

Toplam Yaşam Kalitesi Puanı X=4.83 (SD=1.09)			
Fiziksel İyilik Hali X=6.77 (SD=1.14)			
Yüksek Puanlı Maddeler	X	Düşük Puanlı Maddeler	X
Bulantı	9.20	Yorgunluk	3.46
İştah değişikliği	8.98	Adet görme/Gebe kalab. değ.	4.87
Ağrı/Sızı	7.79	Genel beden sağlığı	4.96
Uyku değişikliği	7.02		
Konstipasyon	7.91		
Psikolojik İyilik Hali X=3.30 (SD=1.13)			
Düşük/Orta Puanlı Maddeler	X	Düşük Puanlı Maddeler	X
Kendini algılama	6.77	İkinci bir kanser	0.60
Kendini verimli hissetme	5.18	Kanserin tekrarlaması	0.60
Yaşamdan memnuniyeti	5.12	Kanserin yayılması	0.60
Yaşam kalitesi	5.01	Kanser tedavileri	0.68
Mutlu hissetme	5.08	Uyg. tanı testleri	0.80
Yaşam kontrolü	4.00	Teşhisin konulması	1.33
Mutsuzluk	4.54	Hastalık/Tedavi başatme	2.42
Görüntüde değişiklik	4.64	Kaygı/Endişe	3.41
Tedaviden sonraki zaman	4.91	Hatırlama/konsantre olma	3.67
Sosyal iyilik Hali X=5.43 (SD=1.63)			
Orta/Yüksek Puanlı Maddeler	X	Düşük Puanlı Maddeler	X
Başkalarından destek	7.45	Aileye sıkıntı verme	2.25
Çevreden kopmama	7.07	Cinsel yaşam	3.79
Kişisel ilişkiler	6.79		
Mali yük	5.60		
Ev işleri	5.23		
İş yaşamı	5.23		
Manevi (Spiritüel) İyilik Hali X=5.88 (SD=1.65)			
Yüksek Puanlı Maddeler	X	Düşük Puanlı Maddeler	X
Manevi aktivitelerin önemi	8.60	Olumlu değişiklik	3.06
Dini aktivitelerin önemi	7.86	Belirsizlik	3.59
Yaşamın amacı/nedeni	6.55	Manevi yaşamda değişiklik	5.39
Umutlu hissetme	6.09		

Yaşam kalitesi ile hastaların buldukları evre karşılaştırıldığında; farklı evrelerde bulunan hastaların yaşam kaliteleri arasında, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (F=1.09; p= 0.34) (Tablo 2). Buna rağmen, istatistiksel analizlere dâhil edilmemesine rağmen, Evre IV'de bulunan 2 vakanın psikolojik durumu X=1.56

ve manevi iyilik durumu X=2.43 ile diğer gruplara oranla, çok düşük olduğu saptanmıştır. Aynı vakaların, genel yaşam kalitesi düzeyini incelediğimizde, benzer şekilde X=3.12 ile son derece kötü durumda olduğu saptanmıştır (Tablo 2). Yapılan çalışma-larda, tanı konulan over vakalarının genellikle ileri evrelerde bulunduğu, bu nedenle bu hastaların tedavi sonrası yaşam

kalitelerini etkileyen pek çok sorunla karşılaştığı ifade edilmiştir (Granai et al. 1991, Knapstein et al. 1997, Montazeri et al. 1996). Bu konu da Granai ve arkadaşları (1991) yaptığı prospektif bir çalışmada, over kanseri olan 28 hasta iki yıl süre ile izlenmiş ve bu hastaların ilerleyen zamanla birlikte yaşam kalitelerinin önemli ölçüde bozulduğunu saptamışlardır. Örneğin tedavi sonrası 6. ayda yapılan değerlendirmede, kadınların %50'si fiziksel aktivite lerinde, %25'i günlük aktivitelerinde, %66'sı cinsel yaşamla-rında olumsuz değişiklik meydana geldiğini belirtmiş lerdir; yine %29'u yaşama karşı olumsuz bakış açısı geliştiğini ifade etmişlerdir. Knapstein ve arkadaşlarında (1997), yaptıkları bir çalışmada benzer sonuçlar elde etmişlerdir. Bizim sonuçlarımız da literatür bulguları ile benzerlik göstermekte olup, ileri evrelerde bulunan hastaların daha fazla bakım ve desteğe ihtiyaçları olduğunu göstermektedir.

Çalışma grubumuzda, sınırlı tedavi türü uygulanan hastalara kıyasla, cerrahi + kemoterapi + radyoterapi uygulanan hastaların genel yaşam kalitesi düzeyinin ($X=4.44\pm 1.12$) daha kötü olduğu saptanmıştır. Cerrahi +kemoterapi + radyoterapi uygulanan hastaların, psikolojik ($X=2.91\pm 1.19$) ve sosyal (4.97 ± 1.73) iyilik durumlarının daha kötü olduğu belirlenmiştir. Ayrıca uygulanan tedavi şekli ile toplam yaşam kalitesi puan ortalamaları arasındaki fark, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F=4.95$; $p=0.01$) (Tablo 2). Bu sonuçlar, jinekolojik kanserlerin ve uygulanan tedavilerin birey üzerindeki etkilerinin çok boyutlu olduğunun bir göstergesidir.

Yaşam kalitesi ile hastaların tanıdan sonra geçen süreleri, kronik hastalık durumları, eğitim düzeyleri, çalışma durumları ve gelir durumları karşılaştırıldığında, farklı grupların yaşam kalitesi puanları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Tablo 2. Hastalığın Tanısı, Evresi ve Uygulanan Tedavi Türleri ile Yaşam Kalitesi Düzeyinin Karşılaştırılması

Vakalara ait değişkenler	Yaşam Kalitesi				
	Fiziksel iyilik hali	Psikolojik iyilik hali	Sosyal iyilik hali	Manevi iyilik hali	Total yaşam kalitesi puanı
	X (±SD)	X (±SD)	X (±SD)	X (±SD)	X (±SD)
Hastalığın Tanısı					
Vulva kanseri	6.18 (0.99)	2.86 (0.88)	6.13 (1.43)	5.63 (1.23)	4.61 (0.87)
Endometrium kanseri	7.38 (0.99)	3.84 (0.10)	6.20 (1.37)	6.23 (1.73)	5.40 (0.95)
Serviks kanseri	6.65 (1.01)	3.34 (0.83)	5.16 (1.41)	5.95 (1.49)	4.78 (0.86)
Over kanseri	6.27 (1.17)	2.69 (1.27)	4.63 (1.75)	5.43 (1.73)	4.23 (1.16)
F	6.86	7.04	6.58	1.35	7.63
P	0.00	0.00	0.00	0.26	0.00
Hastalığın Evresi					
Evre I	6.87 (1.20)	3.41 (1.19)	5.71 (1.71)	6.08 (1.50)	4.99 (1.12)
Evre II	6.61 (1.01)	3.10 (0.94)	4.91 (1.36)	5.90 (1.73)	4.62 (0.93)
Evre III	6.75 (1.11)	3.33 (1.04)	5.05 (1.56)	5.56 (1.78)	4.71 (1.04)
Evre IV	5.50 (0.00)	1.56 (0.00)	4.88 (0.00)	2.43 (0.00)	3.12 (0.00)
F	0.37	0.53	2.36	0.79	1.09
P	0.69	0.59	0.10	0.46	0.34
Uyg. Tedavi Türleri					
Cerrahi	7.19 (0.93)	4.01 (0.79)	6.67 (1.68)	6.37 (1.88)	5.55 (0.81)
Cerrahi+Radyoterapi	6.89 (1.14)	3.45 (1.06)	5.54 (1.44)	6.04 (1.55)	4.97 (1.02)
Cerrahi+Kemoterapi+Radyoterapi	6.51 (1.17)	2.91 (1.19)	4.97 (1.73)	5.54 (1.72)	4.46 (1.12)
F	1.96	4.85	4.49	1.46	4.95
P	0.15	0.01	0.01	0.24	0.01

II. Olguların Cinsel Sağlık Sorunlarına İlişkin Veriler ve Tartışılması

Kanser hastalığı ve beraberinde uygulanan tedaviler, kadının cinsel yaşamı üzerinde olumsuz yan etkilere sahiptir. Bu etkilerin derecesi ise meme kanserlerinde %25, jinekolojik kanserlerde %80 oranında olduğu belirtilmektedir (Bruner and Boyd 1998, Wilmoth and Spinelli 2000). Jinekolojik kanserlerde hastalığa ve uygulanan tedavilere bağlı olarak, cinsel sağlığın önemli dört ögesi olan; beden imajı, cinsiyet rol fonksiyonu, cinsel fonksiyonlar ve üreme yeteneği zarar görmektedir.

Beden İmajı İle İlgili Veriler ve Tartışılması

Beden imajı dinamik bir süreçtir ve bu algı yaşla, bireyin sağlık durumu

ile, yaşanan hastalık ile sürekli değişebilmektedir. Özellikle kadınlık/dişlik kimliği ile ilişkili beden parçaları kaybının, kadının beden imajını büyük ölçüde etkileyebileceği bildirilmektedir.

Araştırma sırasında, kadınlara **‘Hastalığınız ve beraberinde uygulanan tedaviler dış görüntünüzü nasıl etkiledi?’ ‘Bedeninizle ilgili ne gibi değişiklikler oldu?’** şeklinde bir soru yöneltilmiş, pek çok kadın düşüncelerini ifade etmede zorlanmış. ‘Pek bir şey olmadı...’ ‘Bilmem ne oldu?...’ bir kısmı da ‘Eşime bir sorsanız’ gibi kısa cevaplar vermiştir. Bu konuda açıklama yapan vakaların en büyük sorunları ise, tedavi sonrası aldığı aşırı kiloları ve kemoterapinin neden olduğu alopesiydi. Örneğin iki vaka bu konuda şöyle konuştu:

‘Cildim.....cildim eskisi gibi esnek değil, sanki daha kuru, çok kuruyor. Pul pul.....kırıçlıklarım da arttı. Kilolar desen aldı başını gidiyor. Önceden bu kadar kilolu değildim ben. Her giydiğim yakışır. Şimdi, her kıyafet güzel durmuyor.....Zaten kazak boylarında kısaldı, göbeğim çıkıyor hemen. ’

(30 yaşında over kanseri bir kadın)

(Önce durdu....düşündü, ağlamaya başladı, biraz ağladıktan ve gözlerini sildikten sonra anlatmaya başladı) ‘ Çok kötüydü o günler, nasıl anlatsam? Sanki bir film şeridi gibi....., ben sanki o filmin içersindeymişim gibi bir şey.....Saçlarım çok uzundu, belime kadar.....Güzeldi, nişanım çok beğenirdi

saçlarımı.....Kemoterapiyle birlikte döküleceğini söylediler. Mağdem dökülecek, ben de kestireyim dedim. O zamanlar Berna Laçinin saçlarını beğeniyordum. Kestirmişken onunki gibi kısacık olsun dedim ve kestirdim. Nişanım da yanımdaydı. Sonra gidip bir de peruk alalım dedik. Peruk aldığımız yerdeki adama benim gibi başka kişilerde gelmiş. O biliyordu, ‘ Genelde 19. gün saçlar dökülür’ dedi. Gerçekten de dediği oldu; 1, 2, 3,.....19, tam 19. gün...Allahım hiç unutamam! şöyle ellerimi saçlarıma attım!... tam bir tutam saç elime geliverdi (Yine ağlamaya başladı). O kadar üzülüm ki! ..tabii daha sonra söyledikleri gibi bütün saçlarım döküliverdi... ’

(32 yaşında over kanseri bir kadın)

Cinsiyet Rolü (Kadınlık/ Dişilik Kimliği) İle İlgili Veriler ve Tartışılması

Jinekolojik kanserlerde cinsel sağlığın zarar gören diğer bir ögesi, cinsiyet rolü (kadınlık/dişilik kimliği) üzerinde olur. Çünkü toplumun

‘Kadın-lık Kimliğine’ verdiği rolde, doğurganlık, annelik ve eş rolü önemli yer tutar. Kadının üreme organları ise, doğurganlıkla birlikte kişiye kadınlık rolü kazandırır ve kız çocukları geleceğe bu rol ile hazırlanır. Pek çok kadın kadın olmayı, uterusu sahip olmak ve çocuk doğurmakla eşdeğer olarak tanımlar. Örneğin araştırmamıza katılan bir kadın, bu konudaki düşüncelerini şöyle ifade etti:

Bizim büyüklerimiz şöyle konuşurlardı. Eğer kadının üreme organları alınırsa, o kadın boş bir çuvala döner. Gerçekten öğle..., öğle hissediyor insan kendini. Sanki karnımın içi bomboşmuş, kocaman bir boşluk varmış gibi ’

(55 yaşında endometrium kanseri bir kadın)

Araştırmamızda, kadınlara ‘**Hastalığımıza ve beraberinde uygulanan tedavilere bağlı olarak üreme organlarımızı kaybetmek sizleri nasıl etkiledi?’** şeklinde bir soru yöneltildiğinde, özellikle genç ve çocuk sahibi olmayan kadınlar, uterusun kendileri için büyük önem taşıdığını, uterusun yokluğu ve kaybına yönelik, yoğun korku/endişe yaşadıklarını belirtmişlerdir:

‘İnsan kendini yıpranmış ezik hissediyor. Hep eksik hissediyorum kendimi. Camdan bakıyorum.. .kadınlar geçiyor... Allahım niye ben de onlar gibi değilim diyorum?. Neden böyle oldu diyorum? Bazen de Allah beni cezalandırdımı acaba? diyorum. Çünkü annemle babam, bu eşimle evlenmemi hiç istemediler. Birazda zorla oldu. Bilmiyorum....., aklıma her şey geliyor. ’

(32 yaşında over + endometrium kanseri bir kadın)

Bu soruya, üreme çağının sonuna gelmiş ya da menopoza girmiş kadınlar çok fazla etkilenmediklerini, hayatta kalmalarının, iyileşmelerinin ve çocukları için yaşamlarının çok daha önemli olduğunu vurgulamışlardır.

Butler ve arkadaşları (1998) jinekolojik kanserlerde uygulanan tedavilerin diğer bir olumsuz etkisinin,

kadınlık kimliğinin önemli unsurlarını oluşturan eş/partner ve annelik rolleri üzerinde olduğunu belirtmişlerdir. Özellikle ilk tanı ve beraberinde uygulanan tedaviler, kadın üzerinde büyük bir travma yaratmaktadır. Pek çok kadın bu dönemde, eşinin nasıl tepki göstereceği, eş/annelik rollerinin nasıl olacağı konusunda endişeleri bulunmaktadır. Araştırmada da, kadınlara yöneltilen **‘Hastalığınızla birlikte, size uygulanan tedaviler eş/partner ve arkadaşlık ilişkilerinizi nasıl etkiledi?’** sorusuna, iki kadın eş rolüyle ilgili endişelerini şöyle açıkladılar:

‘Hastalığımı düşünüyordum, herşeyden önce bana ne yapacaktı? Daha sonra ne olacaktı? Bana zararı olacak mıydı? Eşim aklıma geliyordu...Onunla ne olacaktı? Onu mutlu edebilecek miydim? Sürekli ağlıyordum...Psikiyatrise gidiyorum, konuşuyoruz. Biraz ferahlıyorum, ama içimdeki sıkıntı gitmiyor.....’

(32 yaşında over + endometrium kanseri bir kadın)

Yukarıdaki ifadeler, bu gruptaki kadınların yaşadıkları sorunlarla baş etmede ne kadar yalnız kaldıklarının bir göstergesidir.

Cinsel Fonksiyonlar İle İlgili Veriler ve Tartışılması

Literatürde, kanser tanısının ve cerrahi/tıbbi tedavinin, cinsel fonksiyonları etkileyerek değişik sorunlara neden olduğu bildirilmektedir (Andersen 1993, Bruner and Boyd 1998, Butler et al. 1998). Araştırmamızda da kadınlara yöneltilen **‘Hastalığınız ve beraberinde uygulanan tedaviler, cinsel yaşamınızı nasıl etkiledi?’** sorusuna, vakaların büyük çoğunluğu korku/endişe, cinsel arzu/istekte azalma, ağrı/sızı, orgazm olamama ve vajina boyunda kısılma ve penis penetrasyon yetersizliği (incomplete

penis penetration) gibi cinsel fonksiyonlarla ilgili sorunlar ifade etmiştir.

Kanser tedavilerinin, kadın cinselliğini etkilediği bilinen bir gerçektir. Bruner ve Body (1998) pek çok kadının bu konuda yanlış görüşlere sahip olduğunu ve bu fikrini de ısrarla sürdürdüğünü belirtmişlerdir. Çalışmamızda, kendisine cinsel ilişkinin serbest olduğu söylenen over kanseri bir kadın, bir yıl eşi ile hiç beraber olmadığını belirterek, bunun nedenini *‘Oralar yaralıdır, dikişlidir, bir şey olur, dikişlerim açılır diye çekindik ’* şeklinde açıklamada bulundu. Aynı kadın seminal mayinin hastalığına zarar vereceğini yönelik endişelerini şöyle dile getirdi:

‘Şöyle bir şey var, bayan bayana olduğumuz için söylüyorum. Ameliyattan sonra, eşim hiç içeriye boşalmadı. O gelen sıvının, hastalığıma zarar vereceğini, tekrarlayacağını düşünüyoruz.’

(29 yaşında over kanseri bir kadın)

Kanser deneyimi sonrası, kadınların yaşadığı en yaygın cinsel sorunlardan birinin, cinsel arzu ve istek kaybı olduğu belirtilmektedir (Bruner and Body 1998, Seibel et al. 1980, Thranov and Klee 1994). Bu konuda Thranov ve Klee (1994) 93 jinekolojik kanser hastası ile görüşmüşler ve disparoni ve cinsel arzu/istek kaybının, yaşanan en yaygın sorunlar olduğunu saptamışlardır. Araştırmada çoğunlukla da endometriyum ve serviks kanseri olan kadınlar, cinsel ilişki sırasında yaşadıkları yoğun ağrının, cinsel isteklerini azalttığını belirtmişlerdir:

‘Eskisi gibi isteğim yok doğrusu, hem kuruluk var, hem ağrım çok fazla. Eşim de bu konuda çok söyleniyor, sen eskiden böyle değildin diyor. Çünkü önceden, hastalığımdan önce ilişkiyi bazen o, bazen ben başlatırdım. Fark etmezdi. Şimdi eşim, hanım ne oluyor?, benden bir talep gelmese aklına bile gelmiyor diyor. Ben uzak durunca eşim de üzülüyor.’

(50 yaşında endometrium kanseri bir kadın)

Paavonen (1999) serviks kanserlerinin neden olduğu spesifik

problemlerin, vajina boyunda kısılma, vajinal kayganlıkta azalma ve cinsel uyarı sırasında oluşan ağrı/şişme olduğunu ifade etmiştir. Çalışmamızda da benzebulgulara rastlanılmış, özellikle radikal histerektomi geçiren serviks kanseri kadınların yaşadığı en önemli sorunların, vajina boyunda kısılma ve penis penetrasyon yetersizliği olduğu saptanmıştır. 60 yaşında ve serviks kanseri olan bir kadın, bu konudaki deneyimlerini şöyle açıkladı:

‘Gari geçti bizden böyle şeale(sessizce güldü, biraz utanarak devam etti), bazen oluyee, adam gısmı durmiye, istiye ara sıra. Ama benim kini çok gesmişlee. Adam giremiye...., bir keresinde, ben de parmağımlla bakdıy dım, gercekdene de şu barmağım bile içeri girmedi (işaret parmağının ucunu gösteriyor). Bizim adam, senin şeyin atık işe yaramiye diye...’

(61 yaşında serviks kanseri bir kadın)

Serviks ve endometriyum kanserinde yaygın olarak görülen cinsel sorunların başında, cinsel uyarı ve orgazm olabilme kapasitesinde azalma ve cinsel ilişki sırasında ağrı olduğunu göstermiştir (Krumm and Lamberti 1993, Seibel et. al. 1980). Çalışmamızda da yer alan vakalardan bazılarının, orgazm ile ilgili sorunlar yaşadığı, bu sorunun temelinde ise hastalıklarının ve uygulanan tedavilerin büyük etkisi olduğu belirlenmiştir.

Üreme Yeteneği İle İlgili Veriler ve Tartışılması

Literatürde, üreme yeteneğinin kaybına bağlı olarak çoğu kadının, ailesini tamamlayamama, kendini eksik, yetersiz/kusurlu hissetme, beden imajı ve öz saygıda azalma ve karşı cinsle yakın ve yeni ilişkilere girmekten çekinme gibi çok yönlü

sorunlar yaşadığı belirtilmektedir (Hoskins et al. 1997). Bu konuda, çalışmamıza katılan vakalara yönelttiğimiz ‘**Hastalığınız ve bu hastalıkla birlikte size uygulanan tedaviler, üreme yeteneğinizi (doğurganlığınızı) nasıl etkiledi?**’ sorusuna, özellikle çocuk sahibi olmayan ve tek çocuk sahibi vakalar sorun ifade etmiştir. Örneğin, çocuğu sahibi olmayan bir kadın, eşinin neslini sürdürmesi için ona bir çocuk veremediğinden dolayı çok üzüldüğünü belirtti ve şunları anlattı:

‘Eşim ailenin tek oğlu, herhalde kendi kanından, kendi soyundan bir çocuğu olsun isterdi...kendi neslini sürdürmek isterdi. Gerçi bana bir şey demiyor ama, herhalde isterdi. Bir gün eşime, tıbbın çok ilerlediğinden, yapay uteruslardan falan bahsettim. Evlatlık bir çocuk almak yerine, kiralık bir anne tutarak, kendi soyundan bir çocuğa sahip olabileceğimizi söyledim’. Böyle bir teklife eşinin ne dediğini sorduğumuzda ‘Sen delisin!’ diye eşinin cevap verdiğini söyledi’.

(30 yaşında over kanseri bir kadın)

Over+endometrium kanseri bir hasta, ileride öldüğü zaman çocuğunu yalnız bırakacağı ve ona bir kardeş yaşları içinde şöyle anlattı:yapamadığı için duyduğu üzüntüyü, göz

‘Ben genelde kendimi halsiz, yorgun hissediyorum. Bazen yataktan hiç çıkamadığım zamanlar oluyor. Kızım geliyor, (Benim bir tane kızım var) anne diyor, sen niye hep hastasın? Niye diğer anneler gibi değilsin? Niye beni parka götürmüyorsun? Çocuğuma genelde bir şey belli etmemeye çalışıyorum ama çok üzülüyorum. Ben bir gün ölüp gitsem, yalnız kalacak..., keşke bir kardeşi olsaydı, bir çocuk daha doğurabilseydim...)

(32 yaşında, over+ endometrium kanseri bir kadın)

Araştırma verilerine göre, toplumumuzdaki jinekolojik kanserli hastaların düşük yaşam kalitesine sahip olduğu, yaşamlarının tüm boyutlarını etkileyen önemli sorunlarla karşılaştıkları, bu sorunlarla baş etmede ise yalnız

kaldıklarını ve günlük yaşamlarını desteksiz sürdürdükleri bulunmuştur. Bu nedenle, jinekolojik onkoloji ünitele-
rinde bu hastalara hizmet verecek özel

KAYNAKLAR

..... **Hemşireler İçin El Kitabı** (1998). (Çev. Ed:Platin N.) Amerikan Kanser Birliği, T.C. Sağlık Bakanlığı, Kanser Savaş Daire Başkanlığı ve Onkoloji Hemşireliği Derneği Yayını, Ankara.

Andersen BL (1993). Predicting sexual and psychologic morbidity and improving the quality of life for women with gynecologic cancer. *Cancer* 71(4): 1678-1689.

Andersen BL (1995). Quality of life for women with gynecologic cancer. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology* 7:69-76.

Anderson B, Lutgendorf S (2000). Quality of life as an outcome measure in gynecologic malignancies. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology* 12:21-26.

Bruner DW, Boyd CP (1998). Assessing women's sexuality after cancer therapy checking assumptions with the focus group technique. *Cancer Nursing* 21(6): 438-447.

Butler L, Banfred V, Sveinson T, et al. (1998). Conceptualizing sexual health in cancer care/commentaries/authors' response. *Western Journal of Nursing Research* 20(6): 683-705.

Cam EN, Kohorn EI, Quinlan DM, et al. (1983). Psychosocial reactions to the diagnosis of gynecologic cancer. *Obstetrics and Gynecology* 62(5): 635-641.

Dow KH, Melancon CH (1997). Quality of life in women with ovarian cancer. *Western Journal of Nursing Research* 19(3): 334-350.

Ferrell BR, Dow KH, Grant M (1995). Measurement of the quality of life in cancer survivors. *Quality of Life Research* 4:523-531.

Ferrell BR, Grant M, Funk B (1998). Quality of life in breast cancer. Part II: Psychological and spiritual well-being. *Cancer Nursing* 21(1): 1-8.

Granai CO, Amado PM, Goldstein AS (1991). Female sexuality and cancer. *Clinical Advanced Oncology Nursing* 3: 1-9.

Hoskins NS, Perez CA, Young RC, et al (1997). *Principles and Practice of*

birimlerin kurulması ve bu birimlerde cinsel danışmanlık da dahil, uzmanlaşmış sağlık profesyonellerinin hizmet vermesi gerekmektedir.

Gynecologic Oncology. 2. edition Lippincott-Raven Publishers, Philadelphia.

Knapstein SH, Schönefub G, Hoffmann SO (1997). Pelvic exenteration: effects of

surgery on quality of life and body image. A prospective longitudinal study. *Gynecologic Oncology* 66: 495-500.

Krumm S, Lamberti J (1993). Change in sexual behavior following radiation therapy for cervical cancer. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology* 14:51-63.

Lowe NK (2000). Enabling the quality in care. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing* 26(5): 449

McCartney CF, Larson DB (1987). Quality of life in patients with gynecologic cancer. *Cancer* 60:2129-2136.

Montazeri A, McEven J, Gillis CR (1996). Quality of life in patients with ovarian cancer: current state of research. *Supportive in Care Cancer* 4:169-179.

Paavonen J (1999). Sexual dysfunction associated with threatment of cervical cancer. *Sexually Transmitted Infections* 75(6): 375-379.

Seibel MM, Freeman MG, Graves WL (1980). Carcinoma of the cervix and sexual function. *Obstetrics and Gynecology* 55(4): 484-7.

Steginga SK, Dunn J (1997). Women's experiences following treatment for gynecologic cancer. *Oncology Nursing Forum* 24(8): 1403-1408.

Thranov I, Klee M (1994). Sexuality among gynecologic cancer patients-a cross-sectional study. *Gynecologic Oncology* 52:14-19.

Wilmoth MC, Spinelli A (2000). Sexual implications of gynecologic cancer treatments. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing* 29(4): 413-421.

Yıldırım A, Şimşek H (2000). *Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri*. Seçkin Yayıncılık, Ankara.