

# Bir Fizik Tedavi Dal Merkezine Başvuran Postmenapozal Kadınlarda Osteoporotik Kırıklardan Korunma Davranışının Belirlenmesi

Evaluation of Osteoporotic Fracture Prevention Behaviours of Postmenopausal Women Applied to a Physical Therapy Branch Centre

Araştırma



Research

Dr. Ceren Varer Akpınar<sup>1</sup>, Dr. Safiye Özvurmaz<sup>2</sup>, Dr. Aliye Mandıracıoğlu<sup>3</sup>

Geliş/Received : 19.07.2018

Kabul/Accepted : 02.12.2018

DOI:

## Öz

Osteoporoz önlenilebilir bir hastalıktır. Osteoporozdan korunma yolları ve neden olan risk faktörlerinin belirlenmesi, risk altındaki kişilerin eğitimi ve risk faktörlerine yönelik bilgi düzeylerinin ve farkındalıklarının artırılması osteoporoz ve osteoporozla ilgili kırıkları azaltmak açısından önemlidir. Çalışmanın amacı risk altında olan postmenopozal dönemdeki kadınların osteoporotik kırıklardan korunmaya yönelik davranış ve niyetini ölçmek, risk faktörleri ve korunma yolları açısından farkındalıklarını artırmaktır. Araştırma kesitsel tiptedir. Araştırmanın evrenini bir fizik tedavi dal merkezine Ekim-Aralık 2017 tarihleri arasında başvuran 55 yaş üstü postmenapozal dönemdeki 228 kadın oluşturmaktadır. Katılımcılara sosyo-demografik özellikler ve kırık gelişimini etkileyebilecek özellikleri sorgulayan anket uygulanmıştır. Osteoporotik kırıklardan korunmaya yönelik niyet ve davranış ölçmek 2015 yılında geliştirilen geçerlilik ve güvenilirlik analizleri yapılmış bir osteoporotik kırıklardan korunma ölçeği kullanılmıştır. Araştırmaya katılan kadınların yaş ortalaması  $65,69 \pm 7,74$ 'dir. Ölçekten alınan ortalama puan  $86,25 \pm 12,27$  (56-102) olarak hesaplanmıştır. Biriyle beraber yaşayanlarda, genel sağlık algısı yüksek olanlarda, günlük işlerde aktif olanlarda, düşme deneyimi yaşayanlarda ve daha önce osteoporoz ile ilgili bilgi alanlarda osteoporozdan korunma ve tedavi ile ilgili davranış ve niyeti anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Çalışmaya katılan kadınlarda, korunma ve tedavi ile ilgili davranış ve niyetin iyi düzeyde olduğu belirlenmiştir. Daha önce bilgi sahibi olmanın, sağlık algısının iyi olmasının ve günlük işlerde aktif olmanın bu niyeti etkilediği belirlenmiştir. Bu nedenle özellikle risk grubu olan kadınlarda osteoporozla ilişkin farkındalık düzeyinin artırılması, eğitim verilmesi, aktif olmalarının desteklenmesi önemlidir.

**Anahtar sözcükler:** Osteoporoz, korunma, davranış, niyet, postmenapozal

## Abstract

Osteoporosis is a preventable disease. Determination of osteoporotic prevention methods and the risk factors that may cause osteoporosis, education of the people at risk and improving their knowledge levels and awareness about risk factors are important for minimising osteoporosis and osteoporosis-related fractures. The aim of the study was to evaluate the osteoporotic fracture prevention behaviours and intentions among postmenopausal women at risk and to increase their awareness in terms of risk factors and prevention methods. The research design was cross-sectional. The study population consisted of 228 postmenopausal women over the age of 55, who applied to a physical therapy branch centre between October and December 2017. A questionnaire asking them to describe their socio-demographic characteristics and the features that could affect fracture formation was administered to the participants. The osteoporotic fracture prevention scale, which has been developed in 2015 and analysed in terms of its validity and reliability was used to evaluate osteoporotic fracture prevention behaviours and intentions. The mean age of the women participated in the research was  $65,69 \pm 7,74$ . The mean score on the scale was calculated to be  $86,25 \pm 12,27$  (56-102). The scores for the behaviours and intentions towards osteoporosis prevention and treatment were found to be significantly higher among the participants living with someone, having better perceived health, in those who were active in daily routine, who experienced a fall and had prior knowledge about osteoporosis. It was seen that the behaviours and intentions towards prevention and treatment were at a good level among the women participated in the study. It was determined that having prior knowledge, better perceived health and being active in daily routine affect this intention. For this reason, it is important to increase the level of awareness of osteoporosis among women at risk, to provide them with training and to support them in being active.

**Keys words:** Osteoporosis, Prevention, Behaviour, Intention, Postmenopausal

1 Dr. Arş. Gör.; Ege Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD, İzmir Aydın (Orcid No: 0000-0001-8168-6435)

2 Dr. Öğr. Üyesi, Adnan Menderes Ü. Hemşirelik Fak. Halk Sağlığı Hemşireliği AD, Aydın (Orcid No: 0000-0002-1842-3058)

3 Prof. Dr. Ege Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD, İzmir (Orcid No: 0000-0002-0873-4805)

## Giriş

Günümüzde önemli bir halk sağlığı sorunu olan osteoporoz(OP) kemik mineral yoğunluğunun azalması ve kemik dokusunun mikro yapısının bozulması ile karakterize, kırık riskinin arttığı en sık görülen iskelet sistemi hastalığıdır. OP önlenemez ya da oluşumu geciktirilebilir bir hastalıktır (1).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün raporuna göre dünyada 200 milyon kişi osteoporozla yakalanmakta ve bunların büyük çoğunluğunu 55 yaş üzeri kadınlar oluşturmaktadır (2). Özellikle postmenapozal kadınlarda, östrojen azalmasına bağlı olarak kemik kütle kayıplarının artmasıyla beraber OP ve buna bağlı gelişen osteoporotik kırık riski erkeklerden daha yüksektir (3).

Ortalama yaşam süresinin uzamasıyla beraber ileri yaşta karşılaşılan kronik hastalıklar önem kazanmaya başlamıştır ve buna bağlı olarak da osteoporozda önemli bir sağlık sorunu haline almıştır (4). Kırık riskini arttıran osteoporoz morbidite ve mortalitenin önde gelen nedenlerinden biridir (5). Her iki kadından biri, her beş erkekten biri hayatlarının bir döneminde OP ile ilgili kırık riski altındadır. Özellikle kalça kırıklarının beşte biri ölüm ile sonuçlanmakta, yarısı ise yatağa bağlı kalmaktadır. İleri yaşta osteoporozla sekonder gelişen vertebra deformiteleri, ağrı, hareket kısıtlılığı ve bunlara bağlı sosyal izolasyona sebep olabilmektedir (6).

OP çeşitli risk faktörleri vardır. İleri yaşlarda, kadınlarda ve beyaz ırkta daha sık olmak üzere değiştirilemeyen risk faktörlerinin yanında; düzenli fiziksel aktivite, etkin beslenme, yeterli kalsiyum ve D vitamini alımı, sigara ve alkol kullanım durumu gibi değiştirilebilir birçok risk faktörü de mevcuttur. Değiştirilebilir risk faktörleri açısından kişilere erken yaşta itibaren eğitim verilmesi ve farkındalık sağlanması önemlidir (7-9). Osteoporoz tedavisinden çok önlenmesi ve erken tanı konulmasına yönelik girişimler hem halk sağlığı hem de artan tedavi maliyetleri açısından daha faydalı olacaktır. Osteoporozdan korunma yolları ve neden olan risk faktörlerinin belirlenmesi, risk altındaki kişilerin eğitimi ve risk faktörlerine yönelik bilgi düzeylerinin ve farkındalıklarının artırılması osteoporoz oluşumunu ve osteoporozla bağlı kırıkları azaltacaktır. OP'dan ve/veya buna bağlı

kırıklardan korunmaya yönelik risk altındaki postmenapozal kadınların davranış düzeyini değerlendirmek gerekmektedir.

Çalışmanın amacı postmenopozal dönemde kadınların osteoporotik kırıktan korunmayla ilgili bilgi düzeylerini tespit etmek ve osteoporotik kırıklardan korunma yönelik niyet ve davranış ölçen soru ve bilgilerle kadınların konu hakkında bilgilerini arttırmaktır.

## Gereç ve Yöntem

Kesitsel tipteki araştırma Aydın il merkezinde bulunan bir fizik tedavi dalı merkezi polikliniğinde gerçekleştirilmiştir. Hastanenin günlük ortalama poliklinik sayısı 20 civarında olup bunların yaklaşık dörtte birini 55 yaş üstü kadınlar oluşturmaktadır. Ekim-Aralık 2017 öneminde 3 ay boyunca dal merkezine başvuran, 55-90 yaş arası çalışmaya katılmayı kabul eden postmenapozal dönemdeki 228 kadın çalışma kapsamına alınmıştır. Bilinç-konuşma-duyma bozukluğu olanlar, yatağa bağlı veya bakıma muhtaç olanlar, son iki ayda büyük cerrahi operasyon geçirenler, ekstremitte amputasyonu olanlar, yakında cerrahi planlananlar ve akut travmalı olanlar çalışmaya alınmamıştır. Katılımcılar sosyo-demografik özellikler ve kırık gelişimini etkileyebilecek özellikleri (sağlık algısı, aktivite durumu, düşme ve kırık deneyimi, ortopedik ameliyat geçirme, yardımcı ortopedik araç kullanımı, osteoporozla ilgili bilgi alma durumu) sorgulayan 11 soruluk bir anket doldurmuştur. Ev işi, bahçe işi, alışveriş gibi herhangi bir aktivitesi varsa, günlük olarak aktif kabul edilmiştir. Osteoporotik kırıktan korunmaya yönelik niyet ve davranışları değerlendirmek için planlı davranış teorisi(PDT) modeli esas alınarak 2015 yılında geliştirilen geçerlilik güvenilirlik analizleri yapılmış bir osteoporotik kırıklardan korunma ölçeği (OKKÖ) kullanılmıştır. Ölçekte beşli likert 22 önerme yer almaktadır. OKKÖ İnanç, tutum ve davranış kontrolü, tanı ve tedavi davranışı, engel algısı, düşmeyi önleme niyeti ve tanı ve tedavi niyeti olmak üzere 6 alt başlıktan oluşmaktadır. Ölçek; tanı ve takip amaçlı kemik mineral yoğunluğu ölçümü yaptırmak, ilaç tedavisi ile kalsiyumdan zengin diyet ve güneşlenme tavsiyelerine uymak, günlük fiziksel aktif olmak ve/veya düzenli uygun fiziksel egzersiz yapmak ve düşmeyi önleyici ev içi düzenlemeleri yapmak ile ilgili önermeler içermektedir. Ölçeğin iç tutarlılığı cronbach a

katsayısı 0.95'dir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 22, en yüksek puan 110'dur. Yüksek puan osteoporotik kırıklardan korunma düzeyinin yüksekliğini göstermektedir (10).

Anket formu ve ölçek araştırmacılar tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulanmıştır. Araştırmanın yürütülebilmesi için Adnan Menderes Üniversitesi Araştırma ve Etik Kurulu'ndan onay (2017/50) alınmıştır.

Veri değerlendirmesi için SPSS 18.0 versiyon istatistik paket programı kullanılmıştır. Tanımlayıcı analizler sayı (n) ve yüzdeler (%) ile ortalama  $\pm$  standart sapma (SS) şeklinde sunulmuştur. Verilerin normal dağılımları Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirilmiştir. Gruplar arası karşılaştırmalarda; İkili gruplar için students-t testi/ mann whitney U testi; Üçlü gruplar için ANOVA testi/ Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. P değerinin 0.05 'ten küçük olması anlamlılık düzeyi olarak kabul edilmiştir.

#### Bulgular

**Sosyo demografik Değişkenler:** Araştırmaya katılan 228 kadının yaş ortalaması 65,69+ 7,74 (55-90)'dir. Kişilerin %52,2'si 55-64 yaş arasında, %31,6 'sı 65-74 yaş arasında, %16,2'si ise 75 yaş ve üzerindedir. Araştırmaya katılan kadınların sosyo demografik değişkenleri Tablo 1'de gösterilmiştir.

**Kırık Gelişimini Etkileyecek Faktörler ile İlişkili Değişkenler:** Araştırmaya katılan kadınların %82,9'u günlük olarak aktif olduğunu belirtmiştir. Araştırmaya katılanlar arasında menopozdan sonra düşenlerin %53,9 olduğu saptanmıştır. Düşme sonrası %29,8'i yaralandığını %14,9'u kırık yaşadığını ve %1,3'ü çoklu kırık yaşadığını bildirmiştir. Kadınların %21,5'i yetişkin yaşamında herhangi bir ortopedik ameliyat olmuştur. Katılımcıların %12,3'ü yürümeye yardımcı araç kullanmaktadır. Kadınların %74,1'i hayatının bir döneminde osteoporozla ilgili bilgi almıştır (Tablo 1).

#### Osteoporotik Kırıklardan Korunma Ölçeği ile ilgili Değişkenler

OKKÖ ölçeğinden alınan Ortalama puan 86,25  $\pm$  12,27 (56-102) olarak belirlenmiştir.

**Tablo 1.** Kadınlarının sosyo-demografik ve kırık gelişmesini etkileyebilecek faktörler ile ilgili özellikleri

Özellik	N	%
<b>Yaş grup</b>		
55-64	119	52,2
65-74	72	31,6
$\geq$ 75 yaş	37	16,2
<b>Medeni durum</b>		
Evli	144	63,2
Bekar	16	7,0
Dul	68	29,8
<b>Çalışma durumu</b>		
Çalışıyor	23	10,1
Çalışmıyor	205	89,9
<b>Yaşadığı kişi</b>		
Eş/Çocuk/Yardımcı	169	74,1
Yalnız	59	25,9
<b>Eğitim durumu</b>		
Okuryazar değil	38	16,7
İlköğretim	127	55,7
Lise	31	13,6
Üniversite ve üzeri	32	14,0
<b>Sağlık algısı</b>		
Çok iyi	18	7,9
İyi	129	56,6
Kötü	60	26,3
Çok kötü	21	9,2
<b>Günlük işlerde aktif olma</b>		
Aktif	189	82,9
Aktif değil	39	17,1
<b>Düşme durumu</b>		
Yok	123	53,9
Var	105	46,1
<b>Kırık varlığı</b>		
Yok	191	83,8
Var	37	16,2
<b>Ortopedik ameliyat geçirme</b>		
Hayır	179	78,5
Evet	49	21,5
<b>Yürümeye yardımcı araç</b>		
Kullanmayan	200	87,7
Kullanan	28	12,3
<b>Osteoporozla ilgili bilgi</b>		
Evet	169	74,1
Hayır	59	25,9

Tablo 2’de OKKÖ’ nin inanç, tutum ve davranış kontrolü, tanı ve tedavi davranışı, engel algısı, düşmeyi önleme niyeti ve tanı ve tedavi niyeti olmak üzere 6 alt başlığındaki ifadeler verilen cevaplar gösterilmiştir. Kadınların, ‘Kemik erimesinden korunmak için tıbbi tedavi veya ek destek önerilerine uymaya niyetim var’ ifadesine en yüksek sıklıkta katıldıkları belirlenmiştir (%96,6). İkinci sırada ‘Evde düşme tehlikesinden korunmak için düşmeyi önleyici ev içi düzenlemeler hakkında bilgim olursa önlem almam kolaylaşır ’ ifadesine en çok katılım gösterilmiştir (%94,8). Sonrasında %94,6 ‘sı ‘Belirli aralıklarla kemik yoğunluğu ölçümü yaptırmaya niyetim var ’, %91,7’si ‘Kemik erimesinden korunmak için yapabileceğim uygun fiziksel egzersizler hakkında daha fazla bilgim olursa fiziksel egzersiz yapmam kolaylaşır ’ ve %87,6’sı ‘Ailem düşmeyi önlemek için ev içinde düzenleme yapmamı umuyor’ ifadelerinde hemfikir oldukları anlaşılmıştır. Kadınların en düşük sıklıkta katıldıkları ifadeler ; %24,2’si ‘Düşmeyi önlemek için ev içinde düzenleme yapmak benim için zordur’ %25’i ‘Kemik erimesinden korunmak için fiziksel egzersiz yapmak benim için zordur’ , %50,6’sı ‘Kemik erimesinden korunmak için doktorun tıbbi tedavi veya ek destek önerilerini (kalsiyumdan zengin beslenme ve gerektiğinde kemik erimesi ilaçlarını kullanma ) uyguladım’,%53,1’i ‘Bir yıl içinde evde düşmemi önleyecek bir düzenleme yapmaya niyetim var’, %53,9’u ‘Kemik erimesinden korunmak için doktorun önerdiği tıbbi tedavi veya ek destek önerilerini uygulama olanağım var ’ ifadelerine katıldığını belirtmiştir. Buna göre ölçekteki olumsuz olan iki ifadeye katılımın en düşük olduğu anlaşılmıştır.

Tablo 3’de çalışmaya katılan kadınların OKKÖ skorları ile ilişkili faktörler değerlendirilmiştir. Eşi, çocukları, akrabaları veya yardımcılarıyla yaşayan kadınların puanı ile yalnız yaşayanların puanı arasında anlamlı fark bulunmuştur ( $t= 2,183, p= 0,03$ ). Yalnız yaşayanlarda ölçek skoru anlamlı olarak daha düşüktür. Genel sağlık algısı kötü ve çok kötü olanlarda, iyi ve çok iyi diyenlere oranla ölçek skoru anlamlı derecede düşük bulunmuştur ( $t= 3,94, p< 0,000$  ). Günlük işlerde aktif olmayanlarda ölçek skoru anlamlı derece düşük bulunmuştur ( $t= 2,583, p= 0,003$ ) kırık durumu fark etmeksizin düşme geçirenlerde osteoporotik ölçek skoru anlamlı olarak daha düşük

bulunmuştur ( $t= 2,804, p= 0,003$ ). Osteoporozla ilgili daha önceden bilgi alan kişilerde skor anlamlı derece yüksek bulunmuştur ( $t= 8,571, p< 0,000$ ). Yaş grupları, okuryazar olma durumu, ortopedik ameliyat geçirme durumu ve yürümeye yardımcı araç kullanım durumları ile ölçek toplam skorları arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

OKKÖ’ in 6 alt başlık puanları ile değişkenler arasındaki ilişki incelediğinde:

İnanç faktörü puanı; yalnız yaşayanlarda ( $t=2,207 p= 0,003$ ), evli olmayanlarda ( $t=-3,407, p= 0,001$ ), sağlık algısı kötü olanlarda ( $t=4,726 p< 0,000$ ), günlük işlerde aktif olmayanlarda ( $t=3,029 p= 0,003$ ), yürümeye yardımcı araç kullananlarda ( $z=-19,89 p= 0,047$ ) ve osteoporozla ilgili daha önceden bilgi almayanlarda ( $t=5,073 p< 0,000$ ) anlamlı olarak daha düşük saptanmıştır.

Tutum ve davranış kontrolü alt başlığı puanı; yalnız yaşayanlarda( $t=2,465 p= 0,016$ ), sağlık algısı kötü olanlarda ( $t=3,541 p= 0,001$ ) ve osteoporozla ilgili daha önceden bilgi almayanlarda ( $t=6,845 p< 0,000$ ) anlamlı olarak daha düşük belirlenmiştir.

Tanı ve tedavi davranışı alt başlık puanı; sağlık algısı kötü olanlarda ( $t=2,176 p= 0,031$ ), ortopedik ameliyat geçirmeyenlerde ( $t=2,013 p= 0,045$ ) ve osteoporozla ilgili daha önceden bilgi almayanlarda ( $t=7,746 p< 0,000$ ) anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur.

Engel algısı alt başlık puanı yalnız yaşayanlarda( $t=2,222 p= 0,028$ ) ve düşme geçirenlerde ( $t=-2,043 p= 0,042$ ) anlamlı olarak düşük bulunmuştur.

Düşmeyi önleme niyeti alt başlık skoru; Düşme geçirenlerde ( $t:2,449 p< 0,015$ ) ve daha önce osteoporoz ile ilgili bilgi almayanlarda ( $t=4,440 p< 0,000$ ) anlamlı olarak daha düşük olduğu anlaşılmıştır.

Tanı ve tedavi niyeti alt ölçek puanı; sağlık algısı kötü olanlarda ( $t=2,892 p= 0,004$ ) ve osteoporozla ilgili daha önce bilgi almayanlarda ( $t=5,502 p< 0,000$ ) anlamlı olarak düşük belirlenmiştir.

**Tablo 2.** Osteoporotik kırıklardan korunma ölçeği puanları

Maddeler	1 Kesinlikle katılmıyorum 2 Katılıyorum	3 Kısmen	4 Katılmıyorum 5 Tamamen katılıyorum
<b>İnanç</b>			
Kemik erimesinden korunmak için doktorun önerdiği tıbbi tedavi ya da ek destek önerilerini uygulamam kemik erimesinden ve kırıklardan korunurum.	12(5,3)	37(16,2)	179(78,5)
Fiziksel egzersiz yaparsam kemik erimesine bağlı kırıklardan korunur, daha uzun süre kimseye bağımlı olmadan yaşıyorum.	5(2,1)	47(20,6)	176(77,2)
Kemik erimesinden korunmak için fiziksel egzersiz yapmamı ailem ve yaşıadığım çevre olumlu karşılar.	12(6,2)	65(28,5)	149 (65,4)
Kemik erimesinden korunmak için fiziksel egzersiz yapmak istiyorum.	16(7,0)	68(29,8)	72(63,2)
Kemik erimesinden korunmak için doktorun önerdiği tıbbi tedavi ya da ek destek önerilerinin hakkında daha fazla bilgim olursa önerilere uymam kolaylaşıır.	5(2,2)	29(12,7)	194(85,1)
Kemik erimesinden korunmak için yapabileceğim uygun fiziksel egzersizler hakkında daha fazla bilgim olursa fiziksel egzersiz yapmam kolaylaşıır.	4(1,7)	15(6,6)	209(91,7)
Evde düşme tehlikesinden korunmak için düşmeyi önleyici ev içi düzenlemeler hakkında bilgim olursa önlem almam kolaylaşıır.	4(1,8)	8(3,5)	216(94,8)
<b>Tutum ve Davranış Kontrolü</b>			
Belirli aralıklarla kemik yoğunluğu ölçümü yaptırmak gereklidir.	11(4,8)	36(15,8)	181(79,4)
Kemik erimesinden korunmak için doktorun önerdiği tıbbi tedavi ya da ek destek önerilerine uymak gereklidir.	11(4,8)	34(14,9)	183(80,3)
Belirli aralıklarla kemik yoğunluğu ölçtürme olanağım var.	16(7)	31(13,6)	181(79,3)
Kemik erimesinden korunmak için doktorun önerdiği tıbbi tedavi ya da ek destek önerilerini uygulama olanağım var.	12(5,2)	41(18,0)	123(53,9)
<b>Tanı ve Tedavi Davranışı</b>			
Şimdiye kadar belirli aralıklarla kemik yoğunluğu ölçümü yaptırdım.	66(29)	39(17,1)	123(54)
Kemik erimesinden korunmak için doktorun tıbbi tedavi ya da ek destek önerilerini ( kalsiyumdan zengin beslenme ve gerektiğinde kemik erimesi ilaçlarını kullanma ) uyguladım.	68(28,9)	38(16,7)	124(50,6)
<b>Engel Algısı</b>			
Kemik erimesinden korunmak için fiziksel egzersiz yapmak benim için zordur.	103(45,2)	68 (29,8)	57(25)
Düşmeyi önlemek için ev içinde düzenleme yapmak benim için zordur.	77(51,3)	56(24,6)	55(24,2)
<b>Düşmeyi Önleme Niyeti</b>			
Bir yıl içinde evde düşmemi önleyecek bir düzenleme yapmaya niyetim var.	33(22,4)	56(24,6)	121(53,1)
Düşmeyi önlemek için ev içinde yeni bir düzenleme yapmak gereklidir.	31(13,6)	51(22,4)	146(64,1)
Ailem düşmeyi önlemek için ev içinde düzenleme yapmamı umuyor.	41(18)	61 (26,8)	200(87,8)
Düşmeyi önlemek için ev içinde düzenleme yapma olanağım var.	10(4,4)	35(15,4)	173(75,9)
Düşmeyi önlemek için ev içinde düzenleme yapmak istiyorum.	15(11,7)	34(26,6)	78(61)
<b>Tanı ve Tedavi Niyeti</b>			
Belirli aralıklarla kemik yoğunluğu ölçümü yaptırmaya niyetim var.	1(0,8)	6(4,7)	121(94,6)
Kemik erimesinden korunmak için tıbbi tedavi ya da ek destek önerilerine uymaya niyetim var.	1(0,8)	3(2,3)	124(96,6)

## Tartışma

Bu çalışmada bir fizik tedavi yan dal merkezine başvuran 55-90 yaş postmenapozal kadınlar arasında osteoporotik kırıktan korunmaya yönelik niyet ve davranışları OKKÖ kullanılarak

değerlendirilmiş ve bu niyetleri iyi düzeyde saptanmıştır. Çalışma grubundaki kadınların osteoporotik kırıktan korunma niyetlerinin yüksek bulunması, merkeze başvuranların kas iskelet yakınmaları ile başvuruyor olmasından

**Tablo 3.** Kadınların bazı özellikleri ile OKKÖ arasındaki ilişki

Özellik	N	%	OKKÖ Skor Ort. ±SD	p
<b>Yaş grup</b>				
55-64	119	52,2 %	85,22 ± 13,766	0,361
65-74	72	31,6 %	86,90 ± 10,662	
≥75 yaş	37	16,2 %	88,27 ± 9,831	
<b>Medeni Durum</b>				
Evli	144	63,2 %	87,20 ± 12,112	0,140
Bekar	84	36,8%	84,70 ± 12,616	
<b>Çalışma Durumu</b>				
Çalışıyor	23	10,1 %	88,26 ± 14,674	0,11
Çalışmıyor	205	89,9 %	86,02 ± 11,998	
<b>Yaşadığı Kişi</b>				
Eş/Çocuk/Yardımcı	169	74,1 %	87,33 ± 11,797	0,03
Yalnız	59	25,9 %	81,29 ± 10,409	
<b>Eğitim Durumu</b>				
Okuryazar değil	38	16,7%	83,45 ± 12,216	0,272
İlköğretim	127	55,7%	86,50 ± 11,724	
Lise ve Üzeri	63	27,6%	87,43 ± 13,301	
<b>Sağlık Algısı</b>				
İyi	147	64,5%	88,60 ± 11,770	,000
Kötü	81	35,5 %	82,07 ± 12,283	
<b>Günlük İşlerde Aktif Olma</b>				
Aktif	189	82,9 %	86,50 ± 12,506	0,003
Aktif değil	39	17,1 %	82,23 ± 10,545	
<b>Düşme Durumu</b>				
Yok	123	53,9 %	86,52 ± 13,407	0,003
Var	105	46,1 %	82,92 ± 10,992	
<b>Kırık Varlığı</b>				
Yok	191	83,8 %	86,26 ± 10,578	0,42
Var	37	16,2 %	86,19 ± 11,133	
<b>Ortopedik Ameliyat Geçirme</b>				
Hayır	179	78,5 %	85,84 ± 12,896	0,233
Evet	49	21,5 %	87,90 ± 9,952	
<b>Yürümeye Yardımcı Araç</b>				
Kullanmayan	200	87,7 %	86,31 ± 12,510	0,533
Kullanan	28	12,3 %	85,82 ± 10,63	
<b>Osteoporozla İlgili Bilgi</b>				
Evet	169	74,1 %	89,88 ± 10,594	,000
Hayır	59	25,9 %	75,97 ± 11,139	

kaynaklanabilir. Ölçekte yer alan ifadelerden kadınların en sık hemfikir olduğu ve olmadığı ilk beş önerme ortopedi kliniğine başvuran postmenapozal dönemde olan 400 kadında gerçekleştirilen çalışmanın sonuçları ile uyumludur (10).

Bu çalışmada kadınların %46'sında düşme deneyimi söz konusudur. Düşenlerin yaklaşık üçte birinde kırık gelişmiştir. Çıtlı ve ark. yaptığı çalışmada kadınların son bir ay içinde %50'sinin düştüğü, % 23'ünün birden fazla kez düştüğü ve %9'unun düşme sonucu kırık yaşadığı bildirilmiştir (11). Çalışmamızda düşme geçirenlerde ölçek skoru daha düşük bulunmuştur. Bu sonuç korunmaya yönelik niyet ve davranışı yüksek kişilerin düşme sorunuyla daha az karşılaştıklarını göstermektedir.

Koç ve ark. yaptığı çalışmada kadınların %68,3'ünün OP konusunda daha önce herhangi



Hilal Yüksel "Çakır Nine"  
STED Fotoğraf Yarışması 12017 Sergi Ödülü

bir kaynaktan bilgi almadığı saptanmıştır. Ayrıca OP hakkında daha önce bilgi alan kadınların OP ile ilgili bilgi, tutum ve davranış puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür (12), Kutsal ve ark. 576 osteoporozu olan hasta ile yaptıkları çalışmada osteoporoz farkındalığının verilen eğitim ile artış gösterdiğini belirtmişlerdir (13). Osteoporozda risk faktörlerinin belirlenmesi ve önlenmesi açısından koruyucu sağlık hizmetleri ve konu ile ilgili eğitim önemli yer tutmaktadır. Kişilerin osteoporoz konusundaki farkındalık düzeyleri ve bilgi seviyeleri artırılarak etkili korunma sağlanabileceği çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir (14–16). Bu çalışmada da benzer şekilde osteoporoz ile ilgili daha önceden bilgi alan kişilerde OKKÖ skoru anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.

Çalışmada yaş ile korunma düzeyi ölçeği arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Bu durum çalışmaya 55 yaş üstü hastaların dâhil edilmesinden ve bu kadınların %80'ininden fazlasının 60-69 yaş grubunda olmasından kaynaklanabilir.

Literatürlerde genç yaşta bilgi ve farkındalık düzeyinin yüksek olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (17,18).Diğer taraftan başka bir çalışma, osteoporoz hakkında bilgiye en fazla 60-69 yaş grubunun sahip olduğu göstermiştir (19). Aksu ve ark. yaptığı çalışmada [14] osteoporoz farkındalık düzeyinin eğitim düzeyi ile ilişkili bulunmasına rağmen bizim çalışmamızda eğitim düzeyinde lise ve üstü eğitim alanlarda ölçek puan ortalaması daha yüksek olmasına rağmen anlamlı fark bulunamamıştır. Ancak OP ve osteoporotik kırıkların önlenmesinde, eğitimin büyük rol oynadığı çeşitli çalışmalarda vurgulanmıştır (17,20,21).

Bu çalışmada ev, bahçe, alışveriş gibi evde ya da dışarıda herhangi bir aktivitesi olmayanların grubun yaklaşık %20'sini oluşturmaktadır. Günlük işlerinde aktif olanlarda osteoporozdan korunmaya yönelik davranış düzeyi daha yüksek bulunmuştur. Yapılan bir derlemede fiziksel olarak inaktif bireylerin osteoporoz ve buna bağlı komplikasyonların daha yüksek olduğu belirtilmektedir (22).

Çalışmada biriyle beraber (eş, çocuk, yardımcı) yaşayan kadınların, yalnız yaşayanlara göre osteoporotik kırıklardan korunma düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmektedir. Yalnız

yaşayanlarda, özellikle de fiziksel olarak yetersiz olan yaşlı bireylerde, maruz kalınan çevresel riskler daha fazladır (10).

Sağlık algısını iyi/çok iyi olarak belirtenlerde osteoporoz ve buna bağlı gelişebilecek kırıklardan korunma düzeyi yüksek çıkmıştır. Korunma düzeyi yüksek olanların sağlık durumlarının da daha iyi olması beklenen bir durumdur.

OKKÖ' in alt başlık puanları ile ilişkili faktörler değerlendirildiğinde de benzer sonuçlar elde edilmiştir. Osteoporozla ilgili bilgi alanlarda, aktif olanlarda, sağlık algısı iyi olanlarda, biriyle beraber yaşayanlarda neredeyse bütün alt başlıklarda yüksek puan almıştır. Farklı olarak, ortopedik ameliyat geçirenlerde ana ölçek puanında anlamlı fark bulunamayıp, tanı ve tedavi davranışı puanı anlamlı olarak daha yüksek çıkmıştır. Tanı ve tedavi davranışı alt başlığı; Kemik ölçümü yaptırma, doktorun önerdiği tıbbi tedavi ve ya ek önerilere(egzersiz, güneşlenme vs.) uymayı içermektedir. Ortopedik ameliyat geçirenlerin hastaneye kontrol amaçlı başvurusu sırasında risk gurubu olması nedeniyle kemik ölçümü, tıbbi tedavi uygulanması daha yüksek çıkma nedeni olabilir. Ayrıca, düşme geçirmeyenlerde sadece düşmeyi önleme niyeti ve engel algısı alt başlık puanı anlamlı olarak yüksek çıkmıştır. Bu durum düşmeyi önleyici ev içi düzenlemeler hakkında bilgisi olursa önlem almasının daha kolay olacağını ve daha az düşme durumu yaşanacağını gösterebilir.

Bu çalışmanın bazı kısıtlılıkları mevcuttur. Çalışma osteoporozu olan ya da olmayan tüm postmenapozal kadınlarda gerçekleştirilmiştir, ancak osteoporoz tanısı alanlar detaylı olarak sorgulanmamıştır. Bir dal hastanesine başvuran hastalar ile yapıldığı için toplumu tam olarak temsil etmemektedir.

### Sonuç

Çalışmaya katılan grupta osteoporotik kırıklardan korunmaya yönelik niyet ve davranışın iyi derecede olduğu saptanmıştır. Biriyle beraber yaşayanlarda, sağlık algısı yüksek olanlarda, düşme geçirmeyenlerde, günlük işlerde aktif olanlarda ve osteoporozla ilgili daha önce bilgi alan kişilerde osteoporozdan korunmaya yönelik niyet ve davranışının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Osteoporoz yaşam süresi arttıkça daha da önemli bir halk sağlığı problemi haline gelmektedir. Osteoporozdan korunma ve korunmaya yönelik tutum önemlidir. Osteoporozdan korunmanın ilk basamağı risk faktörleri açısından bilgi düzeyini arttırmak ve farkındalık yaratmaktır. Bu nedenle özellikle risk grubu olan kadınlarda osteoporozla ilişkin bilgi ve farkındalık düzeyinin artırılmalıdır. Toplumda özellikle risk grubu olan postmenapozal kadınları kapsayan, düşme ve buna bağlı kırıkları önleyici ev içi düzenlemelerin önemini anlatan ve fiziksel olarak aktif olmaya teşvik edici eğitimlerin verilmesi korunmaya yönelik niyet ve davranışlarının artmasını sağlayacaktır.

### Teşekkür:

Çalışmaya katılan hastalara ve çalışmanın yürütülmesine izin veren yan dal hastanesine teşekkür ederiz.

**İletişim:** Kıymet Yeşilçiçek Çalık

**E-posta:** omrumyesilcicek@hotmail.com

### Kaynaklar

1. Allsworth A. Osteoporosis nursing implications. In: Kneale J, Davis P, editors. Orthopedic and trauma nursing. 2nd ed. Edinburgh, Churchill Livingstone, 2005.p.380-9
2. World Health Organization (2011) Scientific group on the assessment of osteoporosis at primary health care level. Summary Meeting Report. 2004 May 5–7, Brussels, Belgium. <http://www.who.int/chp/topics/Osteoporosis.pdf>. Accessed 10 Sept 2017
3. Gallagher JC. Effect of early menopause on bone mineral density and fractures. The Journal of The North American Menopause Society. 2007;14(3):567–71.
4. Eryavuz Sarıdoğan M. Osteoporoz Epidemiyolojisi. In: Gökçe Kutsal Y(Ed); Osteoporoz. Modern Tıp Seminerleri, 19th edition. Güneş Kitapevi, Ankara; 2001. 6-21 p.
5. Alkan BM, Fidan F, Tosun A, Ardıçoğlu Ö. Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Polikliniğimize Başvuran Hastalarda Osteoporoz insidansı. Turk Osteoporoz Dergisi. 2011;17(1):10–3.
6. Matthis C, Weber U. Health impact associated with vertebral deformities: results from the European vertebral osteoporosis study. Osteoporos International. 1998;8(4):364–72.
7. Francis JB Jr, Sinaki M, Grabois M, et al: Health professional's guide to rehabilitation of the patient with osteoporosis. Osteoporos Int 14(Suppl 2): 1-22, 2003.



8. Braddom R., Chan L., Harrast A. Physical Medicine and Rehabilitation, Fourth Edition. Publishers; 2011.
9. Freeman JM. A theory-based premenopausal osteoporosis prevention program, PhD Thesis. University of Arkansa: Fayetteville; 2004.
10. Aydın S. Osteoporotik kırıkta korunma ölçeğinin (OKKÖ) geliştirilmesi, Uzmanlık Tezi, Bülent Ecevit Üniversitesi, Zonguldak; 2015.
11. Çıtıl R, Özdemir M, Poyrazoğlu S, Balcı E, Aykut M, Öztürk Y. Kayseri Melikgazi Sağlık Grup Başkanlığı Bölgesindeki Kadınların Osteoporoz Yönelik Bilgi ve Davranışları. Osteoporoz Dünyasından. 2007;13:60–6.
12. Koç A, Aypak C, Yikilkan H, Akbiyik DI, Görpelioğlu S. On sekiz-35 Yaş Arası Kadınların Osteoporoz Hakkındaki Bilgi Tutum ve Davranış Düzeyleri. Türk Osteoporoz Dergisi. 2016;22(1):11–6.
13. Kutsal YG, Atalay A, Arslan Ş, Başaran A, Cantürk F, Cindaş A, et al. Awareness of osteoporotic patients. Osteoporosis International. 2005;16(2):128–33.
14. Aksu A, Zinnuroğlu M, Karaoğlu B, Akın S. Osteoporoz, Eğitim Durumu ve Farkındalık Düzeyi Araştırma Sonuçları. Osteoporoz Dünyasından. 2005;11(1):36–40.
15. Kandış H, Karakuş A, Katırcı Y, Karapolat S, Kara İH. Geriatrik Yaş Grubu ve Adli Travmalar. Turkish Journal Of Geriatrics. 2011;14(3):193–8.
16. Venouziou AI, Dailiana ZH, Varitimidis SE, Hantes ME, Gougoulas NE, Malizos KN. Radial nerve palsy associated with humeral shaft fracture. Is the energy of trauma a prognostic factor? Injury. 2011;42(11):1289–93.
17. Gemalmaz A, Oge A. Knowledge and awareness about osteoporosis and its related factors among rural Turkish women. Clinical Rheumatology. 2008;27(6):723–8.
18. Kurt EE, Koç FA, Tuncay F, Erdem HR, Kiranatlıoğlu F. Kırsal Bölgede Yaşayan Risk Grubu Kadınların Osteoporoz Bilgi ve Farkındalık Düzeyi. Turk Osteoporoz Dergisi. 2015;21(2):63–8.
19. Matthews HL, Laya M, DeWitt DE. Rural Women and Osteoporosis: Awareness and Educational Needs. The Journal of Rural Health. 2006;22(3):279–83.
20. Aylin Ö. Ortopedi ve travmatoloji kliniklerinde yatan kadın hastaların osteoporoz bilgi düzeyi ve öz-etkililik algılarının değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, 2008.
21. Monsanto HA. Level of awareness about osteoporosis among women 50 years and older in Puerto Rico. Puerto Rico Health Sciences Journal. 2010;29(1):54–9.
22. Özgürbüz C. Osteoporoz ve fiziksel aktivite. Spor Hekimliği Dergisi. 2008;43:99–109.

# Jinekolojik Kanserli Kadınların Brakiterapi Sonrası Cinsel İşlevinin Değerlendirilmesi ve Cinsel Danışmanlık

Evaluation of Sexual Functions of Women with Gynecological Cancer After Brachytherapy and Sexual Counselling

Derleme



Review Article

Çiğdem Bilge<sup>1</sup>, Büşra Yılmaz<sup>2</sup>, Ümran Oskay<sup>3</sup>

Geliş/Received : 19.01.2018

Kabul/Accepted : 09.06.2118

DOI:

## Öz

Cinsellik biyolojik, psikolojik, kişiler arası ve davranışsal boyutları olan çok boyutlu karmaşık bir kavramdır. Ülkemizde oldukça yaygın görülen jinekolojik kanserlerin kadın sağlığı üzerindeki olumsuz etkileri çok boyutludur. Jinekolojik kanser semptomları ve tedavisinin kadın cinsel sağlığı üzerine olumsuz etkileri kadının yaşam kalitesini de etkilemektedir. Jinekolojik kanserler arasında sık görülen servikal kanser tedavisinde kullanılan brakiterapi vaginal stenoz, dispareni, cinsel istekte azalma ve orgazm güçlüğü gibi sorunlara neden olmaktadır. Brakiterapi tedavisi gören hastalar cinsel sorunlarıyla ilgili genellikle etkin danışmanlık alamazlar. Bu konu sağlık profesyonellerinin ihmal ettiği bir konudur ve brakiterapi sonrası kadınlar cinsel işlev bozuklukları ile baş etmeyi kendi kendine öğrenmek zorunda kalır. Bu zorlu süreçte hemşirelere, kadınların cinsel yaşamlarını değerlendirmede, özellikle cinsel danışmanlık ve rehberlikte, modellerin kullanımı önerilmektedir.

**Anahtar sözcükler:** Brakiterapi, Cinsel işlev, Danışmanlık

## Abstract

Sexuality is a complex concept involving biological, psychological, interpersonal and behavioural aspects. The negative effects of gynecologic cancers, which are quite common in our country, on women's health are multi-dimensional. The negative impacts of gynecologic cancer symptoms and treatment on the woman's sexual health also affect the quality of her life.

Brachytherapy, used in the treatment of cervical cancer, which is most common of gynecologic cancers, causes problems such as vaginal stenosis, dyspareunia, reduced sexual desire and difficulty in achieving orgasm. The patients, who undergo brachytherapy usually cannot get effective counselling on their sexual problems. This is an issue, which is neglected by health professionals and women are obliged to learn to cope with sexual dysfunction after brachytherapy by themselves. In this challenging period, nurses should use the models in assessing the women's sexual lives, especially in sexual counselling and guidance.

**Key words:** Brachytherapy sexual Function, Counselling

1 Arş. Gör. Dr.; Muğla Sıtkı Koçman Ü. Kadın Sağlığı ve Doğum Hemşireliği (Orcid No: 0000-0002-8120-6216)

2 Arş. Gör.; İstanbul Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Fak. Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD. (Orcid No: 0000-0001-6937-5351)

3 Prof. Dr.; İstanbul Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Fak. Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD. (Orcid No: 0000-0002-6606-9073)

## Giriş

Cinsellik, doğum öncesinde başlayıp, kişinin değerleri, inanışları, fiziksel görünümü ve yaşadığı kültüre göre biçimlenen bir kavramdır. Cinsellik tüm bedeni ve ruhu içerir. Cinsellik insanın düşünsel, duygusal ve toplumsal bütünlüğünü sağlayan, olumlu yönde kişilik gelişimi, sevgi paylaşımı ve iletişimin görüldüğü sağlıklı halidir (1,2). Cinsellik ekonomik, sosyal, kültürel, politik, dini, biyolojik ve ruhsal faktörlerin etkileşiminden etkilenmektedir (2). Cinsel işlev bozukluğu ise bireylerde cinsel yanıt döngüsünde bozukluklar ile karakterize, ruhsal ve fiziksel değişikliklere bağlı olarak ortaya çıkan bir durumdur (3).

Jinekolojik kanserler kadın genital organlarında tutulum gösteren kötü huylu oluşumlardır. Jinekolojik kanserlerin semptomları tutulan organa göre farklılık gösterip, bu grupta başlıca endometrium, serviks ve over kanserleri yer almaktadır. Dünyada kanser olgu sayısı her geçen gün artmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerde servikal kanser ikinci en çok görülen jinekolojik kanser türüken, gelişmiş ülkelerde ise endometriyum kanseri en çok görülen jinekolojik kanser türüdür (4). Türkiye'de, Halk Sağlığı Kurumu'nun 2014 yılındaki kanser istatistiklerine göre, her yıl yaklaşık 63 bin kadına kanser tanısı konulmaktadır. Jinekolojik kanserler ise meme kanserinden sonra mortalite ve morbidite oranı en yüksek olan ikinci kanser türü olarak belirlenmiştir (5).

Jinekolojik kanser semptomları ve tedavisinin cinsel sağlık üzerine etkisi genel olarak göz ardı edilse de cinsellik kadın yaşamının kalitesini artıran bir boyut olarak önemini korumaktadır. Üreme organ kanserleri cinsel sağlığı olumsuz etkilemektedir. Jinekolojik kanserler beden imajı, cinsiyet rolü, kadın kimliği ve üreme yeteneğini etkileyerek cinselliği yaşamayı etkiler (6). Jinekolojik kanser belirtilerinden olan vajinal kanama, halsizlik, karın ağrısı ve postkoidal kanama kadının tedavi öncesi cinsel sağlığını bozmaktadır. Tedavi sonrasında vajinada kısılma, vajinal elastikiyetin bozulması, vajinal lubrikasyonda azalma, vajinal stenoz, klitoris alınması, pelvik sinir hasarı, fistüller, halsizlik, ishal, uykusuzluk, infertilite ve postkoidal kanama gibi fiziksel belirtiler cinsel sağlığı olumsuz etkilemektedir (7). Üreme işlevinin kaybı, dış görüntüsünün değişmesi, cinsel işlevlerin eskisi

gibi yerine getirilememesi ve kendisini kadın gibi hissetmemesi cinsel kimlik algısının değişmesine neden olur (8). Jinekolojik kanser tanısı ve tedavisinin cinsel sağlığı olumsuz etkilediğine dair çok sayıda çalışma vardır (5,6,9,10).

Kanser tanısı konulması yeterince zor bir süreç iken, kanser tedavileri de sürece yeni korkular ekler. Jinekolojik kanserlerde uygulanan cerrahi tedavi, radyoterapi ya da kemoterapi kadının beden algısını ve üreme kapasitesini olumsuz yönde etkiler. Hasta ve ailesinin yaşam kalitesinin bozulmasına neden olur (11-13).

## Brakiterapi ve Cinsel Yaşama Etkisi

Radyoterapi tümörlü dokuya radyasyonun vücut dışından direk olarak verilmesini içeren eksternal radyoterapi ya da radyasyonun vücut içerisine, vücut yakınına ya da direkt üstüne konularak uygulanmasıyla gerçekleştirilen yöntem olan brakiterapi şeklinde uygulanır (14,15). Brakiterapi'nin jinekolojik kanserlerin tedavisinde önemli bir yeri vardır. Yunancada 'kısa' anlamına gelen brakiterapi 'brachios' sözcüğünden türetilmiştir. Brakiterapi, radyoaktif kaynağın tümörün içine ya da yakınındaki boşluklara yerleştirilmesiyle uygulanan bir tedavi şeklidir. Brakiterapi, 1898'de radyumun keşfinden sonra uygulanmaya başlamıştır. Bu tedavi intrakaviter ve interstisyel olmak üzere iki biçimde uygulanır. İntrakaviter brakiterapide aplikatör tümörün yakınındaki anatomik boşluklara yerleştirilir. En sık endometriyum, serviks, vajina ve akciğer kanserinde kullanılır. İnterstisyel brakiterapide ise aplikatör ilgili doku içerisine yerleştirilir. En sık meme, prostat ve yumuşak doku kanserinde kullanılır. Amerikan Brakiterapi Topluluğu (American Brachytherapy Society- ABS) , endometriyum ve serviks kanserli hastalara uygulanan radyasyon tedavisi endikasyonları için Ulusal Kapsamlı Kanser Ağı rehberini yayınlamıştır. Yayınlanan rehberde aplikatör seçimi, brakiterapi aplikatörünün yerleştirme teknikleri, hedef hacim tanımı, doz fraksiyonasyonu ve ameliyat sonrası adjuvan vajinal kaf tedavisi için önemli tavsiyelere yer verilmiştir (16,17).

Brakiterapide amaç, kanser hücrelerinin bölünmesini önleyerek, çoğalmasını engellemek ve yok etmektir. Bu işlem uygulanırken kanser hücrelerinin yanı sıra sağlam hücreler de zarar

görür. Hücre ölümü ya da tedavi edilebilir hücre hasarı meydana gelebilir. Radyasyonun yan etkileri arasında deri toksisitesi, yorgunluk, bulantı ve kusma görülür (15, 18). Kircheinner ve ark. (2015) servikal kanser tedavisinde uygulanan brakiterapinin yaşam kalitesine etkisini incelemişlerdir. Çalışma sonucunda kadınların brakiterapi sonrası yorgunluk (%78), üriner inkontinans (%60), bulantı ve kusma (%54), sıcak basması (%44) ve cinsel işlev bozukluğu (%38) yaşadığı belirtilmiştir (19).

Brakiterapinin cinsel sağlık üzerine etkisi genel olarak göz ardı edilse de cinsellik kadın yaşamının kalitesini artıran bir boyut olarak önemini korumaktadır. Erken evre endometriyum ve serviks kanserinde primer olarak uygulanan brakiterapi esnasında vajinal atrofi, sinir hasarı ve fibrozis gelişebilir (20). Tedavi esnasında over fonksiyonları da etkilenir ve overlerde steriliteye sebep olur. Vajina epitelinde ise elastikiyet kaybı, eritem, atrofi ve inflamasyon görülür. Işınlama sonucunda vajinada kuruluk ve daralma meydana gelir. Bu durumda vajina bölgesi enfeksiyon ve travma açısından daha fazla risk altındadır. Vajinadaki tüm bu değişimler sonucunda orgazm problemleri, elastikiyetin azalması ve disparoni en sık görülen şikayetler arasındadır. Bu yan etkiler ilk üç ay içinde oluşmakta ve bir yıl içerisinde düzelmektedir (21). Karabuga ve ark. (2015) endometrium kanseri tedavisinde eksternal radyoterapi ve vajinal brakiterapi alan kadınların cinsel fonksiyon ve yaşam kaliteleri karşılaştırmışlardır. Çalışma sonucunda her iki tedavi şeklinin de cinsel fonksiyonları ve kadınların yaşam kalitelerini olumsuz etkilediği bulunmuştur (22).

### **Kadınların Cinsel İşlevinin Değerlendirilmesi ve Cinsel Danışmanlık**

Cinsellik, çok boyutlu bir kavramdır ve brakiterapiden olumsuz yönde etkilenmektedir (5, 10, 23). Brakiterapinin yanısıra kadın, kadınlık kimliğini, değerlerini, önceliklerini ve cinsel partner sorumluluğunu yeniden kazanma çabası içerisindedir. Böyle bir süreçte, destek sistemleri ve danışmanlık hizmetleri kaygı ve endişeleri gidermede önemli rol oynamaktadır (24). So ve Chui (2007) kadınların brakiterapi sonrası yaşadıkları deneyimleri incelemek amacıyla yaptıkları nitel çalışma sonucunda brakiterapi sonrası psikolojik destek sağlama, işlem öncesi ve

sonrasında açıklama ve bilgilendirmenin önemli olduğu vurgulanmıştır (25).

### **Brakiterapinin Kadın Cinselliğine Etkisi ve Vajinal Dilatatör Kullanımı**

Brakiterapi vajinanın daralmasına ve labia majörlerin birbirine yapışmasına neden olur. Vajinal dilatörler, brakiterapi sonrası vajinada kılma ve darlıkları önlemek için ek yöntem olarak kullanılır. Cinsel yaşamlarında başarısız olan ya da kendini yetersiz hisseden kadınların bu sorunlarla baş edebilmeleri için vajinal dilatatörlerin kullanılması önerilmektedir (26,27).

Brakiterapiden sonra vajinal dilatatörlerin düzenli kullanımı rutin uygulanır hale gelmiştir. Uygulamada üçgen şeklindeki bir aletin vajene sokulması ve döndürülmesi gerekir. Haftada en az birkaç kez yaklaşık beş dakika süreyle uygulanması önerilmektedir. Bunun yanı sıra bazı çalışmalarda kadınlar vajinal dilatatör kullanımını cinsel yaşamlarının doğasına müdahale olarak gördüklerini, bu araçların kullanımı sebebiyle kendilerini psikolojik ve duygusal açıdan rahatsız hissettiklerini ifade etmişlerdir. Bu sebeple her brakiterapi alan kadına rutinde vajinal dilatatörlerin kullanımının önerilmesi yerine profilaktik ve terapötik vajinal dilatatör tedavileri ayrı ayrı uygulanmalıdır. Vajinal uzunluk ölçümleri yapılmalı, kadınların cinsel işlev durumları değerlendirilmelidir (27).

Bakker ve ark. (2017) brakiterapiden sonra vajinada meydana gelen kılma ve darlık sorunlarıyla baş etmede hemşirenin vereceği cinsel danışmanlığın etkinliğini değerlendirmek amacıyla çalışma yapmışlardır. Sonuçta hemşireler tarafından verilen cinsel danışmanlık kadınların cinsel sorunlarını azaltmış, vajinal darlık sorunlarıyla baş etmede önerilen dilatatör kullanımı kadınlar tarafından daha fazla kabullenilmiştir (26).

Hemşirelerin jinekolojik kanserin tanı ve tedavisinin neden olduğu fiziksel ve psikolojik sorunları belirleme ve yol gösterme konusunda önemli sorumlulukları vardır. Hemşirelik rollerinin içinde danışmanlık öne çıkmaktadır. Hemşireler kendilerini cinsel danışmanlık konusunda yetersiz hissetmekte ve cinsel öykü alma konusunda güçlük yaşamaktadır. Danışmanlık hizmeti brakiterapi aşamasında çok önemlidir. Kadının,

brakiterapiye yönelik sorunlarını ifade edebilmesi ve baş etme mekanizmalarını geliştirebilmesi bu süreçte verilebilecek danışmanlık hizmeti ile olanaklıdır (28,29).

Kadınların yaşam kalitesinin önemli bir parçası olan cinsel yaşam, hemşirelik bakım alanlarından biridir. Sağlık ekibinin önemli bir üyesi olan hemşirelerin, brakiterapinin neden olduğu fiziksel ve psikolojik sorunları belirleme ve cinsel sorunları bulunan kadınlara yardım etmede önemli sorumlulukları vardır. Kadının cinsel yaşamı sorgulanırken bütüncül bakış açısı ile bakılmalıdır. Hemşirelerin cinsel sağlığı değerlendirmede güçlükler yaşadığı gözlenmektedir. Cinsel danışmanlık ve rehberlikte görüşmenin başlatılması zordur. Modellerin kullanılması görüşmenin başlatılmasına yardımcı olur (30,31).

### **Cinsel Danışmanlık**

Brakiterapi gören kadınların yaşam kalitelerinin yükseltilmesi ve sağlık bakımında bütünlüğün sağlanması için cinsellikle ilgili konularda danışmanlık verilmesi yararlı olmaktadır. Cinsel danışmanlık verebilmek için başta bireysel ve çift terapileri hakkında ayrıntılı eğitim alınmalıdır. Bu eğitimler kapsamında uygulamalı eğitim de olmalıdır (32). Dürüstlük, mahremiyet, gizlilik gibi konular ön planda tutulmalıdır. Danışanlar tarafından paylaşılan bilgiler duyarlılıkla dinlenmelidir. Danışan ile profesyonel bir boyutta görüşülmelidir. Çiftlere kimi zaman ev ödevleri verilebilir (33). Hemşirelerin bu süreçteki sorumlulukları, kadının cinsel gereksinimlerinin belirlenmesi, sorunları önlemeye yönelik girişimler planlama ve uygun yönde rehberlik yapmaktır. Kadına klinik değerlendirme öncesinde cinsel işlevlerine yönelik sorular sorma konuyu normalleştirerek kadını cinsel sorunlarını tartışma konusunda cesaretlendirir. Kadının cinsel yaşamının değerlendirildiği süreçte, cinsel ilişki sıklığı, cinsel istek boyutu, cinsel memnuniyet düzeyi, cinsel yönden endişeleri eşi ile samimiyeti ve iletişimi sorgulanmalıdır (34).

Hemşireler kadına yönelik cinsel sorunlarla baş etme teknikleri oluştururken cinsel sorunlar ve üremeye ilişkin kaygılar konusunda somut bilgi ve beceriye sahip olmalıdır. Hemşireler cinsel konularla ilgili kendi inanç ve tutumlarının farkında olmalı, inanç ve tutumlarının cinselliğin tartışılması ve yaklaşımların belirlenmesinde engel

oluşturmamasına dikkat etmelidir. Kadınlarla konuşurken etkin iletişim tekniklerinden yararlanmalı, kadın ile dostça ve destekleyici bir iletişim kurulmalıdır (35). Bunun yanında hemşireler kadınlara brakiterapinin cinsel işleve olan etkilerini anlatmalı, soruları yanıtlarken açık ve samimi olmalıdır. Kadının cinsel işlev ile ilgili endişelerini dinledikten sonra kadına endişe arttıkça cinsel olarak zevk alma ve arzunun azaldığı, endişeyi besleyen fikirlerin ortadan kaldırılması ve yalnızca cinsel birleşmeye yoğunlaşılması konusunda bilgi verilmelidir (36). Kadının cinsel fantezi kurması sağlanmalı, algılarının olumlu hale gelmesi için erotik düşünceleri ve fantezileri desteklenmelidir. Kadına, eşi ile evde beraber banyo yapmaları, aynı saatte yatağa girmeleri, beraber yemek yapmaları gibi, ilişkisini güçlendirecek ev ödevleri verilmelidir. Ayrıca cinsellik başlamadan önce, ön sevişmenin vajinal lubrikasyonu artırdığı, vajinal lubrikasyonun da cinsel ilişki sırasında ağrıyı azalttığı belirtilerek, ön sevişmenin uzun tutulmasının gerekli olduğu belirtilmelidir (37). Kadına mastürbasyonun cinsel hazzı artıran bir egzersiz olduğu, bu egzersizin vajinal lubrikasyonu artırdığı, çok sert olmadan yumuşak dairesel hareketlerle klitorise uygulanması gerektiği ve ilk aşamada kendisi tarafından yapılmasının faydalı olacağı belirtilmelidir. Bunun yanında dispareni azaltılması için penetrasyonun daha az yaşandığı cinsel pozisyonlar anlatılmalıdır (38). Ayrıca penetrasyon esnasındaki ağrıyı azaltmak için su bazlı vajinal kayganlaştırıcı kullanabileceği ifade edilmelidir. Kadına, cinsel birleşme esnasında Kegel egzersizinin kadının düşüncelerini dış dünyaya kapatıp yalnızca perine kaslarına odaklanmasını sağlayacağı, cinsel hazzı ve uyarılmayı artıracığı belirtilerek, Kegel egzersizleri öğretilmelidir (39-41).

### **Sonuç**

Cinsellik, çok boyutlu bir kavramdır ve jinekolojik kanser tanı ve tedavisi ile negatif yönde etkilenmektedir. Jinekolojik kanserin tedavi süreci içerisinde yer alan brakiterapi sonucunda vajina epitelinde elastikiyet kaybı, eritem, atrofi ve inflamasyon görülür. Işınlama sonucunda vajinada kuruluk ve daralma meydana gelir. Vajinadaki tüm bu değişimler sonucunda orgazm problemleri, elastikiyetin azalması ve dispareni sık görülmektedir. Jinekolojik kanser tedavisinin

yanısına kadın, kadınlık kimliğini, değerlerini, önceliklerini yeniden kazanma çabası içersindedir. Böyle bir süreçte, destek sistemleri ve danışmanlık hizmetleri kaygı ve endişeleri gidermede önemli rol oynamaktadır. Cinsel danışmanlık cinsellikle ilgili bilgi eksikliğinin giderilmesi, yanlış bilgilerin ve inançların düzeltilmesi, cinsel mitler hakkında bilgilendirme amacıyla danışanlara ya da çiftlere yardımcı olmaktadır. Cinsel danışmanlıkta amaç, cinsel açıdan kadının korku ve endişesini azaltmak, kadının duygusal ve cinsel tepkisini artırmak, kadının eşine karşı öfkesini azaltmak, yeni duygusal ve cinsel teknikler denemek, eşler arasında iletişimi artırmak, cinsel ilişki sırasında dikkati dağıtan düşüncelerin dışlanması sağlamak ve kadının orgazm olma hakkındaki önyargılarını azaltmaktır. Bu nedenle cinsel danışmanlık, kadınların cinsel sorunlarını çözüme kullanabilen, cinsel yaşamlarını özgürleştiren ve kadının yaşam kalitesini artıran sihirli bir anahtardır.

**İletişim:** Çiğdem Bilge

**E-posta:** cigdemaydinbilge@gmail.com

### Kaynaklar

1. Taylor TF. The origins of human sexual culture. *Journal of Psychology ve Human Sexuality* 2007; 18 (2):69 -105.
2. Bozdemir N ve Özcan S. Cinselliğe ve cinsel sağlığa genel bakış. *Turkish Journal of Family Medicine And Primary Care* 2011; 5(4):37-46.
3. Karakoyunlu FB ve Öncel S. Cinsel fonksiyon bozukluklarında kadına ait hemşirelik bakım süreci örneği. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2009; 12(3):82-92.
4. Vaz AF, Pinto-neto AM, Conde DM, Paiva LC, Morais SS, Pedro AO, ve ark. Quality of life and menopausal and sexual symptoms in gynecologic cancer survivors: a cohort study. *The Journal of The North American Menopause Society* 2011; 18(6):662-9.
5. Serçekuş P ve Türkcü SG. Jinekolojik kanserli hastalarda cinsellik. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi* 2015; 8(1):36-8.
6. Akkuzu G ve Ayhan A. Sexual functions of Turkish women with gynecologic cancer during the chemotherapy process. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention* 2013; 14(6):3561-4.
7. Gilbert E, Ussher JM ve Perz J. Sexuality after gynecologic cancer: a review of material, intrapsychic, and discursive aspects of treatment on women's sexual-wellbeing. *Maturitas* 2011; 70(1):42-57.
8. Hallaç S ve Öz F. Genital kanser tanı sürecinde varoluşsal kaygı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2011; 3(4):595-610.
9. Reis N, Beji NK, ve Coskun A. Quality of life and sexual functioning in gynecological cancer patients: results from quantitative and qualitative data. *European Journal of Oncology Nursing* 2010; 14 (2):137-46.
10. Abbott-Anderson K ve Kwekkeboom KL. A systematic review of sexual concerns reported by gynecological cancer survivors. *Gynecologic Oncology* 2012; 124(3): 477-89.
11. Pınar G, Algier L, Çolak M ve Ayhan A. Jinekolojik kanserli hastalarda yaşam kalitesi. *Uluslararası Hematoloji-Onkoloji Dergisi* 2008; 18(3):141-9.
12. Bilge Ç, Kaydırak M ve Aslan E. Jinekolojik Kanserlin Cinsel Yaşam Üzerindeki Etkileri. *SDÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 2016; 7(3):31-8.
13. Goulet D, Danilack V ve Matteson KA. Enhanced recovery pathways for improving outcomes after minimally invasive gynecologic oncology surgery. *Obstetrics ve Gynecology* 2017; 129(1):207-8.
14. Kızır A ve Güvenli ME. Radyoterapinin ilkeleri. In: Can G (ed). *Onkoloji Hemşireliği*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2014, 133- 145.
15. Şahin NH ve Bal MD. Üreme organ tümörleri. In: Beji NK (ed). *Kadın Sağlığı ve Hastalıkları*. 2nd edition. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2016, 204-219.
16. Small W Jr, Beriwal S, Demanes DJ, Dusenbery KE, Eifel P, Erickson B, ve ark. American Brachytherapy Society consensus guidelines for adjuvant vaginal cuff brachytherapy after hysterectomy. *Brachytherapy* 2012; 11:58-67.
17. Qian JM, Stahl JM, Young MR, Ratner E, Damast S. Impact of vaginal cylinder diameter on outcomes following brachytherapy for early stage endometrial cancer. *Journal of Gynecologic Oncology* 2017; 28(6):e84. doi: 10.3802/jgo.2017.28.e84.
18. Karaman Ş, Küçüçük S ve Oral EN. Radyoterapide tedavi planlaması. In: Can G (ed). *Onkoloji Hemşireliği*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2014, 147-153.
19. Kirchheiner K, Nout RA, Czajka-Pepl A, Ponocny-Seliger E, Sturdza AE, Dimopoulos, JC, Pötter R. Health related quality of life and patient reported symptoms before and during definitive radio (chemo) therapy using image-guided adaptive brachytherapy for locally advanced cervical cancer and early recovery—a mono-institutional prospective study. *Gynecologic oncology* 2015;136(3): 415-23.

20. Çakar B, Karaca B ve Uslu R. Sexual dysfunction in cancer patients: a review. *Journal of BUON* 2013; 18(4):818-23.
21. Dinçer MM ve Çolakerol A. İyatrojenik (medikal cerrahi ve radyoterapi sonrası) cinsel işlev bozuklukları ve cinsel rehabilitasyon. *Türkiye Klinikleri J Urology-Special Topics* 2015; 8(3):37-9.
22. Karabuga H, Gultekin M, Tulunay G, Yuçe K, Ayhan A, Yuçe D, Yıldız, F. Assessing the quality of life in patients with endometrial cancer treated with adjuvant radiotherapy. *International Journal of Gynecological Cancer* 2015; 25(8):1526-33.
23. Cleary V ve Hegarty J. Understanding sexuality in women with gynaecological cancer. *European Journal of Oncology Nursing* 2011; 15(1):38-45.
24. Cleary V, Hegarty J ve McCarthy G. Jinekolojik kanser teşhisi kadınların cinselliğini nasıl etkiliyor? *Follow Cancer Nursing Practice* 2013; 12(1): 32-7.
25. So WKW, Chui YY. Women's experience of internal radiation treatment for uterine cervical cancer. *Journal of Advanced Nursing* 2007; 60(2):154-61.
26. Bakker RM, Mens JW M, de Groot H. E, Tuijnman-Raasveld C, Braat C, Hompus C van Doorn HC. A nurse-led sexual rehabilitation intervention after radiotherapy for gynecological cancer. *Supportive Care in Cancer* 2017; 25(3):729-37
27. Miles T, ve Johnson N. Vaginal dilator therapy for women receiving pelvic radiotherapy. *Cochrane Database Syst Rev* 2014; 9.
28. Bitzer J, Platano G, Tschudin S, Alder J. Sexual counseling for women in the context of physical diseases: A teaching model for physicians. *The Journal of Sexual Medicine* 2011; 4(1):29-33.
29. Aydın S ve Beji NK. İnfertil çiftlerde cinsel fonksiyon ve infertilite danışmanının rolü. *Hemşirelikte eğitim ve Araştırma dergisi* 2013; 10(2):8-13.
30. Açıkgöz F. Cinsel sağlığa yönelik hemşirelik yaklaşım modelleri. *Androloji Bülteni* 2011; 47:305-7.
31. Gölbaşı Z, Tuğut N, Erenel AŞ, Eroğlu K. Jinekoloji polikliniğine başvuran evli kadınlarda cinsel işlev bozukluğu yaygınlığı ve ilişkili bazı faktörler. *Cumhuriyet Tıp Dergisi* 2013; 36:1-10.
32. Zamani M, Tavoli A, Yazd KB, Sedighimornani N, Zafar M. Sexual therapy for women with multiple sclerosis and its impact on quality of life. *Iran Journal of Psychiatry* 2017; 12(1):58-65.
33. Parsa P, Tabesh RA, Soltani F ve Karami M. Effect of group counseling on quality of life among postmenopausal women in Hamadan, Iran. *Journal of Menopausal Medicine* 2017; 23(1): 49-55.
34. Oskay Ü. Cinsellik ve üreme sorunları. In: Can G (ed). *Onkoloji Hemşireliği*, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2014, 497-515.
35. Malary M, Pourasghar M, Khani S, Moosazadeh M ve Hamzehgardeshi Z. Psychometric properties of the sexual interest and desire inventory-female for diagnosis of hypoactive sexual desire disorder: The Persian version. *Iranian Journal of Psychiatry* 2016; 11(4):262-8.
36. Weeks GR ve Hertlein KM. Hypoactive sexual desire disorder treatment. In: Hertlein KM Weeks GR ve Gambescia N (eds). *Systemic Sex Therapy*. New York: Routledge; 2015, 52-85.
37. Pyke R ve Clayton A. What sexual behaviors relate to decreased sexual desire in women? a review and proposal for end points in treatment trials for hypoactive sexual desire disorder. *Sexual Medicine* 2016; doi: 10.1016/j.esxm.2016.11.003.
38. Wylie KR ve Jones RH. Inhibited arousal in women. In: Hertlein KM Weeks GR ve Gambescia N (eds). *Systemic Sex Therapy*. New York: Routledge; 2015, 152-168.
39. McCabe M. Female orgasmic disorder. In: Hertlein KM Weeks GR ve Gambescia N (eds). *Systemic Sex Therapy*. New York: Routledge; 2015, 171-186.
40. Mitchell KR, Geary R, Graham CA, Datta J, Wellings K, Sonnenberg P ve ark. Painful sex (dyspareunia) in women: prevalence and associated factors in a British population probability survey. *BJOG: An International Journal of Obstetrics ve Gynaecology* 2017; doi: 10.1111/1471-0528.14518.
41. Nappi RE, Cucinella L, Martella S, Rossi M, Tiranini L ve Martini E. Female sexual dysfunction (FSD): Prevalence and impact on quality of life (QoL). *Maturitas* 2016; 94:87-91.