

JİNEKOLOJİK KANSERLERİN YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİLERİ

Araş.Görv. Nesrin REİS

İ.Ü. Florence Nigtingale Hemşirelik Yüksekokulu

ÖZET

Kanser tüm dünyada önemli bir sağlık problemidir. Serviks, endometrium gibi bazı jinekolojik kanserler, yüksek sağkalım oranına sahip hastalıklardır. Bununla birlikte jinekolojik kanserli hastaların yaşam kalitesi, hastalığın teşhisinden, bu teşhisin kişisel anlamından, hastalığın fiziksel etkilerinden, farklı tedavi şekillerinin kısa ve uzun süreli yan etkilerinden ve aile/toplumun tepkisinden etkilenir.

Sağlık bakım profesyonelleri, jinekolojik kanserli hastaların yaşam kalitesini yükseltmede önemli bir role sahiptir.

Anahtar Kelimeler: Jinekolojik kanserler, Yaşam kalitesi, Cinsellik, Sosyal destek, İyilik hali

SUMMARY

Effects on The Life Quality of Gynecologic Cancers:

Cancer remains a major health problem around the world. Some gynecologic cancers are common diseases with high survival rates, such as cancers of the cervix and endometrium. However, quality of life in the gynecologic cancer patient is affected by the diagnosis and its personal meaning, physical effects of the disease itself, the short- and long-term side effects of various treatment modalities, and the responses of family and society.

Healthcare professionals have a crucial role the improvement of the quality of life in the gynecologic cancer patient.

Key Words: Gynecolojik cancers, Quality of life, Sexuality, Social support, Well-being

GİRİŞ

Tıp alanındaki büyük ilerlemelere rağmen, günümüzde ‘Kanser’ kelimesi hala anksiyete ve korku gibi negatif duygular uyandıran korkutucu bir kavram olma özelliğini korumaktadır. Tedavi edilmeyen kanserli hastanın sağlığı ise sürekli bozularak, fonksiyon kaybına ve beraberinde pek çok rahatsızlığa neden olmaktadır. Bununla birlikte kanser tedavisi de kesin bir çözüm sağlayamamaktadır. Çünkü halen mevcut olan tedavi yöntemleri, bireyin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilecek pek çok yan etkilere sahiptir. Jinekolojik kanser hastalarında yaşam kalitesi, hastalığın teşhisinden, bu teşhisin kişisel anlamından, hastalığın fiziksel etkilerinden, farklı tedavi şekillerinden ve bu tedavilerin yakın/uzun dönemli yan etkilerinden, hastanın mental sağlığından, başa çıkma mekanizmalarından ve aile/toplumun tepkisinden büyük ölçüde etkilenir. Bireyde bu etkileri birbirinden tam olarak ayırmak güçtür (Anderson ve Lutgendorf 2000).

TANI VE TEDAVİ AŞAMASINDA YAŞANAN SORUNLAR

Kanser Tanısına Gösterilen Emosyonel Tepkiler: ‘Kanser’ hoş gitmeyen, korkutucu bir teşhis olduğu için her kadın böyle bir tanıdan korkar ve teşhise karşı şiddetli emosyonel tepki gösterir. Çünkü en profesyonel bir dille bile kanser teşhisinin söylenmesi, bu hastalar için bir travmadır. Onlar böyle bir durumda kendilerini, çaresiz ve yardımsız hissederler ve yoğun olarak kendilerine ‘neden ben?’ sorusunu sorarlar. Böyle bir dönemde iştahsızlık, uykusuzluk, aşırı sinirlilik-gerginlik ve günlük aktivitelere karşı ilgisizlik gibi, bireyin yaşamını olumsuz yönde etkileyen pek çok emosyonel sorun ortaya çıkar (Cain 1983, Hoskins 1997).

Kadının kansere karşı gösterdiği tepkinin en önemli belirleyicisi, hastalığın şiddeti ve tedavinin süresidir. Gösterilen tepki ise, yaşam döngüsü içerisinde hastanın yaşına ve yaşam evresine bağlı olarak değişiklik gösterir (Hoskins 1997, McCartney 1987). Örneğin, yetişkinliğe yeni adım atmış bir adolesan, eş seçiminde güvenini zedeleyen vücut imajı değişiklikleri ile mücadele etmek zorunda kalır. Yine kariyerinin başında olan genç bir kadın, tıbbi tedavi ve yan etkilerine bağlı nedenlerden dolayı sık sık eğitimi bölünmek zorunda kalır. Ortayaş grubu kadın ise, yaşamın ve olanaklarının sınırlılığının farkına varmıştır. Çocukları onun bakımına katkıda bulunabilecek yaşa gelmiştir. Ev ve ailesi dışındaki kariyeri ya da işi, öz saygısı için önemli bir

kaynak oluşturarak onu enerjik tutar. Yaşlı kadın kendini çoktan ölüme hazırlamıştır. Kansere teşhisi öncesi de, sağlığı ile ilgili kötü şeyler deneyimlemiş ve bağımsızlığını kaybetmiş olabilir.

Kadının fertilitate öyküsü ve fertilitateye karşı tutumu da jinekolojik kansere reaksiyonunu etkileyebilir. Eğer hiç çocuğu yoksa ve bir çocuk istiyorsa, kanser onun yalnızca yaşamını değil aynı zamanda anne olma yönündeki düşüncelerini de değiştirerek öz güvenini zedeleyecektir. Fakat doğurganlığını tamamlamış ve öz-güvenini koruyucu diğer kaynaklara sahip bir kadın, daha az dramatik kayıplar yaşayacaktır.

Uygulanan Tedavilerin Etkisi

Cerrahi tedavi: Jinekolojik kanserlerde uygulanan cerrahi teknikler, beraberinde fiziksel ve psikolojik sorunlar yaratan, organ kaybıyla sonuçlanır. Örneğin, Anderson ve Lutgendorf (1997) geçirilen histerektomi operasyonuna, menopoza, infertilite ve cinsel disfonksiyon gibi pek çok sorunun eşlik edeceğini belirtmektedir. Bu operasyonun emosyonel etkisi de, kadın yaşamını çok yönlü ve olumsuz bir şekilde etkilemektedir. Kadınlık kimliği ve beden imajı ile ilgili sorunlar, organ kaybı ve dış görüntüdeki değişiklikler nedeniyle oluşur. Geçirilen vulvektomi operasyonu, fiziksel deformiteye, cinsel yaşamda, idrar yapmada ve hatta oturmada pek çok fonksiyon kaybına neden olur. Bu konuda yapılan çalışmalar, bu hastaların zayıf beden imajına ve düşük yaşam kalitesine sahip olduklarını göstermektedir (Andersen 1989, Knapstein 1997).

Radyoterapi: Jinekolojik kanserlerin tedavisinde kullanılan radyoterapi, hastanın genel sağlık durumuna, kanserin türüne ve şiddetine göre, eksternal ve intrakaviter (Brakiterapi) olarak uygulanmaktadır. Her iki tedavi şekli de, vücut fonksiyonları üzerinde kısa ve uzun dönemli yan etkilere sahiptir. Tedavi sırasında oluşan, bulantı, kusma ve diyare gibi akut komplikasyonlar, abdominal ışınlamadan 2-6 saat sonra ortaya çıkar. Özellikle oluşan diyare, bireyin seyahat alışkanlıklarını etkileyerek, hareket özgürlüğünü kısıtlayabilir. Fieler (1997) araştırmasında, yüksek doz brakiterapi alan hastalarda yorgunluk, diare, sık idrara çıkma ve idrar yaparken yanma/sızı gibi üriner sistem sorunlarının yaygın olarak görüldüğünü saptamıştır. Uygulanan yüksek enerjili radyasyon, normal doku toleransını etkileyerek hipotansiyon, travma ve infeksiyon gibi bireyin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen pek çok soruna neden olmaktadır. Bu sorunların en önemlisi, over fonksiyonları ve cinsel yaşam üzerinde olur. Çünkü tedavi sırasında uygulanan 600-1000 cGy'lik bir radyasyon dozu, over fonksiyonlarını durdurur ve steriliteye neden olur.

Vajen epiteli üzerinde ise, genellikle eritem, enflamasyon, mukozal atrofi, elastikiyet kaybı ve vajinal dokunun ülserasyonu gibi yan etkilere yol açar (Anderson 1997, McCartney 1987).

Kemoterapi; Bireyin yaşamında kısa ve uzun dönemli olmak üzere, pek çok olumsuz yan etkilere neden olur. Kemoterapi uygulamaları sırasında yaygın olarak görülen, saç dökülmeleri, bulantı-kusmalar ve ağızda oluşan ülserasyonlar, hasta için rahatsız edici sorunlar arasında yer alır. Kemoterapi uygulamalarının diğer olumsuz etkilerinden biri, over fonksiyonları üzerinde olur ve bu etki ilerleyen yaşla birlikte artar. Örneğin, tedavide alkilleiyici ilaç kombinasyonlarının uygulanması ve bu uygulama sırasında, kadının 35-40 ve üzeri yaşta olması, tedavi bitiminde kadının menopoza girmesine ve infertil olmasına neden olur (Anderson ve Lutgendorf 1997).

YAŞAM KALİTESİNİ ETKİLEYEN UZUN DÖNEMLİ SORUNLAR

Jinekolojik kanserlerin tanı ve tedavi işlemleri süresince, hem onkoloji ekibi hem de hasta, yaşamın sürdürülmesi hedefine odaklanır. Oysa tedavileri sona erip günlük yaşam başladığında, jinekolojik kanserli kadınları bekleyen pek çok sorun bulunmaktadır. Bu sorunlar; eş ve aile ilişkilerinde bozukluklar, ölüm ve hastalığın yineleme korkusu, kendini algılama biçiminde değişiklikler, yalnızlık, uygulanan tedaviyle ilişkili erken menopoz, fertilitenin kaybı ve cinsel sorunlar şeklinde özetlenebilir (Anderson 2000, Mccartney 1987).

Kanserin Yinelemesi (Recurrence) ve Ölüm Korkusu: Kanserin tekrarlaması ve ölüm korkusu, kanserli bireylerin karşılaştıkları en önemli psikolojik sorunlardan biridir. Bu konuda yapılan çalışmalar, kanserlerin metastaz yapması ya da başka bir organda ikinci bir kanserin ortaya çıkmasının, kanser hastaları için en korkutucu sorun olduğunu belirtmektedir (Andersen 1995, Anderson 1997). Çünkü pek çok hasta, en başarılı tedavilerde bile hastalığın kontrolsüz olduğunu ve tekrarlama olasılığının var olduğunu bilmektedir. Bu belirsizlik noktasından bakıldığında, tedavi sonrası ilk 2 yıl ve daha sonraki dönemlerdeki yaşam süresinin ne kadar olabileceği belirsizdir. Bu süre içerisinde uygulanacak tedavilere ilişkin anksiyete, değişik şekillerde kendini göstermektedir. Örneğin, hasta bedenine karşı çok duyarlı hale gelmekte ve bedenindeki her hangi bir değişikliği, ağrıyı, sancıyı dikkatle incelemektedir. Bu aşırı fiziksel hassasiyet bir süre sonra hipokondriazise dönüşebilir.

Hastalığın tekrarlaması ya da yeni bir hastalığın ortaya çıkması, hasta üzerinde ilk teşhis zamanından daha büyük bir anksiyete yaratır. Böyle zamanlarda ölüme yönelik yoğun endişe/kaygı oluşur ve hastalar yeni tedavi imkanlarına yönelik umut ve korkuyu birarada hissederek yaşamını sürdürür (Andersen 1995, Hoskins 1997).

Aile, Arkadaş ve Bakım Verenlerle Olan İlişkilerde Değişiklikler:

Hastalık başarıyla tedavi edilip tedavinin sonuna gelindiğinde, tedavi ekibiyle olan ilişkilerde bir değişiklik olacaktır. Oysa hasta tedavi sırasında olduğu gibi, bu dönemde de onkoloji ekibiyle yakın iletişim içinde olmayı ve sık sık fiziksel kontrollerden geçip rahatlamayı istemektedir. Bu gruptaki hastalar genellikle, 'Eğer doktora gitmezsem kanserim geri gelecek' endişesini yaşamaktadır. Bu tür düşünceler aslında, hastanın metastaz, infertilite, seksüel bozukluk ve prematür menopoz gibi pek çok sorunla yaşamak zorunda kalacağı gerçeği ile ilgilendiğinin ilk göstergesidir. Böyle durumlarda, onkoloji hemşiresinin hasta ile iletişim kurması, sorunlarını paylaşması ve gerektiğinde sorun ve endişelerine yönelik randevular planlaması büyük önem taşır (Hoskins ve ark 1997).

Jinekolojik kanser tedavisi gören her kadın, genellikle kendini yalnız ve izole hisseder. Yaşadıklarını, duygularını ve yalnızlığını paylaşabileceği, jinekolojik kanserli kadınlar için oluşturulmuş destek grupları arayabilir. Ya da en azından kendisi gibi, kanserle yaşamını sürdüren genel gruplar bulmaya çalışır. Ne yazık ki çoğu zaman, boş ve çaresiz olarak geri dönmek zorunda kalır ve daha az destekle yaşamını sürdürmeye çalışır. Onkoloji profesyonellerinin buradaki rolü, tedavi sonrası yılların genelde güç, yalnızlığın yoğun hissedildiği günler olduğu konusunda hastayı anlamak ve onu anladığını hissettirmektir.

Kanserli kadınların eşlerini de etkileyen pek çok sorun bulunmaktadır. Pek çok erkek tedavi görmüş ya da tedavisi devam eden eşine, ilgi ve duygularını açıklama yolu bulamadığını belirtir. Böyle bir durumda bazı eşler tepkisiz kalıp, kendileri için kolay olmayan sessizliği sürdürmeye çalışırken, diğerleri eşlerindeki en ufak bir fiziksel soruna karşı çok büyük anksiyete gösterir. Kanser öncesi güçlü evlilikler özellikle böyle bir hastalıkla daha da güçlenir. Ne yazık ki yakın ilişkili gibi görünüp de temelde zayıf olan evlilikler, kanser deneyiminin kazazedeleri arasında yer alır ve kısa bir süre sonra ayrılıkla sonlanır. Bekar, boşanmış ve dul olan jinekolojik kanserli kadın için, yaşamını olumsuz yönde etkileyecek pek çok sorun ortaya çıkabilir. Çevresindeki



insanların ondan uzaklaştığını görmek, yaşadığı kayıplara ek kayıplar ekler. Böyle durumlarda aile, arkadaş desteği, terapi ya da destek grubu, bu güç geçitteki yolculukta yararlı olabilir (Andeson 1997, Hoskins ve ark 1997).

Fiziksel Değişiklikler: Tedavinin sonlanmasıyla cerrahi tedavi, radyasyon ve kemoterapinin vücutta yarattığı değişikliklere bağlı olarak oluşan yeni bir süreç başlar. Bu değişikliklerin bazıları geçici, bazıları ise kalıcıdır. Tedaviden sonraki ilk bir/iki yıl içerisinde görülen yorgunluk, günlük yaşamı etkileyen önemli bir sorundur. Yorgunluk uygulanan tedavilere, anemiye, sistemik bozukluklara, uykusuzluğa, hareketsizliğe, kronik ağrıya, anksiyete ve depresyon gibi psikososyal sorunlara bağlı olarak ortaya çıkar. Ameliyattan sonraki dönemde çoğu kadın, yorgunluğunu önlemek ve kendini daha rahat hissetmek için enerjisini korumak ve bu amaçla da uzun süreli aktivitelerini sınırlandırmak zorunda kalır. Tedavi sonrası ortaya çıkan sık idrara çıkma, kişiyi tüm gece uyanık tutarak uykusuzluğa neden olan diğer önemli bir sorundur. Kolostomili kadınlar ise, kıyafetlerinin altındaki kolostominin açılacağına yönelik korku/endişeyi ve aynı zamanda cinsel yaşamla ilgili yoğun anksiyeteyi birarada yaşarlar. (Hoskins 1997, McCartney 1987).

Menopoz: Jinekolojik kanser tedavisinin en büyük olumsuz etkisi, over fonksiyonları üzerinde olur. Ovaryumların kaybı ve yetersizliği, tedavinin neden olduğu sorunlar arasında yer alır. Tedaviden sonraki hafta ve aylarda menopoza girmiş kadın, östrojen yetmezliğine bağlı ilk fiziksel semptomları ve daha sonra da psikolojik sıkıntıları deneyimlemeye başlar. Özellikle genç hastalar için menopoz deneyimi çok özel anlamlar ifade eder. Bu gruptaki hastalar, infertilite gibi üreme yeteneği kaybından, ateş basması, deri değişiklikleri, vaginal kuruluk, osteoporoz ve kardiyak risk faktörlerine kadar uzanan önemli sağlık sorunları ile karşı karşıya kalırlar. Menopozun genç hastalar üzerinde çok fazla stres yaratmasının nedeni, bu hastaların menopoz deneyimiyle birlikte fiziksel gençlik ve güzelliklerini kaybedecekleri endişesinden kaynaklanmaktadır. Bu nedenle, menopoz deneyimleyen ve aniden orta yaşlılığa giren bu genç hastalar, özel tıbbi yardıma gereksinim duyarlar. Onkoloji profesyonelleri, acı ve ızdırap veren tedavinin yan etkileriyle mücadelede, onları yalnız bırakmamalıdır. (Anderson 1997, Hoskins 1997, Wilmoth 1999).

İnfertilite Sorunları: Jinekolojik kanserlerin tedavisindeki değişiklikler ve infertilitenin tedavisindeki teknolojik gelişmeler, kanserli kadınlarda infertilitenin korunması ile ilgili yeni bir konuyu gündeme getirmiş ve ilgilerin

bu nokta üzerinde toplanmasına neden olmuştur. Bu durum da beraberinde, kanserin türü ve hastanın medeni durumu ne olusa olsun, teşhisten sonra tedaviden önceki günlerde fertilitenin en iyi şekilde korunabilmesi için, onkoloji ekibine yeni sorumluluklar vermiştir (Andersen 1993).

Tedavi bittikten sonraki iyileşme yıllarında, genç kadınlar kalan üreme kapasitelerini bir aile oluşturmada kullanabilirler. Tedavi sırasında overleri zarar görmemişse, ovumlarından faydalanmayı düşünülebilir. Ya da overleri zarar görmüş, uterusu zarar görmemişse, donör yumurtaları kullanılarak, gebe kalması ve bu gebeliği taşıması sağlanabilir. Az da olsa, over fonksiyonlarına sahipse ve uterusu zarar görmemişse, ovülasyonun yeniden başlayabileceğini görmek için, ovaryal fonksiyonlar dikkatlice monitorize edilebilir. Böyle bir işlem genelde, fertilitite uzmanı, jinekolojik onkolojist ve jinekoloğun düzenli konsültasyonları ile yürütülebilir (Andersen 1995, Hoskins 1997, Lamb 1998).

Cinsel Sorunlar: Jinekolojik kanserlerin cinsel sağlık üzerindeki olumsuz etkilerinden biri, cinsel fonksiyonlar üzerine olur (Wilmoth 1999). Arzu/İstek kaybı, bireylerde yaygın görülen ve tanılanması oldukça zor bir problemdir. Diğer yaygın sorunlardan biri ise, disparonidir (Paavonen 1999, Wilmoth 2000). Mümkün olan en kısa sürede disparonyanın tanılanması ve tedavi edilmesi gerekir. Çünkü ağrılı cinsel ilişki bir süre sonra kadının cinsel ilişkiden çekinmesine ve uzaklaşmasına neden olur. Böyle durumlarda jinekolojik inceleme, cinsel danışmanlık, vaginal nemlendirici ve kayganlaştırıcı kullanımı, kadın ve partnerinin stresini büyük ölçüde azaltabilir. Ayrıca hastaya daha az ağrı hissedeceği pozisyon ve yöntemleri önermek faydalı olabilir. Oluşan ağrı nedeni tedavi edilinceye kadar, cinsel ilişkide alternatif yöntem kullanma konusunda çiftler cesaretlendirilebilir. Vaginal dilatör kullanımı ya da dereceli olarak dilatör çapının arttırılması çok faydalı olabilir. Vajinal dilatör, en az iki yıl süre ile haftada 2-3 kez uygulanmalıdır (Bruner 1998, Paavonen 1999, Wilmoth 2000).

YAŞAM KALİTESİNİN YÜKSELTİLMESİNDE HEMŞİRENİN ROLÜ

Jinekolojik kanserlerin tanı ve tedavisindeki gelişmeler, bu gruptaki hastaların yaşam süresini uzatarak kaliteli yaşam beklentisini arttırmıştır. Bu bakış, hastaya verilen bakım ve desteğin boyutunu değiştirerek, hemşirenin görev ve sorumluluklarında olumlu değişikliklere yol açmıştır. Günümüzde

kanserli hastaya yaklaşım, sağlıklı yaşam alışkanlıkları edindirme, risk tanılama ve gereken önlemleri alma gibi, erken tanının önemini kavramadan başlayarak hastalığı kabullenme, öz-bakım gücünü geliştirerek kronik hastalıklarda olduğu gibi, onunla yaşamını sürdürme becerisi geliştirme ve yaşamın son döneminde, terminal hasta bakımına kadar uzanan çok geniş bir yelpaze içinde ele alınmaktadır. Bu bakış, kanser yönetiminde sağlık profesyonellerine çeşitli hizmet alanlarında farklı sorumluluklar getirmektedir. Bu bağlamda hemşireler, hastalığın tedavisi, rehabilitasyonu, hastalıkla birlikte yaşamın sürdürülmesi ve terminal dönem bakımı olmak üzere hastalığın tüm evrelerinde en yüksek kalitede bakım vermek ve hastalarının yaşam kalitelerini yükseltmekle sorumlu sağlık profesyonelleridir (Anderson 1997, Hoskins 1997).

KAYNAKLAR

- 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.
- Andersen BL, Anderson B (1989). Controlled prospective longitudinal study of women with cancer: (II. Psychological outcomes.). *Consult Clin Psychol*, 57: 692-697.
- Anderson B, Lutgendorf S (2000). Quality of life as an outcome measure in gynecologic malignancies. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, 12: 21-26.
- Anderson B, Lutgendorf S (1997). Quality of life in gynecologic cancer survivors. *Ca Cancer J Clin*, 47: 218-225.
- 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.
- Cain EN, Kohorn EL, Ouuinland DM, et al (1983). Psychosocial reactions to the diagnosis of gynecologic cancer. *Obstet Gynecol*, 62: 635.
- Fieler VK (1997). Side effects and quality of life in patients receiving high-dose rate brachytherapy. *Oncology Nursing Forum*, 24 (3): 1412-1423.
- Hoskins NS, Perez CA, Young RC (1997). *Principles and Practice of Gynecologic Oncology*. 2 .ed. Lippincott-Raven Publishers, Philadelphia.
- Knapstein SH, Schönefub G, Hoffmann SO (1997). Pelvik exenteration: effects of surgery on quality of life and body image. A prospective longitudinal study. *Gynecologic Oncology*, 66: 495-500.
- Lamb MA (1998). Effects of cancer on the sexuality and fertility of women. *Seminars in Oncology Nursing*, 1 (2): 120-127.
- McCartney CF, Larson DB (1987). Quality of life in patients with gynecologic cancer. *Cancer*, 60: 2129-2136.

- Paavonen J (1999). Sexual dysfunction associated with threatment of cervical cancer. *Sexually Transmitted Infections*, 75 (6): 375-379.
- Wilmoth MC, Botchway P (2000). Psychosexual implications of breast and gynecologic cancer. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, 17 (8): 631-636.
- Wilmoth MC, Spinelli A (2000). Sexual implications of gynecologic cancer treatments. *JOGNN*, 29 (4): 413-421.

