T.C
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
EBELİK ANABİLİM DALI

KEMOTERAPİ UYGULANAN JİNEKOLOJİK KANSERLİ KADINLARA VERİLEN CİNSEL EĞİTİMİN YAŞAM KALİTESİ VE CİNSEL YAŞAM ÜZERİNE ETKİSİNİN BELİRLENMESİ

Şule TUNUĞ

EBELİKTEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMANI
Prof. Dr. Şule GÖKYILDIZ SÜRÜCÜ

ADANA – 2022

T.C
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
EBELİK ANABİLİM DALI

KEMOTERAPİ UYGULANAN JİNEKOLOJİK KANSERLİ KADINLARA VERİLEN CİNSEL EĞİTİMİN YAŞAM KALİTESİ VE CİNSEL YAŞAM ÜZERİNE ETKİSİNİN BELİRLENMESİ

Şule TUNUĞ

EBELİKTEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMANI
Prof. Dr. Şule GÖKYILDIZ SÜRÜCÜ

Bu Tez Çalışması, Çukurova Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Tarafından TYL-2020-12965 Proje Numarası İle Desteklenmiştir.

ADANA – 2022

KABUL ve ONAY

Ebelik Anabilim Dalı

Ebelik Yüksek Lisans Programı Çerçevesinde yürütülmüş olan

"Kemoterapi Uygulanan Jinekolojik Kanserli Kadınlara Verilen Cinsel Eğitimin Yaşam Kalitesi ve Cinsel Yaşam Üzerine Etkisinin Belirlenmesi"

adlı çalışma, aşağıdaki jüri tarafından **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Tarihi: 23 / 03 / 2022

TEZ SINAV JÜRİSİ

Üniversitesi
Başkan

Üniversitesi
Üye

Üniversitesi
Üye

Dr.
Üniversitesi
Üye

Dr.
Üniversitesi
Üye

Yukarıdaki Tez, Yönetim Kurulunun / / tarih ve sayılı kararı ile kabul ecilmiştir.

Prof.Dr. Behice DURGUN
Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürü

ETİK BEYAN

T.C. ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
YÜKSEK LİSANS / DOKTORA TEZ ÇALIŞMASI

Çukurova Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesini okuduğumu ve anladığımı ve Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmasında;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmasında yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde ve ortaya çıkan sonuçlarda herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Tez olarak sunduğum bu çalışmanın özgün olduğunu,

bildirir, aksi bir durumda bu konuda hakkımda yapılacak tüm yasal işlemleri ve aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim. ...../……./20….

İMZA
Şule TUNUĞ

Kayıtlı olunan Program : Ebelik ABD-Tezli Yüksek Lisans
Tezin Konusu : Kemoterapi Uygulanan Jinekolojik Kanserli Kadınlara Verilen Cinsel Eğitimin Yaşam Kalitesi Ve Cinsel Yaşam Üzerine Etkisinin Belirlenmesi
Tezin Türü : Yüksek Lisans : [X] Doktora: [ ]

Danışmanın Adı-Soyadı : Prof. Dr. Şule GÖKYILDIZ SÜRÜCÜ
Danışmanın İletişim Bilgileri Ç:Ü Sağlık Bilimleri Fakültesi
Telefon :
E-Posta :

Öğrencinin İletişim Bilgileri
Telefon :
E-Posta :
Adresi : Ç.Ü. Sağlık Bilimleri fakültesi

**Bu belgenin Lisansüstü eğitim tezleri savunmaya alınmadan önce öğrenci tarafından doldurulup imzalanarak Enstitü Müdürlüğüne teslim edilmesi gerekmektedir.*

TEŞEKKÜR

Lisansüstü eğitimim boyunca ve tez dönemimin her aşamasında bilgi ve tecrübeleriyle bana yol gösteren, sabır ve özveri ile ilgilenen, kendisiyle tanışma ve birlikte çalışma fırsatı elde ettiğim ve öğrencisi olduğum için bana kendimi şanslı hissettiren saygıdeğer hocam sayın Prof. Dr. Şule GÖKYILDIZ SÜRÜCÜ'ye sonsuz şükranlarımı sunarım.

Bu dünyadaki en kıymetli varlıklarım olan sevgili kızlarım İdil TUNUĞ ve Nil Azra TUNUĞ'a bana anneliğin mucizevi sevgisini tattırdıkları için çok teşekkür ederim.

Her zaman iyi bir hayat arkadaşı ve kızlarıma mükemmel bir baba olan, iş ve eğitim hayatım boyunca beni destekleyen, anlayış gösteren sevgili eşim Murat TUNUĞ'a, bugünlere gelmemi sağlayan canım annem Zübeyde DİNÇER, babam Ömer DİNÇER'e ve elimi hiç bırakmayan kıymetli ablalarım Eşe KARACA ve Havva TUNUĞ'a, dostluğunu esirgemeyen manevi kardeşlerim Melike IŞIK, Ömer KARACA ve Ömer ERDAĞ'a sonsuz teşekkürler. Size sahip olduğum için çok şanslıyım.

Lisansüstü eğitimime katkıda bulunan bütün hocalarıma, tez çalışmasının kabul edilmesinde ve yürütülmesinde katkı sağlayan, bana güvenini ve desteğini her zaman hissettiren, çalışmaları ve başarılarıyla bana örnek olan, beraber çalışmaktan mutluluk ve gurur duyduğum, Prof. Dr. Mehmet Ali VARDAR' a, Prof. Dr. Ahmet Barış GÜZEL'e, Prof. Dr. Ümran KÜÇÜKGÖZ GÜLEÇ'e, Doç. Dr. Ghanim KHATİP'e teşekkür ederim.

Tanıdığım andan itibaren hayran olduğum, sayesinde onkolojiye daha farklı bakmamı sağlayan sevgi ve saygımın sonsuz olduğu Prof.Dr. Semra PAYDAŞ'a teşekkür ederim.

Yüksek lisans eğitimine beraber başladığım, öğrenim hayatım ve sosyal hayatımda beni destekleyen, yardımlarını hiçbir zaman esirgemeyen, yüce gönüllü ve birkaç satırla anlatamayacağım kadar özel ve kıymetli arkadaşlarım Öğr. Gör. Ayseren ÇEVİK, Özlem YALÇINKAYA ve Saadet Nazlı KUBİLAY'a, Hatice AKBULUT'a sonsuz teşekkür ederim.

Mesleki ve eğitim hayatımda bana her türlü desteği sağlayan, benim için bir sorumlu hemşireden çok daha fazlası olan Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Kadın Doğum-2 servisi sorumlu

hemşiresi Melek TEMİZ' e, deneyimlerini benimle paylaşıp beni destekleyen ekip arkadaşım kemoterapi hemşiresi, Arzu YİĞİT ve serviste çalışan birbirinden kıymetli hemşire arkadaşlarıma sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Ayrıca çalışmama katılmayı kabul eden bütün kadınlara ve tez giderlerimin karşılanmasına olanak sağlayan Ç.Ü. BAP birimine teşekkür ederim.

Şule TUNUĞ

İÇİNDEKİLER

KABUL ve ONAY ... ii
ETİK BEYAN ... iii
TEŞEKKÜR ... iv
İÇİNDEKİLER ... vi
ŞEKİLLER DİZİNİ ... ix
TABLOLAR DİZİNİ ... x
SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ ... xi
ÖZET ... xii
ABSTRACT ... xiii
1. GİRİŞ ... 1
2.GENEL BİLGİLER ... 4
2.1.Over Kanseri ... 4
2.1.1.Risk Faktörleri ... 4
2.1.2.Tanı Yöntemleri ve Belirtileri ... 5
2.1.3.Önleme ve Korunma Yöntemleri ... 5
2.1.4.Tedavi Yöntemleri ... 6
2.1.5. Bakımı ... 6
2.2. Endometrium Kanseri ... 6
2.2.1. Risk Faktörleri ... 7
2.2.2.Tanı Yöntemleri ve Belirtileri ... 7
2.2.3. Önleme ve Korunma Yöntemleri ... 8
2.2.4. Tedavi Yöntemleri ... 8
2.2.5. Bakım ... 8
2.3. Serviks Kanseri ... 9
2.3.1. Risk Faktörleri; ... 9
2.3.2. Tanı Yöntemleri ve Belirtileri ... 9
2.3.3. Önleme ve Korunma Yöntemleri ... 10
2.3.4. Tedavi Yöntemleri ... 11
2.3.5. Bakım ... 11
2.4. Vajina ve Vulva Kanseri ... 12

2.4.1. Risk Faktörleri 12
2.4.2. Tanı Yöntemleri ve Belirtileri 12
2.4.3. Önleme ve Korunma Yöntemleri 13
2.4.4. Tedavi Yöntemleri 13
2.4.5. Bakım 13
2.5. Tuba Kanseri 14
2.5.1. Risk Faktörleri 14
2.5.2. Tanı Yöntemleri ve Belirtileri 14
2.6. Jinekolojik Kanserli Bireylerde Kemoterapi Süreci 14
2.6.1. Jinekolojik Onkolojide Kemoterapinin Klinik Kullanımı 15
2.6.2. Jinekolojik Onkolojide Kullanılan Kemoterapötik Ajanlar ve Genel Yan Etkileri 15
2.6.3.Jinekolojik Kanser ve Kemoterapinin Bireylerin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi 17
2.7. Jinekolojik Kanserli Kadınlarda Cinsellik ve Cinsel Yaşam 18
2.7.1. Jinekolojik Kanser Tedavilerinin Kadının Cinsel Yaşamına Etkisi 18
2.7.1.1. Cerrahi Tedavinin Kadının Cinsel Yaşamına Etkisi 18
2.7.1.2. Kemoterapinin Kadının Cinsel Yaşamına Etkisi 19
2.7.1.3. Radyoterapinin Kadının Cinsel Yaşamına Etkisi 20
2.8. Jinekolojik Kanser Hastalarında Cinsel Eğitim 22
3. GEREÇ ve YÖNTEM 25
3.1. Araştırmanın Tipi ve Amacı 25
3.2. Araştırmanın Hipotezleri 25
3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman 25
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi 26
3.5. Veri Toplama Araçları 27
3.5.1. Kişisel Bilgi Formu (EK-1) 28
3.5.2. Kanser Hastalarında Yaşam Kalitesi Ölçeği (EK-2) 28
3.5.3. Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi (EK-3) 29
3.6. Verilerin Toplanması 30
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi 33
3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri 33

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları 34
4.BULGULAR 35
5. TARTIŞMA 44
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 48
KAYNAKLAR 49
EKLER 55
EK-1 Kişisel Bilgi Formu 55
EK-2 Kanser Hastalarında Yaşam Kalitesi Ölçeği 57
EK-3 Kadın Cinsel Fonksiyon Ölçeği 63
Ek-4 Jinekolojik Kanser Tedavisi Gören Kadınlara Yönelik Cinsel Yaşam Eğitim Kitapçığı 67
Ek-5 Etik Kurul Kabul Onayı 71
Ek-6 Araştırmanın Yürütüldüğü Kurumun Resmi İzin Yazısı 72
Ek-7. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu 73
ÖZGEÇMİŞ 74

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No: **Sayfa No:**

Şekil 1. Jinekolojik Kanserlerde Tedavi Süreci ve Sonrasında Meydana Gelen Cinselliği Etkileyen Faktörler....21
Şekil 2. Katılımcı Akış Şeması....27
Şekil 3. KCFİ Alt Boyut Maddeleri ve Puanlaması....30
Şekil 4. Araştırma akış şeması....32

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo No: **Sayfa No:**

Tablo 1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerin İlişkin Bulgular....35

Tablo 2. Deney ve Kontrol Grubundaki Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikler Açısından Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular....36

Tablo 3. Katılımcıların Hastalık Tanı ve Tedavilerine İlişkin Bulgular....37

Tablo 4. Katılımcıların Cinsel Yaşantıları ilgili Soruları Sorup Sormama Oranları, Sormama Nedenleri ve Bilgi Kaynaklarına İlişkin Bulgular....38

Tablo5. Katılımcıların Kanser Hastalarında Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular....39

Tablo 6. Deney Grubunda Eğitim Öncesi ve Sonrasında Cinsel Disfonksiyon Oranları....40

Tablo 7. Katılımcıların KCFİ Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular....41

Tablo 8. Deney Grubundaki Katılımcıların Eğitim Öncesi ve Sonrasında Kanser Hastalarında Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular....42

Tablo 9. Deney Grubundaki Katılımcıların Eğitim Öncesi ve Sonrasında KCFI Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular....43

SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ

ABD : Amerika Birleşik Devletleri
BRCA : Breast Cancer Geni
BSO : Bilateral Salpingooferektomi
BT : Bilgisayarlı Tomografi
CA-12 : Kanser Antijeni 125
CA19-9 : Kanser Antijen 19-9
CEA : Karsinoembriyonik Antijen
CIN : Cervical Intraepithelial Neoplasia/ Servikal İntraepitelyal Neoplazi
DNA : Deoksiribo Nükleik Asit
DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü
FDA : U. S. FoodandDrug Administration
FSH : Folikül Stimüle Edici Faktör
GLOBOCAN : Global Burden of Cancer Study
HPV : Human Pappiloma Virüs
KCFI : Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi
KKVM : Kendi Kendine Vulva Muayenesi
LH : Luteinize EdiciFaktör
MR : Manyetik Rezonans
PET-CT : Pozitron Emisyon Tomografisi ve Bilgisayarlı Tomografisi
PLISSIT : Permission, Limited Information, Special Suggestions, Intensive Therapy
RUM : Roy Uyum Modeli
OVA : Over Kanser Testi
TAH : Total Abdominal Histerektomi
VAS : Visual Analog Skala

ÖZET

Kemoterapi Uygulanan Jinekolojik Kanserli Kadınlara Verilen Cinsel Eğitimin Yaşam Kalitesi Ve Cinsel Yaşam Üzerine Etkisinin Belirlenmesi

Randomize kontrollü deneysel nitelikte olan araştırma ile kemoterapi uygulanan jinekolojik kanserli kadınlara verilen cinsel eğitimin yaşam kalitesi ve cinsel yaşam üzerine etkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Araştırma, Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Jinekoloji Kliniği'nde yürütülmüştür. Grupların örneklem sayısını belirleyebilmek için literatür doğrultusunda jinekolojik kanserli kadınlarda cinsel işlev bozukluğu göz önünde bulundurularak güç analizi uygulanmış 30 deney, 30 kontrol olmak üzere 60 katılımcı çalışmaya dahil edilmiştir. Araştırmada veriler, Kişisel Bilgi Formu, Kanser Hastalarında Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Kadın Cinsel Fonksiyon Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Verilerin analizleri SPPS 25 programı aracılığı ile gerçekleştirilmiştir. Araştırmada literatür bilgileri doğrultusunda eğitim kitapçığı hazırlanmış ve eğitim sırasında kullanılmıştır. Deney grubundaki katılımcılara 3. kemoterapi küründen başlayarak toplam 4 kez cinsel eğitim verilmiş, kontrol grubundaki katılımcılara standart klinik bakım uygulanmıştır.

Deney ve kontrol grubundaki katılımcılar sosyo-demografik özellikler açısından benzerdir. Kontrol grubundaki katılımcıların eğitim öncesi yaşam kalitesi ölçeği sosyal iyilik hali, manevi iyilik hali, psikolojik iyilik hali ve toplam puan ortalamalarının anlamlı olarak deney grubuna kıyasla daha yüksek iken yapılan eğitim sonrasında deney grubundaki katılımcıların manevi iyilik hali düzeyi kontrol grubuna kıyasla anlamlı olarak daha yüksek belirlenmiştir. Deney ve kontrol grubundaki katılımcıların KCFİ toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasında eğitim öncesinde fark yokken yapılan eğitim sonrasında bütün değişkenlere ilişkin ortalamaların deney grubunda anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmüştür. Deney grubundaki kadınların % 86.7'sinin (n=26) eğitim öncesinde cinsel disfonksiyonları varken yapılan eğitim sonrası bu oran % 26.7 (n=8) olarak belirlenmiştir. Eğitim sonrasında deney grubundaki katılımcıların cinsel fonksiyonları iyileşmiştir.

<u>Anahtar Kelimeler:</u> Cinsel yaşam, cinsel eğitim, yaşam kalitesi, jinekolojik kanserler, ebelik

ABSTRACT

Determination of the Effect of Sex Education Given to Women with Gynecological Cancer Treated with Chemotherapy on Quality of Life and Sexual Life

The aim of this randomized controlled experimental study was to determine the effect of sex education given to women with gynecological cancer who underwent chemotherapy on quality of life and sexual life.

The research was carried out at Çukurova University Balcalı Hospital Health Practice and Research Center, Gynecology and Obstetrics Department, Gynecology Clinic. In order to determine the sample size of the groups, in line with the literature, power analysis was applied considering the sexual dysfunction in women with gynecological cancer, and 60 participants, 30 of which were experimental and 30 control, were included in the study. In the study, data were collected using the Personal Information Form, the Quality of Life in Cancer Patients Scale and the Female Sexual Function Scale. The analysis of the data was carried out using the SPPS 25 program. In the research, a training booklet was prepared in line with the literature information and used during the training. The participants in the experimental group were given a total of 4 sexual education, starting with the 3rd chemotherapy course, and standard clinical care was applied to the participants in the control group.

Participants in the experimental and control groups were similar in terms of socio-demographic characteristics. While the pre-training quality of life scale mean scores of the participants in the control group were significantly higher than the experimental group, after the training, the spiritual well-being level of the participants in the experimental group was found to be significantly higher than the control group. While there was no difference between the total and sub-dimension mean scores of the participants in the experimental and control groups before the training, it was observed that the averages of all variables were significantly higher in the experimental group after the training. While 86.7% (n=26) of the women in the experimental group had sexual dysfunction before the training, this rate was determined as 26.7% (n=8) after the training. After the training, the sexual functions of the participants in the experimental group improved.

Keywords: **Sex life, sex education, quality of life, gynecological cancers, midwifery**

1.GİRİŞ

Kanser, kontrolsüz büyüme ve anormal hücre yayılımı özelliği gösteren bir hastalık olup tüm dünyada ve ülkemizde en önemli sağlık sorunlarından birini oluşturmaktadır. Kanserin tanı ve tedavisinde olumlu aşamalar kaydedilmekle birlikte genellikle ölüm ile sonuçlanmaktadır. Kanser her yaş grubunda ve cinsiyette gelişebilmektedir (1).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), dünya genelinde yaygın olarak görülen dört kronik hastalığı bulaşıcı olmayan hastalıklar başlığı altında toplamıştır. Kanser bu dört temel hastalıktan birini oluşturmaktadır. Bu hastalıklar içerisinde kanser, ölüm nedenleri arasında %27'lik oran ile kardiyovasküler hastalıklardan sonra 2.sırayı almaktadır. Mortalite ve morbiditesi bu kadar yüksek olan kanser hastalığının oluşmasında birçok faktör etkili olmakla birlikte sigara, sağlıksız beslenme, yetersiz fiziksel aktivite ve aşırı alkol tüketimi üzerinde önemle durulmaktadır (2).

Dünya'da 185 ülkenin kanser istatistiklerinin değerlendirildiği Burden of Cancer Study (GLOBOCAN) 2020 verilerine göre; 2040 yılına kadar kanser vakalarında %47 artış olacağı ve bu artışın %95'inin düşük insani gelişme indeksi olan ülkelerde görüleceği bildirilmektedir. Yine GLOBOCAN 2020 verilerine göre kadınlar arasında en sık görülen on kanser türü içinde; serviks kanseri 4. (100.000' de 13,3), uterus korpusu 6. (100.000'de 8.7), over kanseri ise 8. sırada yer almaktadır. (100.000 de 6,6). Kadınlar arasında görülen kanserlerde mortalite oranları serviks kanseri, meme ve akciğerden sonra 3. sırada (100.000 de 7.3) yer alırken; uterus korpusu 100.000 de 1,8 ve over kanseri 100.000 de 4.2 olarak görülmektedir. Ülkemizde ise tüm yaşlardaki kadınlarda en sık görülen on kanser türü içinde jinekolojik kanserlerden korpus uteri 5., over kanseri ise 7. sırada yer almaktadır (3).

Jinekolojik kanser tanısı alan kadınlarda kanser; tıbbi-fiziksel bir hastalık olmasının yanında, bir yıkım olarak algılanabilmekte, ruhsal ve psikososyal açıdan birçok sorunu içinde barındırabilmektedir (4). Jinekolojik kanserlerde uygulanan cerrahi, radyoterapi ve kemoterapi gibi tedaviler sonucunda ortaya çıkan sorunlar, kadının fiziksel, psikolojik ve cinsel sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir. Bunun yanı sıra jinekolojik kanserlerin tedavisinde uygulanan cerrahi girişimlerden sonra

kadınlar; kendilerini cinsel eş olarak çekici bulmamakta ve doğurganlıklarını kaybettikleri için kadınlıklarını da kaybettiklerini düşünmektedirler (5).

Jinekolojik kanser hastalarında 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 (6).

Jinekolojik kanser hastalarında 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 (6). Kanser tedavisinde sıklıkla kullanılan ve hastaların tedavisinde çok önemli rol oynadığı kabul edilen kemoterapi; başarılı bir tedavi iken bir yandan da hastaların yaşam kalitesini ve yaşamsal fonksiyonlarını olumsuz yönde etkileyen birçok yan etki meydana getirebilmektedir (7). Kemoterapik ajanlar hücre bölünmesi üzerine etkilidir. Bu yüzden kemik ve bağırsak hücreleri, saç folikülü gibi hızlı bölünen hücreler kemoterapiden büyük ölçüde etkilenmektedir (8). Kemoterapiye bağlı üreme ve cinsel disfonksiyon, tedavide kullanılan ilaca, tedavinin süresine, dozuna ve bireyin yaşına bağlıdır. Kullanılan kombine kemoterapik ajanlar ve onların yan etkileri infertilite ve cinsel disfonksiyon üzerinde önemli rol oynamaktadır. Kemoterapik ajanlardan alkalleyici ajanlar, over fonksiyonları üzerinde önemli etkiler yaratmaktadır. Kemoterapi, kadınlarda hormonal değişikliklere neden olarak, ovarian fibrozise ve folikül yıkımına yol açar. Folikül Stimüle Edici Faktör (FSH) ve Luteinize Edici Faktör (LH) seviyeleri yükselirken, östrojen seviyesi düşer ve böylece amenore, menopozal semptomlar, disparoni, vajinal atrofi ve kuruluk meydana gelir (9). Kemoterapi tedavisi gören hastalarda cinsel istek azlığı (10,3,11), cinsel doyum (10), uyarılma bozuklukları, ıslanma problemleri ve orgazm olamama (3,11,12,13) gibi problemlerin görüldüğü belirtilmektedir.

Literatürde jinekolojik kanserli hastaların cinsel eğitim gereksinimlerinin arttığı ve kemoterapinin hastaların yaşam kalitesi ve cinsel yaşamlarını olumsuz etkilediği belirtilmiştir. Temiz'in (2016) kemoterapi uygulanan onkoloji hastalarında yaşam kalitesi ve sağlık bakım gereksinimlerini değerlendirmek amacıyla yaptığı çalışmada bireylerin cinsellikle ilgili sorunları arttıkça yaşam kalitelerinin azaldığı saptanmıştır

(14). Açıkgöz'ün 2007 de yaptığı çalışmada halsizliği olan onkoloji hastalarının cinsel doyumlarında %89 oranında azalma olduğu (10); Çavdar da 2006'da tedavi süresince yorgunluk yaşayan bireylerin cinsel isteklerinin ve cinsel aktivite sıklığının azaldığını bildirmiştir (15). Özkan ve Çınar'ın ise 2009'daki araştırmasında ise onkoloji hastalarının tedavi süresince kendilerini güçsüz hissetmesinin kaliteli cinsel aktivite için yeterli enerjisinin olmamasının hastaların cinsel yaşamlarını etkileyebileceği görülmüştür. (16).

Bu çalışma ile kemoterapi uygulanan jinekolojik kanserli kadınlara verilen cinsel eğitimin yaşam kalitesi ve cinsel yaşam üzerine etkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

2.GENEL BİLGİLER

Jinekolojik kanserler, kadın genital organlarından kaynaklanan malign tümörler olarak tanımlanabilir. Uterus korpusu, serviks ve over kanserleri jinekolojik kanserlerin büyük bölümünü oluştururlar.

2.1.Over Kanseri

Overkanseri vakalarının yaklaşık %70'i ileri evrelerde teşhis edilmekte ve kadınların sadece %30'unda 5 yıllık sağ kalım görülmektedir. Over kanserlerinin yaklaşık %90'ı epitelyal hücrelerden oluşurken, %10'u müsinöz hücrelerden oluşmaktadır. Epitelyal over kanserinin öncelikle fallop tüplerinin fimbriyal uçlarından, overlerin yüzeyini kaplayan epitel dokusundan veya epitel yüzeyinin altındaki kistik oluşumlardan kaynaklandığına dair çalışmalar mevcuttur. Over kanseri en sık batın boşluğuna yayılır. Çoğu durumda, batında sıvı vardır. Ayrıca batın içindeki damarların etrafındaki lenf nodlarına yayılabileceği gibi karaciğer, akciğer ve dalak gibi organlarada yayılabilir (17). GLOBOCAN verilerine göre 2020 yılında 313.959 yeni over kanseri vakası tespit edilmiş ve 207.252 kişi over kanseri nedeniyle hayatını kaybetmiştir. (3)

2.1.1.Risk Faktörleri

Over kanseri gelişiminde menstrüal siklus faktörleri, çevre, beslenme, genetik gibi birçok risk faktörü rol oynamaktadır. Over kanseri gelişme riski yaşla birlikte artmaktadır. Ortalama görülme yaşı 60 yaşın üzerindedir. Over kanserlerinin yaklaşık %5-10'unda kalıtsal genetik yatkınlık gözlenir. Kalıtsal over kanseri vakalarının %90'ından fazlasının Breast Cancer Geni (BRCA)-1 ve BRCA-2 genlerinde mutasyonlar vardır. BRCA-1 ve BRCA-2 genleri tümör baskılayıcı genlerdir ve mutasyonları hücrede Deoksiribo Nükleik Asit (DNA) onarımında hatalara neden olur (18). BRCA-1 gen mutasyonu olan kişilerde yaşam boyu over kanseri riski %35-46, BRCA-2 gen mutasyonu olan kişilerde ise %13-23 olarak görülmüştür. Birinci derece akrabada over kanseri varsa, over kanserine yakalanma olasılığı %50'dir. Birinci derece akrabasında over kanseri olanlarda, ailesinde kanser öyküsü olmayanlara göre risk 2-4 kat daha fazladır. Over stimülasyon ilaçları ile doğurganlık tedavisi görenlerde riskin

arttığını öne süren çalışmalar yer almaktadır. Over kanserinin talk pudrası kullanan kişilerde daha yaygın olduğu bildirilmiştir. Bazı konjenital genetik bozukluklarda yumurtalık kanseri 30 yaşında %25'e kadar çıkmaktadır (19).

2.1.2.Tanı Yöntemleri ve Belirtileri

Genel olarak, epitelyal over tümörleri için etkili ve kabul edilebilir tarama testleri yoktur. Kanser antijeni 125 **(** CA-125) ile birlikte hem abdominal hem de transvajinal ultrason tarama testi olarak değerlendirilmiştir ancak etkili bir tarama aracı olduğu kanıtlanmamıştır. Alfa-fetoprotein ve insan beta-koryonikgonadotropini, germ hücreli tümörleri olan hastaları izlemek için faydalıdır. Hastaların laboratuvar tetkikleri için rutin kan tetkikleri de istenmektedir. Over kanserinde salgılanan sitokinler nedeniyle trombosit üretimi artar ve trombositoz görülür. Serum elektrolit değerleri de kontrol edilir. CA-125 tümör belirteci over kanserinin tanı ve tedavisinde faydalıdır. Over kanserlerinin %80'inde artış görülebilir. Diğer kanser belirteçleri arasında tümör belirteçleri, karsinoembriyonik antijen (CEA) ve kanser antijeni (CA 19-9) 19-9 da kullanılmaktadır. Over kanserinin taramasında kullanılan bir başka serum belirteci Over Kanser Testi (OVA) 1'dir. Serum belirteci OVA1, epididimal tümörü saptanan ve ameliyat için planlanan hastalarda ameliyat öncesi değerlendirme için yararlı olabilecek bir testtir (20). PET-CT adı verilen radyolojik test, kanser hücrelerinin organlara veya lenf nodlarına yayılıp yayılmadığını belirlemek için yaygın olarak kullanılan çok etkili ve güvenilir bir tekniktir (17).

Over kanserinin spesifik belirtileri yoktur. Genel semptomlar; karında şişlik, bulantı, sık ve hızlı idrara çıkma, pelvik ve karın ağrısı, halsizlik, kilo kaybı ve bağırsak hareketlerinde değişiklikler olarak bilinmektedir. Bu belirtiler erken evrelerde ortaya çıkar. Karında asit, mide bulantısı ve kusma, plevral efüzyon, sırt ve karında şiddetli ağrı, karın krampları ve iştahsızlık over kanserinin ileri belirtileridir (19).

2.1.3.Önleme ve Korunma Yöntemleri

Over kanserinin erken teşhisi için tarama stratejileri öncelikle ailesinde meme ve over kanseri öyküsü olan ve BRAC1 ve BRCA2 mutasyonlarının taşıyıcıları olan kadınları hedefler. Sigarayı bırakmak, sebze ve meyve tüketimini artırmak, egzersiz yapmak ve oral kontraseptif kullanmak tavsiye edilir. Pelvik muayene ile birlikte

değerlendirilen serum tümör belirteçleri ve ultrason bulguları taramada faydalı olmaktadır (21).

2.1.4.Tedavi Yöntemleri

Over kanseri tedavi hedefleri; tümörü küçülterek semptomları azaltmak, hastalığı ortadan kaldırmak, tekrarlamayı önlemek ve tedavi kombinasyonları oluşturmaktır. Over kanseri cerrahi olarak evrelendirilir ve multidisipliner bir yaklaşım gerektirir. Epitel kaynaklı over kanseri için birincil tedavi, etkilenen tüm dokuyu hiç bir tümör bırakmadan çıkarmak için yapılan operasyondur. Ameliyattan sonra hastalar prognoz ve sonuç açısından cerrahi sonrası kalıntı ve tümör evresi esas alınarak risk gruplarından birine ayrılır. Genel olarak erken evre hastaların ameliyattan sonra herhangi bir adjuvan tedaviye ihtiyacı yoktur. Over kanseri tedavisi hastanın durumuna, doğurganlık isteğine, hastalığın evresine ve tümörün özelliklerine göre değişir (22).

2.1.5. Bakımı

Cerrahi tedavi sırasında hastanın bakımı cerrahi tedavinin tipine göre düzenlenmelidir. Operasyonun amacı ve yapılacak işlem hakkında hasta bilgilendirilmelidir. Akut postoperatif dönemdeki riskler öngörülebilmeli ve bu riskler önlenebilmelidir. Ayrıca kadınlara psikolojik destek sağlanmalıdır. İşlem sonucunda kadınlar vücut imajlarının bozulmasından ve kadınlığını kaybetmekten korkabilirler. Bu nedenle bu alanda veri toplanması ve kadınların kaygısının azaltılması gerekmektedir. Ooferektomi geçirmiş kadınlar menopoza hazırlanmalı, yaşayabilecekleri semptomlar konusunda eğitilmeli, cinsellik hakkında ve bakım ihtiyaçları konusunda bilgilendirilmelidir. Kemoterapi alacak hastalara yan etkiler konusunda danışmanlık verilmelidir (19).

2.2.Endometrium Kanseri

Endometrium kanseri, ölüm oranından ziyade yeni vaka sayısındaki artışla dikkat çekmektedir. Kadınlar arasında en sık görülen beşinci kanserdir. GLOBOCAN 2020 verilerine göre dünya genelinde yılda 417.367 yeni olgu ortaya çıkacağı belirtilmiştir.(3) Ayrıca endometrium kanseri kadınlarda kanser ölümlerinin %2.1'ini oluşturmakla birlikte en görünür belirtisi postmenopozal kanamadır. Ayrıca vajinal

kanama, erken menoraji ve batında dolgunluk, adet düzensizlikleri veya ilerleyen evrelerde düzensiz vajinal kanamalar olabilir (23).

2.2.1.Risk Faktörleri

Endometrium kanseri tip 1 ve tip 2 iki olmak üzere iki grupta incelenir. Endometrium kanser tip 1, hiperöstrojenizm zemininde gelişir. Artan östrojen seviyelerini telafi etmek için yeterli progesteron yoktur. Erken teşhis edilebilir ve sıklıkla obezite ile ilişkilidir. Tip 2 endometrium kanser östrojenden bağımsız atrofi ile gelişir ve yaşlılarda daha sık görülür. Ailesinde endometrium kanser öyküsü olan kadınlarda endometrium kanser riski artar. Menopoz yaşı ile endometrium kanseri riski arasında pozitif bir ilişki vardır. Daha sonraki yaşamlarında menopoza giren kadınlarda endometriyal kanser riski daha yüksektir. Çalışmalar, menopoz sırasında 55 yaş ve üstü kadınlarda endometrium kanseri riskinin 45 yaşından önce menopoza giren kadınlara göre daha yüksek olduğunu göstermiştir (24).

2.2.2.Tanı Yöntemleri ve Belirtileri

Endometrium kanseri teşhisi konulurken öncelikle hastanın anamnezi alınır. Kanamanın miktarı, süresi, yoğunluğu ve hacmi değerlendirilir. Cinsel yolla bulaşan enfeksiyon riski değerlendirilir. Kilo değişiklikleri ve tamoksifen kullanımı öyküsü sorgulanır. Bağırsak ve mesane fonksiyonu kontrol edilip karın şişkinlik ve ağrı açısından değerlendirilir. Dış genital organlar, uterusun büyüklüğü, parametreler ve uzantılar değerlendirilir. Enfeksiyon belirtileri tekrar kontrol edilir. Lenf nodları metastaz açısından incelenir (23).

Postmenopozal kadınlarda damlama ya da lekelenme şeklinde dahi olsa her türlü kanamada endometrial inceleme gereklidir. Postmenopozal kanaması olan kadınların %3-20'sinde endometrium kanseri mevcutken; %5-15'inde de endometrial hiperplazi tespit edilmektedir. Premenopozal dönemde olan 45 yaşından büyük kadınlarda, ovulatuar kadınlardaki intermenstrüel kanama, 21 günden daha sık aralıklarla olan düzenli kanama, total hacmi 80 ml'yi aşan kanama ve 7 günden uzun süren kanamalar incelemeyi gerektirir. Ek olarak 6 aydan daha uzun süren amenore dönemleri tarifleyen anovulatuar kadınlarda da endometrial neoplaziden şüphelenilmelidir. Endometrial kanser vakaları içinde %19'u 45-54 yaş arası kadınlarda görülürken, 35-44 yaş arasında

bu oran %6'dır. Yaşları 45'den küçük kadınlarda, persiste eden, karşılanmamış östrojen maruziyeti öyküsü sonrasında ortaya çıkan (obezite ya da kronik anovulasyon), medikal tedaviyle önüne geçilememiş ya da Lynch sendromu gibi endometrial kanser riskinin yüksek olduğu bir durumu mevcut olan hastalarda endometrial inceleme gereklidir (25).

2.2.3.Önleme ve Korunma Yöntemleri

Endometrium kanserini önleme, risk faktörlerini tanılamaya ve yönetmeye odaklanır. Buradaki amaç östrojenin endometrium üzerindeki etkilerini azaltmaktır. Menopoz sonrası kadınlar her yıl pelvik muayene yaptırmalıdır. Obezitenin etkisini azaltmak için kadınlara meyve ve sebze alımının artırılması ve yağ alımının azaltılması konusunda bilgi verilmelidir. Fiziksel aktivite de vücut ağırlığının korunmasında önemli bir rol oynar. Kombine oral kontraseptiflerin kullanımı da endometrium kanseri riskini azaltır. Menopoz sonrası kadınlar özellikle kanama ve lekelenme gibi kanserin erken belirtileri konusunda eğitilmelidir. Yüksek riskli kadınlar ultrason ve endometrium biyopsi ile taranmalıdır (26).

2.2.4.Tedavi Yöntemleri

Endometrium kanseri tedavisinde cerrahi aşama önemli bir rol oynar. Total abdominal histerektomi (TAH) , bilateral salpingo-ooferektomi (BSO) , pelvik ve paraaortik lenfadenektomi, peritoneal lavaj gibi işlemler cerrahi sürece dahildir. Hastanın evresine göre basit histerektomi, modifiye radikal histerektomi (Tip 2), radikal histerektomi (Tip 3) ve genişletilmiş radikal histerektomi (Tip 4) uygulanabilir. Pelvik ve para-aortik lenf nodu diseksiyonu endometriyal kanseri evrelemek için standart prosedürdür. Evreleme için kullanılan diğer bir yöntem ise laparoskopik histerektomidir. Daha kısa hastanede kalış süreleri, daha hızlı iyileşme süreleri ve daha düşük hastane maliyetleri nedeniyle karlı ve başarılı bir yöntemdir (27).

2.2.5. Bakım

Radyoterapi ve kemoterapi gibi tedaviler ameliyattan sonra sıklıkla kullanıldığı için hasta ve ailesi fiziksel ve ruhsal sağlıklarının farkında olmalıdır. Bir kadın tedavi sonrası cerrahi menopoz nedeniyle menopoza giriyorsa, menopozun olası semptomları ve bunlarla nasıl başa çıkılacağı konusunda bilgi verilmelidir. Tedavi sonrası ortaya

çıkabilecek cinsel sorunlar konusunda hasta ve eşi bilgilendirilmeli, danışmanlık verilmelidir. Radyoterapi alan hastalar cilt toksisitesi, yorgunluk, cilt reaksiyonları gibi yan etkiler açısından yakın takip edilmeli ve hasta bu konuda bilgilendirilmelidir. Hasta midebulantısı, kusma, ishal veya sık idrara çıkma gibi yan etkiler açısından değerlendirilmelidir (28).

2.3.Serviks Kanseri

GLOBOCAN 2020 verilerine göre dünya genelinde yılda 604.127 yeni olgu ortaya çıkacağı, 341.831 kişinin serviks kanserinden öleceği öngörülmektedir. Ayrıca serviks kanseri yeni vakalar ile kadınlar arasında 4. ve dünya genelinde 7. sırada yer almaktadır(3). Gelişmiş ülkelerde sitolojik incelemeler sonucunda serviks kanseri insidansı önemli ölçüde düşmüştür. Amerika Birleşik Devletleri(ABD)'nde her yıl yaklaşık 12.000 serviks kanseri vakası tespit edilmektedir. Öte yandan dünya genelinde yakın zamanda 500.000 kadına serviks kanseri teşhisi konulduğu öne sürülmektedir. Türkiye'de yaşa standardize edilmiş serviks kanseri insidansı 100.000'de 4,6 olup, kadınlarda görülen kanserler arasında 10. sırada yer almaktadır. Tüm dünya için bu rakam 14/100 000'dir (29).

2.3.1.Risk Faktörleri;

Serviks kanseri ile cinsel öykü arasında çok güçlü bir bağlantı olduğunu gösteren çalışmalar yer almaktadır. 18 yaşından önce skuamöz-kolumnar bileşke yeterince gelişmediği için cinsel aktivitenin erken başlaması önemli bir risk faktörüdür. Son epidemiyolojik çalışmalar, Human papilloma virüs (HPV) enfeksiyonunun bu kanser türü için ana risk faktörü olduğunu göstermektedir. HPV enfeksiyonu cinsel yolla bulaşır. Bazı HPV'ler herhangi bir belirti veya semptom göstermeden kendiliğinden yayılırken, bazıları kanser öncesi lezyonlara ve invaziv kanserlere neden olur Hemen hemen tüm serviks kanseri vakalarının HPV enfeksiyonuna sahip olduğu gösterilmiştir. HPV tipleri 16, 18, 31, 33, 51 serviksin tüm neoplazmalarının %95'ini oluşturur (30).

2.3.2.Tanı Yöntemleri ve Belirtileri

Pelvik ve rektovajinal muayeneler tümörün boyutunu, yayılmasını ve mesane ve rektum ile ilişkisini değerlendirir. Pap-smear, servikal neoplaziyi teşhis etmek için

güvenilir ve ucuz bir yöntemdir. Pap-smear sonuçları şüpheli olan kadınlara kolposkopik muayene yapılır. Kolposkopisi pozitif olan kadınlardan biyopsi alınır. Biyopsi defekti sınırlı ise serviks konizasyon ile çıkarılır. Tanı yöntemleri arasında akciğer grafisi, bilgisayarlı tomografi (BT), manyetik rezonans (MR), pozitron emisyon tomografisi (PET) ve kan testleri yer alır. BT; karın ve pelvisteki lenf nodlarının yayılımını değerlendirmek için kullanılır. MR ile kanserin serviks çevresindeki dokulara yayılıp yayılmadığı ve serviksten pelvis ve karındaki dokulara yayılıp yayılmadığı değerlendirebilir (31).

Serviks kanserinin erken evrelerinde hastalık klinik semptomlar olmadan devam edebilir. Yaygın klinik şikâyetler; düzensiz vajinal kanama (doğum sonrası adet görme, adet dönemi), uzun süreli veya şiddetli ve ağrılı adet görme, cinsel ilişki sırasında ağrıdır. Daha ileri evrelerde bel ağrıları, mide, sırt ağrıları, kan pıhtılaşması, bacaklarda şişme, baş dönmesi, yorgunluk ve kilo kaybı görülür (32).

2.3.3.Serviks Kanserini Önleme ve Korunma Yöntemleri

Serviks kanserinin önlenmesinde birincil korumada sağlık eğitimi çok önemli bir yere sahiptir. Bireylere verilecek sağlık eğitimi ile; kişiler riskli davranışlar konusunda bilgilendirilmeli ve sağlıklı yaşam tarzı alışkanlıklarını benimsemeleri desteklenmelidir. Ayrıca risk risk grupları belirlenerek bu kişiler tıbbi tesislere sevk edilmelidir (33).

Serviks kanserinden korunmada ebenin/hemşirenin sekonder rolleri ise, erken tanı ve taramaya yöneliktir. Amerikan Kanser Derneği'ne göre servikal kanser tarama programına 21 yaşında başlanmalı, 21-29 yaşları arasında 3 yılda bir pap smear testi yapılmalıdır. 30-65 yaş arasında pap-smear testi 3 yılda bir ve HPV testi 5 yılda bir tekrarlanmalıdır (34). Ülkemiz koşulları göz önüne alınarak serviks kanseri tarama programına 30 yaşında başlanır ve 65 yaşına kadar her beş yılda bir tekrar edilir. 65 yaşında son iki testi negatif gelen kadınlar tarama programından çıkartılır (35). Tersiyer korumada ebenin/hemşirenin görevi; tanı almış kadınların izlemlerini yaparak komplikasyonları önlemek ve rehabilitasyonunu sağlamaktır (36).

HPV aşısı yeni bir enfeksiyon gelişimini önlemektedir ancak vücutta bulunan enfeksiyonu tedavi etmemektedir. Bu yüzden aşı kişinin cinsel yönden aktif olmadığı 9–13 yaş döneminde uygulandığı zaman, yüksek düzeyde koruma sağlamaktadır. HPV enfeksiyonunu önlemek için, en yaygın onkojenik HPV alt tipleri olan 6, 11, 16 ve 18'i

içeren farklı HPV aşıları bulunmaktadır ve bu aşılar serviks kanserlerinin %15'ine karşı koruma sağlar. Bu amaçla geliştirilen bivalan ve kuadrivalan HPV aşıları, hem kadınlarda hem de erkeklerde kullanılmaktadır. Bivalan aşı HPV 16 ve 18'e, kuadrivalan aşı ise HPV 6, 11, 16 ve 18'e karşı etkilidir. U.S. Food and Drug Administration (FDA) tarafından onaylı olan aşılar Gardasil ve Cervarix'dir. İki aşının da servikal kanserden koruyuculuğu için süre, en az beş yıl olarak bildirilmektedir. Gardasil, HPV 6, 11, 16 ve 18 ile ilişkili olan CIN II/III lezyonlarından, siğilleri de içeren vulvar lezyonlardan korunmada, HPV tipleri açısından riskli olan kadınlarda %100 sonuç vermektedir. Bütün bu sonuçlara rağmen maalesef HPV aşısı, henüz ülkemizde ulusal aşı takviminde yer almamaktadır; uygulanması tamamen ailenin isteğine bağlıdır ve ücretlidir. Ayrıca sağlık personelleri, kadınlara aşı olmanın PAP-smear taraması yaptırma gerekliliğini ortadan kaldırmadığını ve düzenli jinekolojik muayeneye gelmeleri gerektiğini de anlatmalıdırlar (37).

2.3.4.Tedavi Yöntemleri

Tedavi aşamasından önce tümörün yerini ve yayılımını belirleyen evre, kanser tedavisi hakkında bilgi verir. Trakelektomi veya histerektomi, erken serviks kanseri için tercih edilen cerrahi prosedürdür. Serviks kanseri tedavileri arasında kriyoterapi, loop elektro cerrahi eksizyon prosedürü/elektro cerrahi lupula çıkarma prosedürü, konizasyon ve lazer tedavisi, doğurganlığını korumak isteyen genç kadınlara cerrahi, kemoterapi ve radyasyon tedavisine ek olarak yer almaktadır (38).

2.3.5. Bakım

Papsmear, kolposkopi ve biyopsi sonucuna göre servikal lezyonun durumu değerlendirilir. Servikal intraepitelyal neoplazmların tedavi edilebilir bir durum olduğu ve planlanacak işlem hakkında kadına açıklama yapılmalıdır. Kriyoterapi uygulanan kadına ağrı hissetmeyeceği, işlemden 2-4 hafta sonra sulu akıntısının olabileceği kadına açıklanmalı, lazer cerrahisi uygulanan kadının biraz daha fazla ağrı yaşayabileceği ama akıntı miktarının daha az olacağı ve iyileşmenin 2 haftada gerçekleşebileceği anlatılmalıdır. Fertilizasyonunu sürdürmek isteyen kadınlarda planlanan kone biyopsisi işlemi kadına açıklanmalı, bu konuyla ilgili korku ve endişeleri giderilmelidir. Ayrıca HPV aşısı önerilmelidir (33).

2.4.Vajina ve Vulva Kanseri

Vulva kanseri, kadın genital organ kanserleri arasında daha az yaygındır. Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD), her yıl yaklaşık 100.000 kadından 2'sine vulva kanseri teşhisi konmaktadır. Kadınlarda vulva kanserinden ölüm oranı 1/100.000'dir. Vulva kanseri teşhisi konan kadınların 3/4'ü en az beş yıl yaşamaktadır. Yaş aralığı 65-75, vakaların yarısı 70 yaş ve üzeridir. Ancak son yıllarda genital organların malign neoplazmları arasında sıklığı giderek artmaktadır (39).

2.4.1. Risk Faktörleri

Vulva kanseri postmenopozal kadınlarda sık görülür. Ortalama tanı yaşı 65'tir. Vulva kanseri, prekanseröz lezyonlar ve karsinoma insitu intraepitelyal vulva neoplazmalara ve invaziv kanserlere ilerlediğinde ortaya çıkar. Vulvarkarsinogenez sürecinde iki bağımsız yol tanımlanmıştır. Bu yollardan biri HPV ile enfekte olmuş mukozadır. Vulvarkarsinogenez gelişimine neden olan yollardan ikincisi, kronik inflamasyon (vulvardistrofi) veya otoimmün bir süreçtir. Liken sklerozun HPV negatif olan kadınlarda vulva kanserine neden olma olasılığı daha yüksektir. Liken sklerozun bir sonucu olarak, bir kadının vulvası kaşınır. Kaşıntı varsa, vulvar aşınmalara neden olabilir (40).

2.4.2.Tanı Yöntemleri ve Belirtileri

Kadının öyküsü, semptomların ne zaman ortaya çıktığını ve ciddiyetini detaylandırmalıdır. Sigara içme, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, aile öyküsü gibi risk faktörleri açısından değerlendirilmelidir. Pelvik muayenede vulva fizik muayene ile değerlendirilir. Serviks kanserini ekarte etmek için papsmear yapılabilir. Diğer bir değerlendirme yöntemi vulvoskopidir. Vulva kanserinin histolojik tanısı vulva biyopsisine dayanır. Bu yöntem vulvayı %3 asetik asit ile silmek için kullanılır. Bu şekilde beyazımsı alanlar ve anormal damar yapıları belirlenir. Lezyonun varlığı ve derinliği, bir ponksiyon biyopsisi kullanılarak en şüpheli 20 bölgeden örnekler alınarak değerlendirilir (41).

Erken evrelerde, ilk birkaç yılda vulva kanseri belirgin semptomlar göstermeyebilir. Vajina içinde düzelmeyen ve zaman zaman devam eden kaşıntı veya yanma, menstrüal siklusla ilgisi olmayan kanama, labia major- minör derisinin

normalden daha sarı ve kırmızı olmasına neden olan renk değişikliği, ciltte kızarıklık, siğiller görülür. İdrar yaparken veya cinsel ilişki esnasında ağrı gibi belirtiler sıklıkla görülür (42).

2.4.3.Önleme ve Korunma Yöntemleri

Belirli risk faktörlerinden kaçınmak ve yüksek risk gruplarında tarama programları uygulamak vulva kanseri riskini azaltabilir. Papsmear ve vulva muayeneleri, risk altındaki popülasyonlarda vulva kanseri taraması için önemli yöntemlerdir. Sigarayı bırakma, HPV'den kaçınma, yıllık pelvik muayene ve kendi kendine vulva muayenesi (KKVM), vulva kanserini önlemek için önerilen yöntemlerdendir. Bu nedenle kadınlara vulvayı kendi kendine muayene etmeleri öğretilmeli ve ayda bir yaptırmaları istenmelidir. Yine serviks kanserini önlemek için kullanılan aşılar vulva kanserine karşı da koruma sağlamaktadır (42).

2.4.4.Tedavi Yöntemleri

Tedavi yöntemi belirlenirken hastanın yaşı, durumu, hastalığın evresi ve lenf nodu tutulumu gibi birçok faktör değerlendirilir. Vulva kanseri tedavi yöntemleri; cerrahi, kemoterapi, radyoterapi ve kombinasyon tedavileridir. İnvaziv vulva kanseri için cerrahi tedaviler, geniş lokal eksizyon (basit kısmi vulvektomi), radikal kısmi vulvektomi ve radikal tam vulvektomiyi içerir (22).

2.4.5. Bakım

Kadınlara vulva kanserinden nasıl korunacakları öğretilerek KKVM konusunda eğitim verilmelidir. Vulva kanserinde, zarar görmüş bir beden imajının zorluklarıyla hareket etmek, kadına ve ailesine kanser tedavisinin sonuçları hakkında açık ve anlaşılır bilgiler vermek önemlidir. Ayrıca kadın radikal vulvektomi ameliyatı olacaksa, ameliyat sonrası ortaya çıkabilecek cinsel sorunlar konusunda kadın ve eşine danışmanlık yapılmalıdır. Radikal vulvektomide klitorisin alınması orgazm kaybına neden olabilir. Disparoni, vajinanın bir kısmının çıkarılması veya vajinal darlık nedeniyle ortaya çıkabilir. Kadınlar, normal cinsel işlevin kaybıyla ilgili düşüncelerini ifade etmeye teşvik edilmelidir (44).

2.5.Tuba Kanseri

Tuba kanseri, jinekolojik malignitelerin %0.2'sini oluşturur. Tuba kanseri ülkemizde kadınlarda en sık görülen kanser türleri arasında yer almamaktadır. Tuba kanseri genellikle 40 ila 60 yaşları arasında ortaya çıkar. Fallop tüplerinin kanseri başlangıçta asemptomatiktir (45).

2.5.1.Risk Faktörleri

Genellikle 40-60 yaşları arasında görülür. Tuba kanserinin risk faktörleri, yayılma yolu, tedavisi, prognozu epitelyal over kanseriyle benzerdir. Primer tuba kanser denmesi için tümörün makroskopik olarak fimbria ucunda veya tüpün içinde olması, over ve rahimde kanser olmaması gerekir (20).

2.5.2.Tanı Yöntemleri ve Belirtileri

Çok hızlı ilerleyen bir hastalık olduğu için tuba kanserinin erken teşhisi neredeyse imkânsızdır. Genellikle başka nedenlerle ameliyat edilen vakalarda tesadüfen teşhis edilirler. Hastaların %20'si asemptomatiktir. En sık görülen şikâyet hastaların %50'sinde anormal vajinal kanamadır. Yapışkan vajinal akıntı bu hastalarda sık görülen bir şikâyettir. Ağrı, akıntı ve kitle, hastalığın tanısal üçlüsüdür. Ek olarak semptomlar arasında alt karında vajinal akıntı veya ağrı, pelviste basınç, asit birikmesi ve karında kitle bulunur. Tanı ultrason, MRI, laparoskopi ve Ca 125 ve Ca 19-9 tümör belirteçlerinin analizi kullanılarak konur. Kesin tanı ameliyattan sonra konulabilir (46).

2.6.Jinekolojik Kanserli Bireylerde Kemoterapi Süreci

Kemoterapi, özellikle çoğalan hücrelere karşı öldürücü etkileri olan doğal veya sentetik kimyasallar, antikorlar ve hormonlara dayalı bir tedavi şeklidir. Kısaca ilaçlarla kanser tedavisi demektir. Kemoterapi işlemleri özel bilgi ve deneyim gerektirirken aynı zamanda hasta tarafından da takip edilmesi gerekmektedir. Toksik semptomların önlenmesini ve tedavisini bilmek gerekir. Amaç, tümör hücrelerinin büyümesini ve çoğalmasını durdurmak ve mümkünse bunları hastanın normal hücrelerine zarar vermeden yok etmektir. Tedavi ve yaşam kalitesi, tüm hastalar için tedavinin birincil hedefidir. Bu hedefler birçok faktöre dayanmaktadır. Bunlar arasında hasta bilgileri

(yaş, benzer hastalık, performans durumu, önceki tedaviler, beslenme durumu), bu hastalıkla ilgili bilgiler (histopatolojik tanı, primer hastalık, prevalans oranı ve hastalığın evresi), tedavi seçenekleri yer alır. Son yıllarda jinekolojik onkolojide çeşitli kemoterapötik ilaçlar başarıyla kullanılmakta ve özellikle over kanseri gibi türlerde en az cerrahi tedavi kadar faydalıdır (47).

2.6.1. Jinekolojik Onkolojide Kemoterapinin Klinik Kullanımı

Jinekolojik onkolojide kemoterapi 4 farklı şekilde uygulanmaktadır:

1. İndüksiyon kemoterapisi: Metastatik gestasyonel trofoblastik neoplazi vakaları gibi başka alternatif tedavisi olmayan ilerlemiş maligniteli hastalar için primer tedaviyi tanımlar.
2. Adjuvan kemoterapi: Tekrarlama riski yüksek olan ve primer tümörü kontrol altına aldıktan sonra yapılan sistemik tedaviyi tanımlar. Örneğin, cerrahi sonrası ileri evre over kanserlerinde platin bazlı kemoterapi kullanımı gibi.
3. Neoadjuvan kemoterapi: Cerrahi tedavinin sınırları ve morbiditesini azaltmak için preoperatif dönemde uygulanan kemoterapidir. İlerlemiş kanserlere uygulanan ilaç tedavisini belirtir.
4. Salvaj kemoterapi: Nüks hastalıkta başlangıç tedavisine dirençli bir tümöre uygulanan tedavi şeklidir. Radyasyon ve küratif cerrahiyle tedavisi olmayan, nüks veya devam eden jinekolojik kanserlerde uygulanır (48).

2.6.2. Jinekolojik Onkolojide Kullanılan Kemoterapötik Ajanlar ve Genel Yan Etkileri

Jinekolojik onkolojide kullanılan çeşitli bileşenler antimetabolitler, alkilleyici ajanlar, anti-tümör antibiyotikler, bitki alkaloidleri, taksan, hormonlar ve biyolojik tedavilerdir. Bu ilaçlar tek başına veya kombinasyon halinde kullanılabilir. Kemoterapi ilaçları genellikle toksiktir ve sınırlı bağışıklığa sahiptir. Sınırlı tedavi çeşitliliği nedeniyle, birçok ilacın tolere edilebilir olması için doz ayarlaması gerekir. Kemoterapinin başlangıç dozu, birçok tıbbi çalışmada bulunan özel kılavuzlar kullanılarak hastanın vücut ağırlığına, böbrek ve karaciğer fonksiyonuna göre hesaplanır. Bunun dışında birçok faktör, toksinler de işe yarar ve bunlar kişinin

beslenme durumu, diğer sağlık durumları, hastalığın şiddeti ve önceki tedavileri içerir (49).

Kemoterapötik ajanların genel yan etkilerini şu şekilde sıralamak mümkündür.

* Zayıflık ve yorgunluk yaygın en sık görülen belirtilerdendir.
* Hematolojiktoksisite en önemli etkidir. Genellikle nötropeni olarak görülür ve ciddi hastalıkların gelişmesine yol açabilir.
* İlaca bağlı kemik kaybının bir diğer önemli sonucu da hayatı tehdit eden kanamalara yol açabilen trombositopenidir.
* Birçok kanser önleyici ilaç, hücresel ve hümoral bağışıklığı baskılayabilir.
* Kemoterapi ilaçlarındaki doz artışı nedeniyle daha şiddetli olabilen ışığa duyarlılık, alopesi ve doku nekrozu yaygın cilt problemleridir.
* Bulantı, kusma ve mukozit ilaca bağlı olarak görülebilir.
* Hepatik toksisite; transaminazlardaki geçici bir yükselmeden fibrosis ve siroza kadar uzanan geniş bir klinik spektrumda gelişebilir.
* Nefrotoksisite en çok sisplatin ve analogları, ifosfamid ve metotraksa bağlı olarak ortaya çıkan bir komplikasyondur, geri dönüşsüz olabilir.
* Pulmoner toksisite özellikle daha önceden bu bölgeye radyoterapi alan hastalarda görülür. En ciddi formu pulmoner fibrosis olup bleomisine bağlı gelişir.
* Kardiyak toksisite ise aritmilerden konjestif kalp yetmezliğine kadar değişen geniş bir klinik spektrumda ortaya çıkar.
* Kemoterapötik ajanlar, santral ve periferik sinir sistemine ait pek çok nörotoksisiteye yol açabilir, şiddetli nöropatik ağrılar yapabilir.
* Gonadal fonksiyonlarda azalma ve infertiliteye neden olabilirler.
* İkincil malignensilere neden olabilirler.
* Genelde, tedavi daha önceki tedaviler sırasında kazanılan, toksisitenin süresi ve derecesi doğrultusunda değiştirilmektedir.
* Hasta şiddetli reaksiyon gösteriyorsa doz reaksiyonlar geçene kadar azaltılmalı veya erteleme yapılmalıdır ancak erteleme iki haftayı geçmemelidir. Aksi taktirde tedavinin etkinliği kaybolabilmektedir.
* Birçok yaygın toksisite, uygun premedikasyon veya destek tedavilerle hafifletilebilmektedir (50).

* Kemoterapiye bağlı üreme ve cinsel disfonksiyon, tedavide kullanılan ilaca, tedavinin süresine, dozuna ve bireyin yaşına bağlıdır.
* Kullanılan kombine kemoterapik ajanlar ve onların yan etkileri infertilite ve cinsel disfonksiyon üzerinde önemli rol oynamaktadır.
* Kemoterapik ajanlardan alkalleyici ajanlar, over fonksiyonları üzerinde önemli etkiler yaratmaktadır.
* Kemoterapi, kadınlarda hormonal değişikliklere neden olarak, ovarian fibrozise ve folikül yıkımına yol açar.
* FSH ve LH seviyeleri yükselirken, östrojen seviyesi düşer ve böylece amenore, menopozal semptomlar, disparoni, vajinal atrofi ve kuruluk meydana gelir (9).

2.6.3.Jinekolojik Kanser ve Kemoterapinin Bireylerin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi

Yaşam kalitesi, kişinin fiziksel, duygusal, sosyal ve ruhsal sağlığını tanımlayan duygu ve zihinsel süreçlerin bütüncül bir görünümüdür. Yaşam standardı, bireylerin ve toplulukların standartlarına ve sosyal koşullarına göre değişir. İnsanların amaçları, beklentileri, değerleri, ilgileri ile ilgili olarak içinde yaşadıkları kültür ve önemli yargılar açısından statülerini algılama biçimleri olarak tanımlanabilir. Sağlık sektöründe yaşam kalitesi, hasta bir kişinin fiziksel, duygusal ve sosyal sağlığının, hastalığın durumu ve tedavisinden nasıl etkilendiğine odaklanır. Son yıllarda kanser hastalarına uygulanan tanı ve tedavi işlemleri hastanın yaşam süresini uzatabilmekte iken aynı zamanda hastanın sağlığını olumsuz etkileyebilmektedir. Kanser hastalarının hastalığın kendisine bağlı olarak yaşadıkları ağrı, yorgunluk, kötü uyku düzeni gibi belirtiler, tedavi ve takip prosedürleri fiziksel sağlıklarını ve aktivitelerini etkilemekle birlikte yetersiz beslenme, anksiyete, depresyon, kanserin tekrarlama korkusu, bilinç kaybı ve konsantrasyon güçlüğü de hastaların duygusal sağlığını etkiler (51).

Geleceğe dair belirsizlik, kaygı, umutsuzluk, dini ve Allah vergisi kavramların yansımaları da hastaların ruh sağlığını ve yaşam kalitelerini etkilemektedir. Jinekolojik kanserlerde hastanın yaşı, tanı koyulma zamanı tedavisinin kaçıncı yılı olduğu, tedavi protokolü ve nüks durumu hastanın yaşam kalitesini etkilemektedir; hastalığın aile üzerindeki etkisi de yaşam kalitesini etkileyen faktörler arasındadır. Bunlara ek olarak,

jinekolojik kanserlerde vücut imajı, kadınlık, cinsel aktivite ve doğurganlık problemlerindeki değişiklikler de önemlidir (52).

2.7. Jinekolojik Kanserli Kadınlarda Cinsellik ve Cinsel Yaşam

Kanser teşhisi, kadını ve ailesini olumsuz etkileyen bir süreçtir ve jinekolojik kanser belirtileri ve tedavisinin yan etkileri kadının kimliğini ve cinsel yaşamını olumsuz etkiler. Bu süreçte kullanılan cerrahi tedavi, kemoterapi ve radyoterapi, kadının benlik saygısı ve beden imajında bozulmaya, üreme kapasitesinin kaybolmasına ve cinsel yaşamının olumsuz yönde etkilenmesine neden olur. Bu karmaşık süreç kadının öfke, umutsuzluk, depresyon, kaygı, çaresizlik, suçluluk gibi duygular yaşamasına neden olmaktadır (53).

Cinsellik biyolojik, fizyolojik, kişilerarası ve davranışsal boyutları olan çok boyutlu, karmaşık bir kavramdır. Dünya Sağlık Örgütü sağlıklı cinselliği "somatik, duygusal, entellektüel ve sosyal bileşenleri olumlu bir şekilde bütünleştiren ve zenginleştiren ve kişiliği, iletişimi ve sevgiyi geliştiren bir bütünlük" olarak tanımlar. Erkeklerde olduğu gibi, cinsel düşünceler kadınları arzuya yönlendirir. Vulva, vajina veya perinenin diğer bölgelerinin, özellikle de klitorisin uyarılması, cinsel bir his yaratır. Genel olarak bu organlardaki değişiklikler cinsel fonksiyonun fizyolojisini de etkiler. Kanserin etkileri de tutulan organlara göre farklılık gösterir ve jinekolojik kanserin kadın cinsel sağlığı üzerindeki olumsuz etkileri çok yönlüdür. Jinekolojik kanser teşhisi konan hastaların cinsel etkilere daha duyarlı olmalarının nedeni; beden imajı, cinsiyet rolü ve üreme yeteneği, cinsel işlev ve benlik saygısı, hastalık ve tedaviye daha fazla bağımlıdır (54).

2.7.1.Jinekolojik Kanser Tedavilerinin Kadının Cinsel Yaşamına Etkisi

2.7.1.1.Cerrahi Tedavinin Kadının Cinsel Yaşamına Etkisi

Üreme organlarının çıkarılmasıyla birlikte bazı cinsel sorunlar gözlenir. Histerektomi tipi (laparotomi, laparoskopi) ve uygulama şekli (subtotal, total) değişen derecelerde cinsel sorunlara neden olur. Serviks kanseri için radikal histerektomi sonrası üst vajinanın çıkarılması, sinir hasarına bağlı olarak duyu kaybına ve disparoniye neden olur. Radikal histerektomi sırasında pelvik lenf nodlarının ve uterosakral bağların

eksizyonu cinsel duyu ve orgazm kaybına neden olur. Ameliyat sonrası oluşan skar dokusu vajinanın genişlemesini engeller (55).

Ameliyat sonucu sinir dokusunda oluşan insizyon ve hasar cinsel direnç ve ağrıya neden olur. Çevre dokulara kan akımının azalmasına bağlı olarak damar tıkanıklığında azalma meydana gelir. İlişki sırasında bazı kadınlar klitorisi, bazıları ise vajinal ve servikal organları uyarır. Bu kadınlarda vajina veya serviksin çıkarılması cinsel uyarılma bozukluklarına yol açar. Ayrıca vulva ve vajina kanserlerinde kullanılan geniş cerrahi kesi penetrasyon sırasında zorluklar yaratır. Ameliyat sırasında pelvik organları anatomik olarak innerve eden sinirlerde bir kesi veya hasar orgazm bozukluklarına neden olur (56).

Erken evre endometrium kanseri hastalarında yapılan bir çalışmada, cerrahi yapılan hastaların %82'sinde ameliyattan 1-5 yıl sonra en sık ağrı olmak üzere en az bir cinsel disfonksiyon bulunmuştur (57)

Tucker ve ark., Avusturalya'da özel bir hastanede yaptıkları çalışmada, jinekolojik kanser tanısıyla izlenen ve 2009-2014 yılları arasında bilateral salphingooferektomi ameliyatı geçirmiş 119 kadının cinsel işlevlerini KCFİ ile incelemiştir. Çalışma sonucuna göre kadınların en fazla yaşadıkları cinsel problem lubrikasyonun azalması olarak belirlenmiştir (58).

2.7.1.2.Kemoterapinin Kadının Cinsel Yaşamına Etkisi

Kanser tedavisinde sıklıkla kullanılan ve hastaların tedavisinde çok önemli rol oynadığı kabul edilen kemoterapi; başarılı bir tedavi iken bir yandan da hastaların yaşam kalitesini ve yaşamsal fonksiyonlarını olumsuz yönde etkileyen birçok yan etki meydana getirebilmektedir (7).

Kemoterapik ajanlar hücre bölünmesi üzerine etkilidir. Bu yüzden kemik ve bağırsak hücreleri, saç folikülü gibi hızlı bölünen hücreler kemoterapiden büyük ölçüde etkilenmektedir (8). Kemoterapiye bağlı üreme ve cinsel disfonksiyon, tedavide kullanılan ilaca, tedavinin süresine, dozuna ve bireyin yaşına bağlıdır. Kullanılan kombine kemoterapik ajanlar ve onların yan etkileri infertilite ve cinsel disfonksiyon üzerinde önemli rol oynamaktadır. Kemoterapik ajanlardan alkalleyici ajanlar, over fonksiyonları üzerinde önemli etkiler yaratmaktadır. Kemoterapi, kadınlarda hormonal değişikliklere neden olarak, ovarianfibrozise ve folikül yıkımına yol açar. FSH ve LH

seviyeleri yükselirken, östrojen seviyesi düşer ve böylece amenore, menopozal semptomlar, disparoni, vajinal atrofi ve kuruluk meydana gelir (9,59).

Kemoterapi ilaçları sistemik bir etki ile cinsel uyarılma ve cinsel dürtüde azalmaya neden olur. Ayrıca overlerin çalışmasını da etkileyerek kadın vücudunda cinsellik için önemli olan östrojen seviyesinin azalmasına neden olur. Kemoterapi ilaçlarının etkisi doza, kullanım şekline ve süresine bağlıdır. Taksanlar ve alkilleyici ilaçlar aldıktan sonra kalıcı veya geçici amenore oluşabilir (59).

Ayrıca tamoksifen ve türevleri ile tedavi edilen hasta grubunda disparoni, vajinal kuruluk ve kaşıntı sık görülür. Menopoz sonrası kemoterapi tedavisi sonucunda cinsel sorunların ortaya çıkması daha olasıdır. Ayrıca kemoterapi sonrası görülen alopesi, bulantı, kusma ve depresyon gibi yan etkiler de kadın cinselliğini olumsuz etkilemektedir (60).

Körükçü'nün 2016-2017 yılları arasında Akdeniz Üniversitesi Kemoterapi Ünitesi'nde yapmış olduğu araştırmada kadınların (%76) cinsel yaşamının olumsuz etkilendiği belirlenmiştir. Kemoterapi sürecinde kadınların %90'ının, cinsel ilişki sıklığı azalmıştır. Hastaların çoğu kemoterapi süresince kaliteli bir cinsel yaşamı olabileceğini düşünmemektedir. Kemoterapi sürecinde hastaların %74.7'sinde cinsel istekte azalma olmuştur. Hastaların %33.3'ü kemoterapi tedavisinden sonra cinsel ilişki sıklığının azaldığını, %28'i ilişki süresinin kısaldığını ve kalitesinin azaldığını, %38.7'si ise kemoterapi almaya başladıktan sonra hiç cinsel ilişkiye girmediğini belirtmiştir (4)

2.7.1.3.Radyoterapinin Kadının Cinsel Yaşamına Etkisi

Radyoterapi, kanserin tipine ve evresine ve hastanın genel sağlığına göre brakiterapi veya eksternal şekilde kullanılmaktadır. Erken evre endometriyum ve serviks kanserinin ana tedavisidir. Radyasyon tedavisi sırasında vajinal atrofi, sinir hasarı ve fibrozis gelişebilir (61).

Serviks kanseri tanısıyla radyoterapi alan kadınlar üzerinde yapılan çalışmada, vajen epitelindeki azalma serum östrodiol düzeyi ile ilişkili bulunmuş ve cinsel işlevi de etkileyen atrofi sürecinin engellenmesi için radyoterapi sonrasında lokal östrojen tedavisine erken başlamanın gerekliliği vurgulanmıştır (61)

Tedavi sırasında overlerin işlevi de bozulur ve bu da infertiliteyeneden olabilir. Vajinal epitelde elastikiyet kaybı, eritem, atrofi ve inflamasyon görülür. Radyasyon vajinada kuruluk ve daralmaya neden olur. Bu durumda vajinal bölge enfeksiyon ve yaralanma açısından daha büyük risk altındadır. Vajinadaki tüm bu değişiklikler sonucunda en sık görülen şikayetler orgazm sorunları, elastikiyet azalması ve disparonidir. Bu yan etkiler ilk üç ay içinde ortaya çıkar ve bir yıl içinde kaybolur (62).

Jinekolojik kanser tedavisinin kadın cinselliğine olan etkileri Tablo 1'de özetlenmiştir (62).

Cerrahi Tedavi	**Kemoterapi**	**Radyoterapi**
Şekil bozukluğu Skar (yara)dokusu Vajinada daralma Vajinada kasılma Cerrahi menapoz Kolostomi takılması Lubrikasyonda azalma Ağrılı cinsel ilişki Cinsel istekte azalma Orgazm bozukluğu	Yorgunluk Bulantı Kusma Vücuttaki tüylerin dökülmesi Ciltte kuruluk Ağızda yaralar Erken menapoz Vajina dokusunda atrofi Ağrılı cinsel ilişki Cinsel istekte azalma Orgazm bozukluğu	Yorgunluk Cinsel istekte azalma Lubrikasyonda azalma Orgazm bozukluğu Cinsel doyumda azalma

Şekil 1. Jinekolojik Kanserlerde Tedavi Süreci ve Sonrasında Meydana Gelen Cinselliği Etkileyen Faktörler

2.8.Jinekolojik Kanser Hastalarında Cinsel Eğitim

Kanser hastalarına verilen cinsel eğitim, hastalar için çok önemli bir yere sahiptir. Eğitim verecek ebe/hemşireler hasta kanser tedavisinin başında iken planlamayı yapmalıdırlar. Kanser hastalarına verilen cinsel eğitim/danışmanlık bireysel ve destekleyici olmalı aynı zamanda da hasta tarafından anlaşılabilir olmalıdır. Ancak bu şekilde hastaların yaşam kalitesi ve sağlık bakımı yükseltilebilir. Ayrıca verilecek eğitim sadece kadına yönelik değil; çiftleri bütün olarak değerlendiren bir eğitim olmalıdır (63).

* Cinsel danışmanlık verecek ebe/hemşire öncelikle samimi bir iletişim içinde olmalıdır.
* Hastada oluşabilecek sorunlar konusunda bilgi sahibi olmalı ve planlamasını hastanın ihtiyaçlarını da kapsayacak şekilde yapmalıdır.
* Hasta ve partnerine verilecek eğitimin amacı açıklanmalıdır. Eşlerin ikiside dinlenmeli istekleri ve gereksinimleri belirlenip bu doğrultuda ilerlenmelidir.
* Hastaya kanser tedavilerinin cinsel yaşama ve fertilizasyona etkileri açıklanmalıdır.
* Fertilite koruyucu yöntemler hakkında bilgilendirme yapılmalıdır.
* Kişisel bakımın ve hijyenin önemi vurgulanmalıdır.
* Hastanın partneri ile açık konuşması ve endişelerini dile getirmesi sağlanmalıdır.
* Beden imajındaki değişiklikler ve buna bağlı oluşabilecek özgüven eksikliği ile başa çıkma yöntemleri hakkında bilgilendirilmeli, alternatif yöntemler sunulmalıdır.
* Cinsel ilişki öncesinde eşlerin yakınlık oluşturmaları gerektiği, aralarındaki bağın güçlenmesinin tedaviyi olumlu etkileyeceği ve eskiden yaşadıkları olumlu cinsel deneyimlerini hatırlamalarının faydalı olacağı belirtilmelidir.
* Romantik bir ortam ve cinsel arzuyu arttırıcı film seçenekleri sunulmalıdır. Ayrıca seksi kıyafetler giyebileceği, seksi parfümler, kayganlaştırıcılar, vakum cihazları ve vibratör seçenekleri anlatılmalıdır.
* Eşler arasında yakınlaşmanın artmasının önemi, ön sevişmenin uzun tutulması ve ağrının en az olup haz alabileceği pozisyonların açıklanmalıdır.
* Partnerlere aynı yatakta uyumaları özellikle cinsel birliktelik yaşandıktan sonra beraber uyumalarının olumlu olacağı tavsiyesi verilmelidir.

* Kemoterapi ve radyoterapi sonrasındaki ilk 48 saat cinsel birliktelik yaşanacaksa kondom kullanması önerilmelidir.
* Lökosit sayısı 3.000 mm^3altında ise enfeksiyona riski olduğu için, trombositleri 50.000 mm^3 altında ise kanama riski arttığı için cinsel birliktelikten kaçınması tavsiye edilmelidir.
* Kemoterapi ya da radyoterapinin partnere zarar vermeyeceğini de açıklanmalıdır.
* Çifte tedavi sırasında gebe kalmaması gerektiği anlatılmalı ve aile planlaması yöntemleri hakkında bilgi verilmelidir (64,65,66)

Chun, 2011 yılında serviks, over ve endometriyum kanseri tanılı 61 kadınla yaptıkları çalışmada; kadınların cinsel işlevlerini izlemiştir. Deney-kontrol çalışması olarak planlanan çalışma sonucunda üç haftalık PLISSIT (permission, limited information, special suggestions, intensive therapy) modeli cinsel programının jinekolojik kanserli kadınlar için cinsel işlevleri artırmada etkili olduğunu ve ebe /hemşirelerin programı kullanarak kadınların cinsel işlevlerini geliştirmeye destek olacakları bildirilmiştir (67). Nho, 2013 yılında, jinekolojik kanserli kadınlar ve eşlerinin cinsel yaşamlarını iyileştirmek amacıyla cinsel sağlığı geliştirmek için kapsamlı bir program oluşturmuştur. Program PLISSIT modeli temel alınarak geliştirilmiş ve 43 çift ile gerçekleştirilen deney-kontrollü çalışma sonucunda, cinsel sağlığı geliştirme programının, cinsel işlevin iyileştirilmesi ve cinsel sıkıntıların azaltılmasında etkin olduğu sonucuna ulaşılmıştır (68).

İran'da üreme çağındaki kadınların cinsel memnuniyetlerini değerlendirmek amacıyla randomize kontrollü olarak yapılan çalışmada 46 evli kadına ulaşılmış ve cinsel danışmanlık verilmiştir. Çalışmanın sonucuna göre danışmanlıktan sonra kadınların cinsel memnuniyet düzeylerinin önemli fark saptanmıştır (69).

Süt ve Küçükkaya (2018)'nın çalışmasında kadınların cinsel yaşam kalitesinin düşük olduğu tespit edilmiştir. Müdahale grubunda yer alan kadınların son test cinsel yaşam kalitesi puan ortalamaları danışmanlık öncesine göre anlamlı düzeyde artmıştır (70).

Tüm kanser türlerinin yanı sıra jinekolojik kanserlerin tanı ve tedavisindeki gelişmeler bu hastaların yaşam sürelerini uzatarak yaşam kalitelerini artırmıştır. Artan

yaşam beklentisi, sağlık hizmeti sunucularının jinekolojik kanserli hastalara yaklaştıkça daha iyi sağlık hizmeti vermesini de gerektirir. Bunun için sağlık profesyonelleri kendi kültür ve değerleri içerisinde hastanın görüşlerinin farkında olmalı ve bu bilgiler için doğru ortamı yaratarak hastalara kaliteli bakım ve tedavi sunmalıdır (71).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi ve Amacı

Randomize kontrollü deneysel nitelikte olan bu araştırma ile kemoterapi uygulanan jinekolojik kanserli kadınlara verilen cinsel eğitimin yaşam kalitesi ve cinsel yaşam üzerine etkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

3.2. Araştırmanın hipotezleri

H0: Kemoterapi uygulanan jinekolojik kanserli hastalara verilen cinsel eğitimin hastaların yaşam kalitesi ve cinsel yaşamlarına etkisi açısından deney ve kontrol grupları arasında fark yoktur**.**

H1: Kemoterapi uygulanan jinekolojik kanserli hastalara verilen cinsel eğitimin hastaların yaşam kalitesi ve cinsel yaşamlarına etkisi açısından deney ve kontrol grupları arasında fark vardır.

3.3.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Jinekoloji Kliniği'nde yürütülmüştür. Veriler 5 Haziran 2020-11 Aralık 2021 tarihleri arasında toplanmıştır. Çalışma popülasyonu TAH+BSO/Radikal Histerektomi yapılan evre 2, 3 ve 4 over, servikal ve endometriyal kanserli kemoterapi alan hastalardan oluşmaktadır.

Kadın Hastalıkları Kliniğinde 6'sı kemoterapi yatağı olmak üzere toplam 32 yatak mevcuttur. Günde ortalama 6-8 hastanın kemoterapi almak üzere servise yatışı yapılmaktadır. Hastaların kemoterapi tedavileri günü birlik ise tedavileri bitince taburculukları gerçekleşmektedir. Günübirlik olmayan tedavilerde ise hastaların klinikte yatışı devam etmektedir.

Klinikte sorumlu hemşire ve 2 kemoterapi hemşiresi olmak üzere toplamda 12 hemşire mevcuttur. Kemoterapi hemşirelerinin Sağlık Bakanlığı onaylı Onkoloji Hemşireliği Sertifikaları mevcuttur. Servis asistanı olmak üzere Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'nda 11 asistan bulunmaktadır.

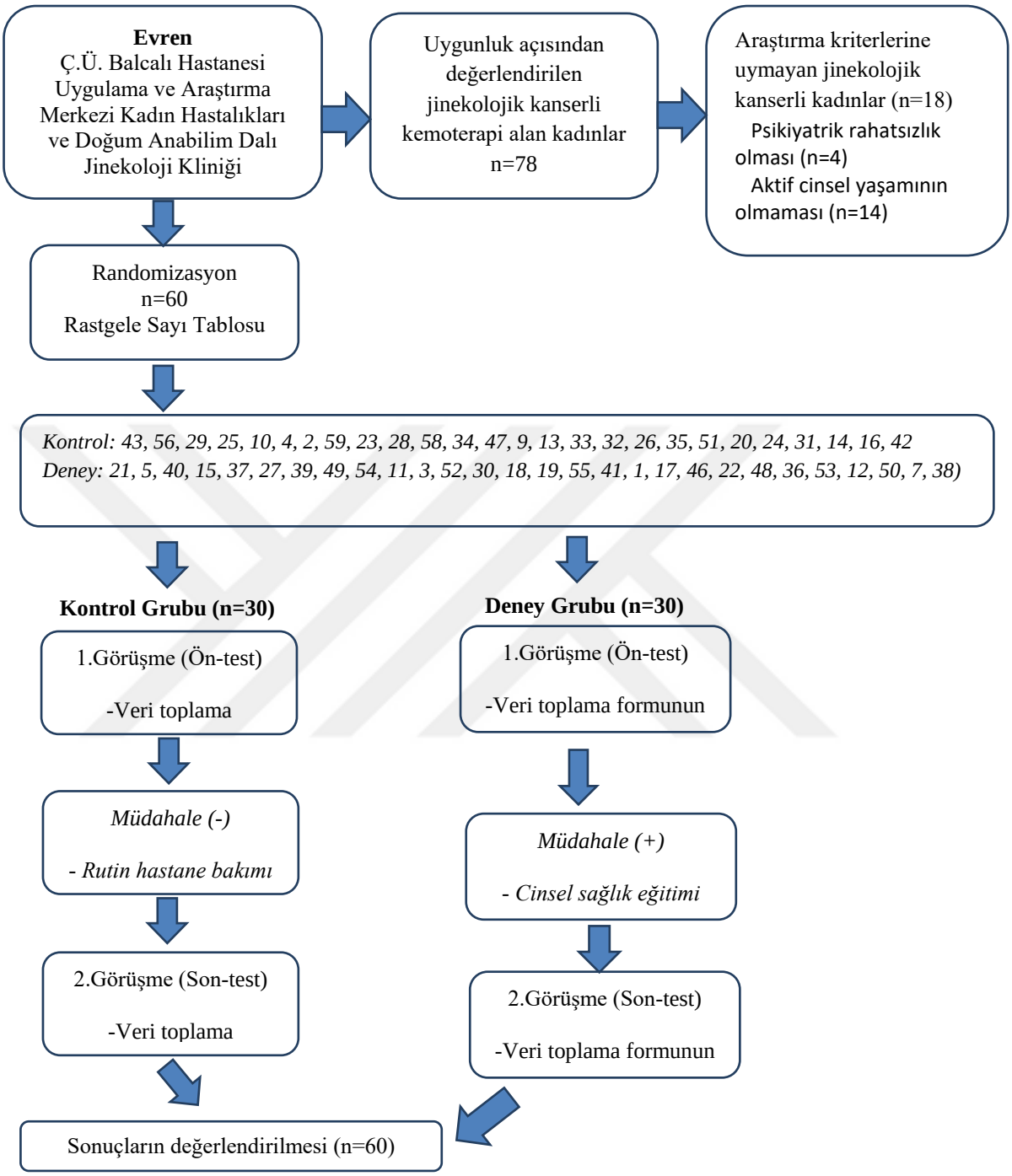
3.4.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Jinekoloji Kliniği'nde tedavi gören jinekolojik kanserli hastalar, örneklemini ise araştırmaya katılma kriterlerine uyan hastalar oluşturmuştur (Şekil 1).

Araştırmaya katılım kriterleri;

1. Araştırmaya katılmaya gönüllü olma,
2. 18 yaş ve üzeri olma,
3. Jinekolojik kansere yönelik cerrahi operasyon geçirmiş olma,
4. 1. line 3. kür kemoterapi tedavisi alıyor olma,
5. Aktif cinsel yaşamının olması,
6. İletişime ve iş birliğine açık olma,
7. Türkçe anlayıp konuşabilme,
8. Psikiyatrik rahatsızlığı olmama,

Grupların örneklem sayısını belirleyebilmek için literatür doğrultusunda jinekolojik kanserli kadınlarda cinsel işlev bozukluğu göz önünde bulundurularak güç analizi uygulanmıştır. Bu bağlamda örneklem sayısını belirlemek amacıyla çalışmanın gücü, G*Power (v31.7) programında hesaplanmıştır. Çalışmada ana parametre olarak Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi (KCFİ) alınmıştır. Bilge'nin yaptığı çalışmada; cinsel danışmanlık verildikten sonra, deney grubunda KCFİ etkinliği ortalaması 22.68±6.14, kontrol grubunda ise 13.49±6.97 olarak bulmuştur (72). Buna göre, f^2=1.3 etki büyüklüğünde, %5 hata olasılığında (α=0.05), %99 güçte (1-β=0.99) her grup için ulaşılması gereken minimum örneklem büyüklüğü 23 olarak hesaplanmıştır (73). Çalışma sürecinde kayıplar olabileceği göz önünde bulundurularak gruplara 30'ar kişi alınmış ve çalışmaya toplam 60 kişi dahil edilmiştir.



Şekil 2. Katılımcı Akış Şeması

3.5.Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında hastaların tanıtıcı özelliklerini içeren 'Kişisel Bilgi Formu', yaşam kalitesini belirlemek için 'Kanser Hastalarında Yaşam Kalitesi Ölçeği' ve hastaların cinsel fonksiyonlarını değerlendirmek için 'Kadın Cinsel Fonksiyon

Ölçeği (KCFİ) kullanılmıştır. Veriler araştırmacı tarafından mahremiyetin sağlandığı bir odada yüz yüze görüşülerek toplanmıştır.

3.5.1. Kişisel Bilgi Formu

Hastaların demografik özelliklerini belirlemek için hazırlanan formda 20 adet soru yer almaktadır. Sorular kadının sosyo-demografik özellikleri (yaş, eğitim, çalışma durumu, eşinin çalışma durumu, evlilik süresi, evlilik şekli, ekonomik düzeyi, evinde kimlerle yaşadığı, yaşamını en fazla hangi yerleşim biriminde geçirdiği), kronik hastalık varlığı, hastalık tanısı, tedavi protokolü ve cinsel yaşamındaki değişikliklere yönelik bilgi içermektedir (EK-1).

3.5.2. Kanser Hastalarında Yaşam Kalitesi Ölçeği

Ferrel ve diğ. tarafından 1995 yılında kanser hastalarında yaşam kalitesini belirlemek amacı ile geliştirilmiştir. Ferrel ve arkadaşlarının (1995) oluşturdukları yaşam kalitesi kavramı Dünya Sağlık Örgütü'nün bireyin fiziksel, ruhsal, sosyal ve manevi yönden tam bir iyilik halini içeren genel iyilik hali tanımı üzerine odaklanmaktadır. Bu doğrultuda Yaşam Kalitesi Ölçeği; fiziksel, psikolojik, sosyal ve manevi iyilik hali olmak üzere, yaşam kalitesinin dört boyutunu kapsayan41 maddeden oluşmaktadır (EK-2). Fiziksel iyilik hali; yorgunluk, iştah değişikliği, ağrı/sızı, bulantı, kabızlık ve doğurganlıkta değişiklik gibi bireyin fiziksel sağlığını etkileyen sorunları belirler. Psikolojik iyilik hali; hastalık/tedavi sonucu ile baş etme, konsantreolabilme, kendini verimli hissetme ve kanserin yinelemesi gibi, geleceğe yönelik korku ve endişeleri ifade eder. Sosyal iyilik hali; hastalığın aile bireylerine verdiği sıkıntı, destek sistemleri, kişisel ilişkileri, iş yaşamı cinsel yaşam ve çevreden kopma gibi davranışları ölçer. Manevi iyilik hali; yaşamın amacı, hastalığın neden olduğu olumlu değişiklikler, kendini umutlu hissetme ve manevi aktivitelere ilişkin durumlarını ifade eder. Ölçek her biri 0-10 puanlık Visual Analog Skala (VAS) üzerinde değerlendirilen, toplam 41 maddeden oluşmakta ve hastanın yaşam kalitesine ilişkin subjektif algılaması dört alt boyut ile değerlendirilmektedir. Bunlar iyilik hali (8 madde; 1-8) psikolojik iyilik hali (18 madde; 9-26) sosyal iyilik hali(8 madde; 27-34) ve manevi iyilik halidir (7 madde 35-41). Bir alt ölçekteki tüm maddeler toplanarak ve bir ortalama puan oluşturularak analiz amaçlı alt ölçekler oluşturulabilir (74) .

Ferrel ve arkadaşları, ölçeğin test-retest güvenilirliğini r=0.89, iç tutarlılığını r=0.93 (Cronbach's alpha) olarak belirlemişlerdir (65**).** Ölçeğin Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması Reis ve diğ. (2010) tarafından yapılmış ve cronbach alfa değeri 0.97 olarak belirtilmiştir (75). Bu çalışmada ölçeğin cronbach alfa değeri 0.79 olarak belirlenmiştir.

3.5.3.Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi

Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi (KCFİ) Rosen ve ark. tarafından 2000 yılında, kadın cinsel işlevlerini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş, 19 maddeden oluşan bir ölçektir (76) (EK 3). KCFİ, son dört haftayı içeren cinsel işlev ya da sorunları değerlendirmektedir. Ölçekte istek, uyarılma, lubrikasyon, orgazm, memnuniyet ve ağrı olmak üzere altı alt boyut bulunmaktadır. Her bir alt boyut 1-6 puan arasında puanlandırılmaktadır. Toplam puan ise 2-36 arasındadır(Tablo 2). Puan arttıkça cinsel işlevler daha yeterli şekilde sürdürülmektedir. Cinsel işlev durumu; KCFİ toplam puanı 30 ve üzeri ise "iyi", 23-29 puan arası ise "orta", 23 puandan az ise düşük olarak sınıflandırılmıştır. Ölçeğin Cronbach alfa değeri 0.82 bulunmuştur. Ölçeğin kesme nokta değeri ise 26.55'tir. KCFİ'nin toplam puanının 26.55 ve altında olması cinsel işlevlerin yetersiz olduğunu gösterir (76,77).

Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik analizi, 2005 yılında, Öksüz ve Malhan tarafından yapılmıştır. Türkçeye uyarlanan ölçeğin cronbach alfa katsayısı 0.95, test retest güvenirliği 0.75-0.95 olarak belirtmiştir (78). Bu çalışmada ölçeğin cronbach alfa değeri 0.89 olarak belirlenmiştir.

KCFİ toplam ve alt boyut maddeleri ile puanlamasına ilişkin bilgiler Şekil 3'te verilmiştir (79).

Alt Boyut	**Madde Numaraları**	**Puan Aralığı**	**Faktör Puanı**	**Min. Puan**	**Mak. Puan**
İstek	**1,2**	**1-5**	**0.6**	**1.2**	**6**
Uyarılma	**3,4,5,6**	**0-5**	**0.3**	**0**	**6**
Lubrikasyon	**7,8,9,10**	**0-5**	**0.3**	**0**	**6**
Orgazm	**11,12,13**	**0-5**	**0.4**	**0**	**6**
Doyum	**14,15,16**	**0 (veya 1)-5***	**0.4**	**0.8**	**6**
Ağrı	**17,18,19**	**0-5**	**0.4**	**0**	**6**
Toplam Puan				**2**	**36**

*14. madde için puan aralığı= 0-5; 15. ve 16. maddeler için puan aralığı =1-5

Şekil 3: KCFİ Alt Boyut Maddeleri ve Puanlaması

3.6. Verilerin Toplanması

Veriler, araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır. Araştırmaya başlamadan önce araştırmacı katılımcılara daha iyi eğitim verebilmek ve iletişim kurabilmek amacıyla Cinsel Sağlık Enstitüsü Derneği tarafından verilen 6 modülden oluşan eğitimleri almıştır. Modüller:

- Aşkın Seks Cinsel Terapi Yaklaşımı
- Kadın Cinselliği ve Kadın Cinsel İşlev Bozuklukları
- Vajinismus ve Disparoni
- Erkek Cinselliği ve Erkek Cinsel İşlev Bozukluğu
- Erken Boşalma ve Taoca Seks
- Güzel Sevişme Sanatı konularını içermektedir.

Çalışma Grupları:

Deney grubu: Cinsel eğitim verilen kemoterapi uygulanan jinekolojik kanserli kadınlar deney grubunu oluşturmuştur.

Kontrol grubu: Cinsel eğitim verilmeyen, kemoterapi uygulanan jinekolojik kanserli kadınlar kontrol grubunu oluşturmuştur. Kontrol grubu klinikte verilen rutin kemoterapinin etkileri ve yan etkilerinin anlatıldığı bakımı almıştır.

Deney grubu ile toplam 4 görüşme, kontrol grubu ile toplam 2 görüşme yapılmıştır.

Bilge'nin (2017) cinsel danışmanlığın etkinliğini saptamak amacıyla yaptığı çalışmada hastalar danışmanlık sonrası 4. ayda tekrar değerlendirilmiştir (72). Bu çalışmada da literatür göz önünde bulundurularak eğitimden 4 ay sonra son değerlendirme yapılmıştır (Şekil 2).

Deney grubundaki kadınlara ilk görüşmede 'Kişisel Bilgi Formu', 'Kanser Hastalarında Yaşam Kalitesi Ölçeği' ve "KCFİ" uygulanmıştır. Araştırmada literatür bilgileri doğrultusunda eğitim kitapçığı hazırlanmış ve eğitimler sırasında kullanılmıştır (72). Deney grubunda bulunan hastalara 21 gün aralıklarla geldikleri 3.,4.,5., ve 6. kemoterapi kürlerinde olmak üzere toplamda 4 kez eğitim verilmiştir. Her bir eğitim yaklaşık olarak 15-30 dakika sürmüştür. Cinsel eğitim yapılan kadınlara, ilk görüşmeden sonraki 4. ayda, 'Kanser Hastalarında Yaşam Kalitesi Ölçeği' ve "KCFİ" tekrar uygulanmıştır (Şekil 2).

DENEY GRUBU

I.Oturum

- Kadınla tanışma
- Kadınlara araştırma hakkında bilgi verme ve yazılı izin alma, hasta uygun değil ise uygun olduğu bir zaman için randevu alınması
- Hastanın cinsellikle ilgili sorunlarını anlatmasına izin verme
- Veri toplama formlarının uygulanması (10-15 dakika)
- Jinekolojik kanser, jinekolojik kanserin fiziksel ve psikosoylal etkileri ile ilgili bilgi verilmesi (10-15 dakkika)
- Jinekolojik kanser tedavisi gören kadınlara yönelik cinsel yaşam eğitim kitapçığının verilmesi.

II.Oturum

- Cinsellik ve cinsel sağlıkla ilgili eğitim verilmesi
- Yanlış bilgilerin ve inançların düzeltilmesi
- Cinsel sağlık ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki ile ilgili bilgi verilmesi
- Hasta ile kaygıları ve korkuları ile ilgili konuşma ve yaşadığı sorunlar ile ilgili kaynaklar bulma

III. Oturum

- Jinekolojik kanser tedavileri ve cinsellik üzerine eğitimi tekrarlama
- Hasta ile kaygıları ve korkuları ile ilgili konuşma ve yaşadığı sorunlar ile ilgili kaynaklar bulma
- Jinekolojik kanserde görülen cinsel sorunlar için önerilerde bulunma

VI. Oturum

- Jinekolojik kanser tedavileri ve cinsellik üzerine eğitimi tekrarlama
- Hasta ile kaygıları ve korkuları ile ilgili konuşma ve yaşadığı sorunlar ile ilgili kaynaklar bulma
- Jinekolojik kanserde görülen cinsel sorunlar için önerilerde bulunma
- Veri toplama formlarının uygulanması

KONTROL GRUBU

I.Oturum

- Kadınlarla tanışma
- Kadınlara araştırma hakkında bilgi verme ve yazılı izin alma, hasta uygun değil ise uygun olduğu bir zaman için randevu alınması
- Veri toplama formlarının uygulanması (10-15 dakika)

II. Oturum

- Veri toplama formlarının uygulanması

Şekil 4. Araştırma akış şeması

Eğitim Kitapçığı: Araştırmacı tarafından literatür bilgileri doğrultusunda hazırlanan eğitim kitapçığı, Jinekolojik Kanser Tedavisi Gören Kadınlara Yönelik Cinsel Yaşam Eğitim Kitapçığı olmak üzere 7 bölümden oluşmuştur. Eğitim kitapçığının içeriği, deney grubuna verilecek cinsel eğitimin temelini oluşturmuş, kitapçık tüm araştırma süresince kullanılmıştır (EK 4). Eğitim kitapçığı için dört kişiden uzman görüşü alınmıştır. Pilot çalışma 10 hasta ile yapılmış ve uygunluğu açısından kitapçık tekrar değerlendirilmiştir. Pilot çalışma için alınan hastalar çalışma grubuna dahil edilmemiştir. Oluşturulan eğitim kitapçığının aynı zamanda klinik kullanımda hastalara rehber olması amaçlanmıştır.

Kontrol grubundaki kadınlar ile ilk görüşmede 'Kişisel Bilgi Formu', 'Kanser Hastalarında Yaşam Kalitesi Ölçeği' ve "KCFİ" uygulanmıştır. Bu gruptaki hastalara 4 ay sonra "Kanser Hastalarında Yaşam Kalitesi Ölçeği" ve "KCFİ" tekrar uygulanmıştır. Kontrol grubundaki kadınlara, son görüşmede formlar uygulandıktan sonra, hazırlanmış olan eğitim kitapçığı verilmiştir.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Bu çalışmada verilerin analizleri SPPS 25 programı aracılığı ile gerçekleştirilmiştir. Gruplarda yer alan bireylerin farklı değişkenler açısından sıklıkları, oranları, ortalama ve standart sapmaları betimsel istatistikler ile sunulmuştur. Sürekli değişkenler için ortalama ve standart sapma değerleri hesaplanırken, kategorik değişkenler içinse sayı ve % değerleri hesaplanmıştır. Gruplar arası karşılaştırmalarda bağımsız gruplar için t testi, grup içi karşılaştırmalarda ise bağımlı gruplar için t testi kullanılmıştır. Bütün analiz sonuçları için anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak belirlenmiştir (80).

3.8.Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırma kapsamındaki kadınların haklarının korunması için, araştırma verilerini toplamaya başlamadan önce kadınlara, araştırmanın amacı, süresi ve araştırma süresince yapılacak işlemler açıklanarak gönüllü olanlar çalışmaya alınmıştır. Çalışmaya katılan hastalardan Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu alınmıştır (EK 7). Araştırma için, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik

Araştırmalar Etik Kurulundan onay alınmıştır (EK 5). Ayrıca araştırmanın yapıldığı kurumdan yazılı izin alınmıştır (EK 6).

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma tek kurumda yürütülmüş olup sonuçlar topluma genellenemez. Araştırmaya sadece kadınlar alınmış olup eşlere cinsel eğitim verilmemiştir.

4.BULGULAR

Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bulgular Tablo 1'de sunulmuştur. Katılımcıların büyük çoğunluğunun ilköğretim (%35) ve lise mezunu (%31.7) olduğu görülmektedir. Katılımcıların 58'i (%96.7) evlidir ve 53'ü (%88.3) çocuk sahibidir. Katılımcılardan 10'u (%16.7) kendisinin bir işte çalıştığını, 39 (%65) katılımcı ise eşinin bir işte çalıştığını bildirmiştir. Katılımcıların büyük çoğunluğu (%53.3) kentte yaşadığını ifade etmiştir. Katılımcılardan 57'si (%95) aile tipini çekirdek aile olarak tanımlarken 35'i (%58.3) sadece eşi ile yaşadığını ifade etmiştir. Katılımcıların büyük çoğunluğu (%68.3) orta gelir grubunda olduklarını ifade etmiştir. Bütün katılımcıların sosyal güvenceleri vardır. Anlaşarak evlenen katılımcı sayısı 31(%51.7) iken; katılımcıların büyük çoğunluğu (%90) 10 yıl veya daha uzun zamandır evlidir.

Tablo 1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Değişkenler		**n (60)**	**%**
Eğitim	Okur-yazar değil	4	6.7
	Okur-yazar	12	20.0
	İlköğretim	21	35.0
	Lise	19	31.7
	Yükseköğretim	4	6.7
Medeni Hal	Evli	58	96.7
	Bekâr	2	3.3
Çocuk	Evet	53	88.3
	Hayır	7	11.7
Çalışma Durumu	Evet	10	16.7
	Hayır	50	83.3
Eş Çalışma Durumu	Evet	39	65.0
	Hayır	21	35.0
Yaşanılan Yer	Kent	32	53.3
	İlçe	19	31.7
	Köy	9	15.0
Evde BirlikteYaşanan Kişiler	Ben ve eşim	35	58.3
	Ben, eşim, çocuklar	22	36.7
	Ben, eşim, aile büyükleri, çocuklar	3	5
AileTipi	Çekirdek aile	57	95.0
	Geniş aile	3	5.0
Gelir	Kötü	13	21.7
	Orta	41	68.3
	İyi	6	10.0
Sosyal Güvece	Evet	60	100.0
Evlenme Şekli	Görücü Usulü	31	51.7
	Anlaşarak	29	48.3
EvlilikYılı	1-9 yıl	6	10.0
	10 yıl ve üzeri	54	90.0

Deney ve kontrol grubundaki katılımcıların sosyo-demografik özellikler açısından karşılaştırılmasına ilişkin bulgular Tablo 2'de yer almaktadır. Sosyo-demografik özellikler açısından iki grup birbirine benzerdir.

Tablo 2. Deney ve kontrol grubundaki katılımcıların sosyo-demografiközellikler açısından karşılaştırılmasına ilişkin bulgular

Değişkenler		**Kontrol**		**Deney**		X^2	**p**
		n (30)	**%**	**n (30)**	**%**		
Yaş*	50 yaş ve altı	13	41.9	18	60.0	1.669	0.196
	51 yaş ve üstü	17	58.1	12	40.0		
Eğitim	Okur-yazar değil	4	13.3	0	0.0	4.481	0.345
	Okur-yazar	6	20.0	6	20.0		
	İlköğretim	9	30.0	12	40.0		
	Lise	9	30.0	10	33.0		
	Yükseköğretim	2	6.7	2	6.7		
Medeni Hal	Evli	28	93.3	30	100.0	2.069	0.492
	Bekâr	2	6.7	0	0.0		
Çocuk	Evet	28	93.3	25	83.3	1.456	0.424
	Hayır	2	6.7	5	16.7		
Çalışma Durumu	Evet	6	20.0	4	13.3	0.480	0.731
	Hayır	24	80.0	26	86.7		
Eş Çalışma Durumu	Evet	17	56.7	22	73.3	1.832	0.279
	Hayır	13	43.3	8	26.7		
Yaşanılan Yer	Kent	17	56.7	15	50.0	2.441	0.295
	İlçe	7	23.3	12	40.0		
	Köy	6	20.0	3	10.0		
Aile Tipi	Çekirdek aile	29	96.7	28	93.3	0.351	0.500
	Geniş aile	1	3.3	2	6.7		
Gelir	Kötü	7	23.3	6	20.0	0.963	0.618
	Orta	19	63.3	22	73.3		
	İyi	4	13.3	2	6.7		
Evlenme Şekli	Görücü Usulü	18	60.0	13	43.3	1.669	0.301
	Anlaşarak	12	40.0	17	56.7		

*Ort±S= 51.36±7.97

Katılımcıların hastalık tanı ve tedavilerine ilişkin bulgular Tablo 3'te verilmiştir. Katılımcıların % 71.7'sinin (n=43) over kanseri tanısı aldığı görülmüştür. En yüksek oranda (%65) uygulanan tedavi protokolü paklitaxel+carboplatindir. Hastaların %83.3'ü (n=50) evre 3'te olup bütün katılımcılar 3. kürü almaktadır.

Tablo 3. Katılımcıların hastalık tanı ve tedavilerine ilişkin bulgular

Değişkenler		**n (60)**	**%**
Hastalık tanısı	Serviks kanseri	1	1.6
	Endometrium kanseri	16	26.7
	Over kanseri	43	71.7
Tedavi protokolü	Gemstabin + Bevacizumab + Cisplatin	2	3.3
	Paklitaxel + Carboplatin + Bevacizumab + Durvalumab	19	31.7
	Paklitaxel + Carboplatin	39	65.0
Hastalık evresi	Evre 3	50	83.3
	Evre 4	10	16.7
Tedavinin kaçıncı kür olduğu	3. kür	60	100.0
Kanser dışında herhangi bir hastalık varlığı	Evet	19	31.7
	Hayır	41	68.3

Katılımcıların cinsel yaşantıları ilgili soruları sorup sormama oranları, sormama nedenleri ve bilgi kaynaklarına ilişkin bulgular Tablo 4'de verilmiştir. Katılımcıların sadece 7'si (%11.7) sorularını bir başkasına sorduğunu ifade etmiştir. Cinsel yaşantıları ile ilgili soruları sormama nedenleri sorulan katılımcıların 53'ü (%88.3) "Sağlık sorunlarım daha önemli olduğu için" yanıtını verirken 35 (%58.3) katılımcı ise "Utandığım için" yanıtını vermiştir.

Tablo 4. Katılımcıların cinsel yaşantılarıyla ilgili bilgi alma durumlarına ilişkin bulgular

Değişkenler		**n (60)**	**%**
Cinsel yaşantılar ile ilgili soruları sorup sormama durumu	Sormadım	53	88.3
	Sordum	7	11.7
Bilgi kaynakları*	Doktor	4	6.7
	Hemşire	2	3.3
	Eşime	4	6.7
	İnternet	4	6.7
	Kitap	0	0
Cinsel yaşantıları ile ilgili soruları sormama nedenleri*	Sağlık sorunlarım daha önemli	53	88.3
	Utandığım için	35	58.3
	Bu konular konuşulmaz	23	38.3
	Kime sorabileceğimi bilemedim	20	33.3
	Bu konuyu konuşmak için kendimi rahat hissetmiyorum	13	21.7
	Çevremin tepkisinden korktum	16	26.7

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Deney ve kontrol grubundaki kadınlar kanser hastalarında yaşam kalitesi ölçeği toplam ve alt boyut puanları açısından değerlendirildiğinde; eğitim öncesinde kontrol grubunun sosyal iyilik hali, manevi iyilik hali, psikolojik iyilik hali ve toplam puan ortalamalarının anlamlı olarak deney grubuna kıyasla daha yüksek olduğu görülmüştür. Eğitim sonrasında ise deney grubunun manevi iyilik hali düzeyinin kontrol grubuna kıyasla anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo5) ($p< 0.05$).

Tablo 5. Katılımcıların Kanser Hastalarında Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Değişkenler	**Grup**	**Ort.**	**S**	**% 95 Güven Aralığı**		***t***	***P***
				Alt Sınır	**Üst Sınır**		
İyilik Hali*	Kontrol	51.50	8.39	-.07	8.01	1.966	.054
	Deney	47.53	7.20				
Sosyal İyilik Hali*	Kontrol	47.90	7.32	3.18	10.76	3.680	**.001**
	Deney	40.93	7.35				
Manevi İyilik Hali*	Kontrol	34.63	7.66	1.20	8.20	2.690	**.009**
	Deney	29.93	5.74				
Psikolojik İyilik Hali*	Kontrol	98.53	14.75	2.55	16.25	2.747	**.008**
	Deney	89.13	11.57				
Toplam*	Kontrol	232,57	29,04	11.36	38.71	3,664	**.001**
	Deney	207,53	23,60				
İyilik Hali**	Kontrol	51.00	5.83	-3.32	2.38	-.328	.744
	Deney	51.47	5.18				
Sosyal İyilik Hali**	Kontrol	99.80	12.34	-5.61	4.81	-.154	.878
	Deney	100.20	7.16				
Manevi İyilik Hali**	Kontrol	44.23	6.06	-6.79	-.34	-2.214	**.031**
	Deney	47.80	6.42				
Psikolojik İyilik Hali**	Kontrol	39.67	6.49	-3.37	2.90	-.149	.882
	Deney	39.90	5.62				
Toplam**	Kontrol	234,70	20,76	-15.18	5.85	-.888	.368
	Deney	239,37	19,93				

* Eğitim Öncesi, ** Eğitim Sonrası

Deney ve kontrol grubundaki kadınların KCFI total puan ortalamalarının kontrol grubundaki kadınlarda ilk görüşmede 12.60 ±10.60 ikinci görüşmede 24.69 ±19.74 olduğu, deney grubundaki kadınlarda eğitim öncesi 15,13±9,38 eğitim sonrasında 47.47±25.50 olduğu görülmüştür. Deney grubundaki katılımcıların eğitim sonrası KCFI total puanlarında kontrol grubuna kıyasla istatiksel açıdan anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p<0.05$). Deney grubundaki kadınların % 86.7'sinin (n=26) eğitim öncesinde cinsel disfonksiyonları varken yapılan eğitim sonrası bu oran % 26.7'sinin (n=8) olarak belirlenmiştir. Eğitim sonrasında deney grubundaki katılımcıların cinsel fonksiyonları iyileşmiştir (Tablo 6).

Tablo 6.Deney Grubunda Eğitim Öncesi ve Sonrasında Cinsel Disfonksiyon Oranları

Zaman	**Cinsel Disfonksiyon**	**n**	**%**
Eğitim Öncesi	Var	26	86.7
	Yok	4	13.3
Eğitim Sonrası	Var	8	26.7
	Yok	22	73.3

Deney ve kontrol grubundaki kadınların eğitim öncesi ve eğitim sonrası KCFİ cinsel istek, uyarılma, lubrikasyon, orgazm, doyum, cinsel ilişkide ağrı ve toplam KCFİ puan ortalamalarının karşılaştırmalarına ilişkin bulgular Tablo 7'de verilmiştir. Eğitim öncesinde deney ve kontrol grubundaki kadınlarda KCFİ toplam ve alt boyut puanları açısından anlamlı bir fark görülmemiştir ($p>0.05$). Yapılan eğitim sonrasında ise bütün değişkenlere ilişkin ortalamaların deney grubunda anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Tablo 7. Katılımcıların KCFİ Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular

Değişkenler	**Grup**	**Ort.**	**S**	**% 95 Güven Aralığı**		***T***	***P***
				Alt Sınır	**Üst Sınır**		
Cinsel İstek*	Kontrol	2.33	0.55	-0.65	0.12	-1.393	.169
	Deney	2.60	0.89				
Uyarılma*	Kontrol	2.23	2.78	-1.87	0.87	-.733	.467
	Deney	2.73	2.50				
Lubrikasyon*	Kontrol	0.77	1.72	-1.32	0.38	-1.099	.276
	Deney	1.23	1.57				
Orgazm*	Kontrol	1.40	3.72	-3.45	0.52	-1.481	.144
	Deney	2.87	3.95				
Memnuniyet*	Kontrol	5.37	1.40	-0.52	0.92	.560	.578
	Deney	5.17	1.37				
Ağrı*	Kontrol	0.50	1.46	-0.79	0.72	-.089	.930
	Deney	0.53	1.46				
Total*	Kontrol	12.60	10.60	-7.71	2.64	-.980	.331
	Deney	15.13	9.38				
Cinsel İstek**	Kontrol	3.97	1.57	-1.85	-0.08	-2.185	**.033**
	Deney	4.93	1.82				
Uyarılma**	Kontrol	5.07	5.02	-6.50	-1.30	-3.006	**.004**
	Deney	8.97	5.03				
Lubrikasyon**	Kontrol	2.47	3.33	-6.17	-1.83	-3.696	**.000**
	Deney	6.47	4.90				
Orgazm**	Kontrol	4.30	5.41	-7.89	-2.11	-3.466	**.001**
	Deney	9.30	5.75				
Memnuniyet**	Kontrol	6.33	2.44	-5.50	-2.10	-4.472	**.000**
	Deney	10.13	3.96				
Ağrı**	Kontrol	2.17	3.02	-7.75	-3.25	-4.898	**.000**
	Deney	7.67	5.36				
Total**	Kontrol	24.69	19.74	-34.69	-10.86	-3.827	**.000**
	Deney	47.47	25.50				

Deney grubundaki katılımcıların eğitim öncesi ve sonrası iyilik hali, sosyal iyilik hali, manevi iyilik hali ve psikolojik iyilik hali değişkenlerine ait ortalamalarda anlamlı farklılaşmalar olup olmadığı değerlendirildiğinde; eğitim sonrasında katılımcıların iyilik hali, sosyal iyilik hali, manevi iyilik hali, psikolojik iyilik hali ve yaşam kalitesi düzeylerinin anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmüştür ($p<0.05$) (Tablo 8). Eğitim sonrasında deney grubundaki katılımcıların yaşam kalitesi yükselmiştir.

Tablo 8.Deney Grubundaki Katılımcıların Eğitim Öncesi ve Sonrasında Kanser Hastalarında Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular

Değişkenler	**Grup**	**Ort.**	**S**	**Fark**	**% 95 Güven Aralığı**		***t***	***p***
					Alt Sınır	**Üst Sınır**		
İyilik Hali	E.Ö.	47.53	7.20	-3.93	-6.82	-1.04	-2.783	**.009**
	E.S.	51.47	5.18					
Sosyal İyilik Hali	E.Ö.	40.93	7.35	-6.87	-10.07	-3.66	-4.383	**.000**
	E.S.	47.80	6.42					
Manevi İyilik Hali	E.Ö.	29.93	5.74	-9.97	-12.30	-7.63	-8.718	**.000**
	E.S.	39.90	5.62					
Psikolojik İyilik Hali	E.Ö.	89.13	11.57	-11.07	-16.15	-5.98	-4.450	**.000**
	E.S.	100.20	7.16					
Total	E.Ö.	207.53	23.60	-31.83	-43.16	-20.51	-5.749	**.000**
	E.S.	239.37	19.93					

E.Ö.= Eğitim Öncesi, E.S.= Eğitim Sonrası

Deney grubundaki katılımcıların, eğitim öncesi ve sonrasında KCFI cinsel istek, uyarılma, lubrikasyon, orgazm, memnuniyet, ağrı ve KCFI toplam puanlarına ait ortalamaların karşılaştırılmasına ilişkin bulgulara Tablo 9'da yer verilmiştir. Yapılan eğitim sonrasında deney grubundaki kadınların cinsel fonksiyonlarının olumlu yönde etkilendiği ve KCFI'nin toplam ve tüm alt boyut puanlarının ileri düzeyde anlamlı olarak yükseldiği görülmüştür ($p<0.05$). Eğitim sonrasında deney grubundaki katılımcıların cinsel fonksiyonları iyileşmiştir.

Tablo 9.Deney Grubundaki Katılımcıların Eğitim Öncesi ve Sonrasında KCFI Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Değişkenler	**Grup**	**Ort.**	**S**	**Fark**	**% 95 Güven Aralığı**		***t***	***p***
					Alt Sınır	**Üst Sınır**		
Cinsel İstek	E.Ö.	2.60	0.89	-2.33	-3.02	-1.65	-7.000	**.000**
	E.S.	4.93	1.82					
Uyarılma	E.Ö.	2.73	2.50	-6.23	-7.99	-4.47	-7.237	**.000**
	E.S.	8.97	5.03					
Lubrikasyon	E.Ö.	1.23	1.57	-5.23	-7.07	-3.40	-5.829	**.000**
	E.S.	6.47	4.90					
Orgazm	E.Ö.	2.87	3.95	-6.43	-8.49	-4.38	-6.399	**.000**
	E.S.	9.30	5.75					
Memnuniyet	E.Ö.	5.17	1.37	-4.97	-6.32	-3.61	-7.486	**.000**
	E.S.	10.13	3.96					
Ağrı	E.Ö.	0.53	1.46	-7.13	-9.08	-5.19	-7.507	**.000**
	E.S.	7.67	5.36					
Total	E.Ö.	15.13	9.38	-32.33	-41.23	-23.44	-7.432	**.000**
	E.S.	47.47	25.50					

5. TARTIŞMA

Kemoterapi uygulanan jinekolojik kanserli kadınlara verilen cinsel eğitimin yaşam kalitesi ve cinsel yaşam üzerine etkisinin belirlenmesi amacıyla yapılan araştırma bulguları ilgili literatür ışığında tartışılmıştır.

Bu araştırmada deney ve kontrol gruplarında yer alan kadınların sosyodemografik özellikleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür. Gruplarda yer alan kadınların sosyodemografik özellikler bakımından benzer olması çalışma gruplarının homojen dağıldığını göstermektedir.

Bu araştırmada "Kemoterapi uygulanan jinekolojik kanserli hastalara verilen cinsel eğitimin hastaların yaşam kalitesi ve cinsel yaşamlarına etkisi açısından deney ve kontrol grupları arasında fark vardır" H1 hipotezinin doğrulandığı görülmektedir.

Bu çalışmaya katılan kadınların çok büyük bir kısmı cinsel yaşamları ile ilgili sorularını herhangi bir kişiye sormamış, soranların ise çok küçük bir kısmının sağlık profesyonelleri ile bu konuyu konuştukları görülmüştür. Bunun ülkemizde cinselliğin hala bir tabu olarak görülmesi nedeniyle olduğu düşünülebilir. Katılımcıların cinsel yaşantıları ile ilgili soruları sormama nedenlerinden (%88.3) en yüksek oranla sağlık sorunlarını daha önemli görmesiyer almaktadır. Sonrasında ise %58.3 ile utanmaları ve %38.3 ile cinselliğin konuşulmaması gerektiğini düşünmeleri sıralanmaktadır. Literatürde benzer olarak kadınların çok az bir kısmının cinsel gereksinimleri ile ilgili sağlık çalışanlarına başvurduğu görülmektedir. Southard ve Keller'in (2009) yaptığı araştırmada, hemşirelerin hastaların cinselliğini etkin bir şekilde değerlendirebilmesi ve onlara bu konuda en uygun bakımı verebilmesini amaçlamışlardır. Sonuç olarak ise araştırmada, çok az sayıda hastanın cinsel sorunlarının hemşireler tarafından ele alındığı saptanmıştır. Buna karşılık hastaların ise hemşireler tarafında cinselliğin gündeme getirilmesi ve onlara sorulmasını istediklerini belirtmişlerdir (81). McCallum ve arkadaşlarının (2012) ile gerçekleştirdikleri araştırma sonucunda, çoğu kadın için cinsellikle ilgili konuların tabu olduğunu, kadınların cinsel sağlığa yönelik endişelerini akranları ve sağlık personeli ile tartışmaya utandıklarını bulmuştur (82). Sekse ve ark. nın (2013) yaptıkları çalışmalarda da kadınların bedenlerinde olacak değişikliklere ve cinsellikle ilgili yaşanabilecek güçlüklere yönelik bilgilendirilmeye ihtiyaç duydukları, yazılı bilgilendirmenin ve sağlık personeli ile birebir iletişimin daha fazla olması

gerektiği gösterilmiştir (83). Marangoz ’un (2014) jinekolojik kanserlerde cinsel yaşam ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla 150 katılımcı ile gerçekleştirdikleri araştırmasının sonucunda ise hastalardan %66’sının cinsel yaşamında oluşabilecek değişikliklere yönelik sorusunun olduğu ve bunların %28.3’ünün var olan sorularını doktora, %14.1’inin hemşireye sorduğu belirlenmiştir. Cinselliğe yönelik soruları olup kimseye sormayan hastaların %52.7’sinin bu konuyu konuşmakta kendini rahat hissetmediği için sorularını dile getirmediği görülmüştür (84). Yu ve Sherman’ın (2015) yaptığı çalışmada meme kanserli kadınların cinsellikle ilgili konularda konuşmaktan çekindikleri saptanmıştır (85). Ölçer’in (2019) yaptığı çalışmasına katılan deney grubundaki meme kanserli kadınların %33.3’ünün, kontrol grubundaki kadınların ise %20’sinin tedavileri süresince cinsel yaşam ile ilgili soru sordukları ve bu sorularını doktora sordukları belirtilmiştir (86). Bu çalışmanın sonuçları yapılan çalışmalarla benzerlik göstermekle birlikte katılımcıların cinsel sorunları veya cinsel yaşamları ile ilgili soru sorma oranları literatürden daha düşüktür.

Jinekolojik kanser tanı sonrası başlayan tedaviler süresince, hem onkoloji ekibi hem de hasta yaşamın sürdürülmesi hedefine odaklanır. Oysa jinekolojik kanserli kadınlar tedavileri sonra erip günlük yaşamlarına başladıklarında yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkileyecek pek çok sorunla karşı karşıya kalırlar (87). Culha ve Diğ’nin (2020) jinekolojik onkoloji cerrahisi uygulanan hastalarda Roy Uyum Modeli (RUM) doğrultusunda yapılandırılmış taburculuk programının hasta bakım sonuçlarına (yaşam kalitesi, başetme-uyum, benlik saygısı) etkisinin incelenmesi amacıyla yaptıkları çalışmada taburculuk eğitimi ve taburculuk sonrası kadınların genel yaşam kalitelerini arttırdığı bulunmuştur (88). Literatürde jinekolojik kanser hastalarına yönelik yapılan psiko-eğitimsel müdahale programlarının katılımcıların yaşam kalitelerini olumlu yönde etkilediği görülmektedir (89-93). Bu araştırmada kanser hastalarında yaşam kalitesi ölçeği toplam ve alt boyut puanları eğitim öncesinde kontrol grubunda daha yüksek iken, yapılan eğitim sonrasında deney grubundaki kadınların manevi iyilik hali düzeyinin kontrol grubuna kıyasla anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Deney grubundaki katılımcıların yaşamın amacı, hastalığın neden olduğu olumlu değişiklikler, kendini umutlu hissetme ve manevi aktivitelere ilişkin durumlarını ifade eden manevi iyilik hali düzeyleri kontrol grubuna kıyasla yükselmiştir.

Cinsel fonksiyon bozukluğu; özellikle jinekolojik kanserli kadın ve eşlerinin tedavilerinde çok sık rastlanılan ve çoğunlukla göz ardı edilen uzun vadeli bir komplikasyondur (57). Jinekolojik kanserli kadınlarda tahmini cinsel fonksiyon bozukluğu prevalansı %40-100 arasında değişmektedir (94-96). Bilge ve diğ.'nin (2016) jinekolojik kanserli kadınlarda PLİSSİT modeli doğrultusunda yapılan cinsel danışmanlığın etkinliğini değerlendirdikleri çalışmada; jinekolojik kanserli kadınlarda %80 oranında cinsel fonksiyonu sürdürememe gibi şikayetlerinin olduğu sonucuna varılmıştır (72). Zeng ve ark. jinekolojik kanserli kadınların tanı aldıktan sonraki cinsel yaşamlarını araştırmak için 156 jinekolojik kanserli kadınla yaptıkları çalışmalarında; kadınların %62.2'sinde cinsel işlev bozukluğu olduğu, %70.5'inin ise cinsel yönden aktif olmadığı görülmüştür (97). Bu çalışmada deney ve kontrol grubundaki katılımcıların ilk görüşmede cinsel disfonksiyon oranlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Yapılan eğitim sonrası deney grubundaki katılımcıların kontrol grubundakilere kıyasla cinsel disfonksiyon oranları anlamlı olarak azalmıştır. Eğitim sonrası deney grubundaki kadınların cinsel fonksiyonları olumlu yönde değişmiştir (67,68,72,86).

Cinsel sağlık, çok yönlüdür ve çoğu insan için bu dengeyi sürdürmek hiç de kolay değildir. Diğer hastalıklarda olduğu gibi kanserde de cinsel yaşam önemli ölçüde etkilenmektedir (98). Bradford ve diğ'nin (2015) jinekolojik kanserli 243 kadınla yaptıkları çalışmada; tanı konulan kanserin ve kanser tedavisinin, kadınların cinsel yaşamlarına olan etkilerini, KCFİ kullanarak değerlendirmişler ve kadınların yaklaşık üçte ikisinin (%65.8) cinsel isteksizlik yaşadıkları için son 4 hafta içinde cinsel yönden aktif olmadıkları belirtilmiştir (99). Demirtaş ve Pınar'ın (2014) Türkiye'de jinekolojik kanser tedavisi gören hastaların cinsel işlevlerini değerlendirmek amacıyla yaptıkları çalışmaya bakıldığında; kadınlar en sık vajinal kuruluk (%97.6), disparoni (%97), orgazm güçlüğü (%92.9) ve cinsel istekte azalma (%91,1) şikayetlerinin olduğu bildirilmiştir (100). Rutledge ve ark. 368 danışanla yaptığı çalışmada; jinekolojik kanser hastaları ile jinekoloji polikliniğine gelen kanser olmayan hastaların cinsel işlevleri kıyaslanmıştır. Çalışma sonucuna göre jinekolojik kanserli kadınların diğer gruba göre daha fazla cinsel isteksizliğinin olduğu cinsel ilişki esnasında daha az orgazm oldukları, cinsel memnuniyet seviyelerinin daha düşük olduğu, disparoni şikayetlerinin daha fazla olduğu tespit edilmiştir (101). Chun, 2011 yılında serviks, over ve endometriyum

kanseri tanılı 61 kadınla yaptıkları çalışmada; kadınların cinsel işlevlerini izlemiştir. Deney-kontrol çalışması olarak planlanan çalışma sonucunda üç haftalık PLISSIT (permission, limitedinformation, specialsuggestions, intensivetherapy) modeli cinsel programının jinekolojik kanserli kadınlar için cinsel işlevleri artırmada etkili olduğunu; ebe ve hemşirelerin programı kullanarak kadınların cinsel işlevlerini geliştirmeye destek olacakları bildirilmiştir (67). Nho, 2013 yılında, jinekolojik kanserli kadınlar ve eşlerinin cinsel yaşamlarını iyileştirmek amacıyla cinsel sağlığı geliştirmek için kapsamlı bir program oluşturmuştur. Program PLISSIT modeli temel alınarak geliştirilmiştir. 43 çift ile deneysel-kontrollü çalışma sonucunda, cinsel sağlığı geliştirme programının, cinsel işlevin iyileştirilmesi ve cinsel sıkıntıların azaltılmasında etkin olduğu sonucuna ulaşılmıştır (68). Bilge'nin (2017) yapmış olduğu çalışmada, cinsel danışmanlık öncesinde deney ve kontrol grupları arasında cinsel ilişki sıklığı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yok iken; deney grubuna verilen cinsel danışmanlığın ardından yapılan değerlendirmede, deney grubunda istatistiksel olarak olumlu yönde anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir (72). Bizim çalışmamızda deney ve kontrol grubundaki hastalarda cinsel KCFI toplam ve alt boyut puan ortalamaları benzerken, yapılan eğitim sonrasında deney grubundaki hastalarda KCFI toplam ve alt boyut puan ortalamalarının kontrol grubuna kıyasla anlamlı olarak yükseldiği görülmüştür. Yapılan eğitim sonrası deney grubundaki katılımcıların cinsel istekleri, uyarılma, lubrikasyon, orgazm, memnuniyet düzeyleri yükselmiş, ağrı deneyimleri azalmıştır.

Araştırma sonucunda kemoterapi uygulanan jinekolojik kanserli kadınlara verilen cinsel eğitimin katılımcıların manevi iyilik düzeylerini arttırdığı ve cinsel fonksiyonlarını iyileştirdiği belirlenmiştir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Kemoterapi uygulanan jinekolojik kanserli kadınlara verilen cinsel eğitimin yaşam kalitesi ve cinsel yaşam üzerine etkisinin belirlenmesi amacıyla yapılan bu araştırmada aşağıda belirtilen sonuçlar elde edilmiştir.

Deney ve kontrol gruplarında yer alan kadınların sosyodemografik özellikleri benzerdir.

Bu süreçte katılımcıların sadece çok az kısmının sağlık profesyonellerine cinsel yaşamları ile ilgili soru sorduğu görülmüştür.

Eğitim sonrasında deney grubundaki katılımcıların manevi iyilik hali düzeyi kontrol grubuna kıyasla anlamlı olarak yükselmiştir.

Deney grubundaki katılımcıların eğitim sonrasında yaşam kalitesi yükselmiştir.

Eğitim sonrasında deney grubundaki katılımcıların cinsel disfonksiyon oranları azalmış, cinsel fonksiyonları olumlu yönde etkilenmiştir.

Bu çalışmanın sonuçları doğrultusunda aşağıdaki öneriler yapılmıştır:

Ebeler/sağlık profesyonelleri tarafından rutin bakım ve tedavinin bir parçası olarak jinekolojik onkoloji hastalarının yaşam kaliteleri ve cinsel foksiyonları değerlendirilmeli ve gereksinimleri doğrultusunda eğitim/danışmanlık verilmelidir.

Ebeler/sağlık profesyonelleri jinekolojik onkoloji hastalarına yönelik cinsel eğitim/danışmanlık verebilmek için bu konudaki bilgi ve becerilerini geliştirecek eğitimlere katılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. http://www.cancer.org/acs/groups/content/@research/documents/webcontent/acspc042151.pdf. (Erişim Tarihi: 10.02.2021).
2. **World Health Organization** (2010b) Global Status Report on Noncommunicable Diseases **2010**. Ed.: A. Alwan. Italy: WHO.
3. **Wild CP, Weiderpass E, Stewart BW.***World Cancer Report Cancer Research for Cancer Prevention*. WHO-IARC, **2020**.(GLOBOCAN 2020)
4. **Körükçü Ö**. Bazı Yaşamsal Geçişler Zordur. Jinekolojik Kanser Tanısı Almak Gibi.Doktora Tezi,Akdeniz Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Antalya, 2018.
5. **Tuncay S., Can Z., Kaplan S., Şahin S.** Over Kanseri Tanısı Alan Bir Olguda Cinsel Sağlığın Değerlendirilmesi.*Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*, **2018**;1(1): 77-85
6. **Reis N**. Jinekolojik Kanserlerde Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum Ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı, İstanbul,2003.
7. **Karadağlı F., ve Ecevit Ş.**Bir ölçek geliştirme çalışması: Kemoterapi uygulanan hastalarda özbakım yetersizliği kuramına gore özbakım davranışları ölçeği, *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*,**2017**; 10(3): 168-181.
8. **Jensen PT**. Gynaecological Cancer and Sexual Functioning: Does treatment modality have an impact*? Sexologie*,**2007**; 16(4): 279-85
9. **Krebs LU**. Sexual and Reproductive Dysfunction. In: Yarbro CH, Wujcik D, Gobel BH, Eds. *Cancer Nursing*. 8th ed. Jones&Bartlett Learning; **2011**:1011-50.
10. **Açıkgöz F.** Düzce ilindeki kanserli hastaların cinsel yaşamlarındaki degisikliklerin ve bilgi gereksinimlerinin saptanması. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bolu, Yüksek Lisans Tezi, **2007**;7-26
11. **Can G.** Kanserde cinsel sağlık. Androloji Bülteni Hemşire Çalışma Grubu **2004;** (19);355-356.
12. **Can G, Enç N, Akkaya S.** Onkoloji hemşireliğinde kanıta dayalı semptom yönetimi. Konsensus **2007**; 7:64-66.
13. **Dinçer Y, Oskay Ü.** Kanser ve Cinsellik. Androloji Bülteni **2015;** 17 (63): 311-314.
14. **Temiz G.** Kemoterapi uygulanan kanserli hastalarda yaşam kalitesinin ve sağlık bakım gereksinimlerinin değerlendirilmesi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Doktora Tezi, **2016**;47-118.
15. **Çavdar İ.** Meme kanserli hastalarda cinsel sorunlar. Journal of Breast Health **2006**: 2(2);64-66.
16. **Özkan İ, Çınar S.** Kanserli hastalarda yorgunluk. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi **2009**;17(1): 61-68.
17. **Bilir N, ve Çakır B**. Dünyada Jinekoljik Kanserlerin Epidemiyolojisi. Ayhan A. ed. *Jinekolojik Onkoloji*. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri, Ayrıntı Basım Yayın ve Matbaacılık Hiz. San. Tic. Ltd. Şti, **2013**: 33
18. **Kebapcılar A G, Çakır T.** Epitelyal Over Kanserleri. *Türkiye Klinikleri J Gynecol ObstSpecial Topics*, **2015**; 8(2): 1-5.
19. **Beji Kızılkaya B, Bilgiç D.** Over Kanseri. Can G. (Editör) *Onkoloji Hemşireliği*. 2. Baskı, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri Tic. Ltd. Şti, **2015**:807-839.
20. **Güngördük K.** Over Kanseri In: Yıldırım G. *Williams Jinekoloji*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri Tic. Ltd. Şti, **2015**: 782

21. Carlson K. J. Screening for Ovarian Cancer. UpToDate, 2016. http://www.uptodate.com/contents/screening-for-ovariancancer?source=search_result&search=risk+factors+of+ovarian+cancer&selectedTitle=~150 , (Erişim Tarihi: 27.12.2021)

22. **Ayhan A, Alyazıcı İ.**Malign Epitelyal Over Kanseri. Günalp S, Yüce K. (Editör)Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. 3. Baskı, Ankara: Ayrıntı Basım Yayın ve Matbaacılık Hiz. San. Tic. Ltd. Şti,**2014**:837.

23. **Aslan E**. Endometriyum Kanseri. Can G. (Editör) Onkoloji Hemşireliği. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri Tic. Ltd. Şti,**2015**.

24. **Win AK, Reece JC, Ryan S.** FamilyHistroyAnd Risk Of EndometrialCancer: A Systematic Review And Meta-Analysis. Obstet&Gynecol, **2015**;125(1).

25. **Ronghe R, Gaudoin M.** Women with recurrent postmenopausal bleeding should be re investigated but are not more likely to have endometrial cancer. Menopause International, **2010**;16(1):9-11

26. **Eroğlu K, Koç G**. Jinekolojik Kanser Kontrolü ve Hemşirelik. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, **2014**; 77-90.

27. **Köse MF, Karadağ B**. Endometriyal Kanser Yönetiminde Güncel Konular. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst-Special Topics*, **2015**; 8(1): 134-141.

28. **Bekar M**. Endometrium Kanseri, Kadın Genital Sisteminin İyi ve Kötü Huylu Tümörleri. Şirin A. (Editör)*Kadın Sağlığı*. 1. Baskı, İstanbul: Bedray Basın Yayıncılık Ltd. Şti, **2008**.

29. **Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A**. Global cancer statistics Globocan Estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin*,**2018**;68(6):394-424.

30. **Tekbaş S.** Jinekolojik Kanser Hastalarında Yaşam Kalitesi ve Tedavi-Bakımın Etkileri. Doktora Tezi, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Edirne, **2014**.

31. **Pelit S**. Jinekolojik Kanserli Hastanın Hastanede Bakımına Destek Veren Aile Üyelerinin Bakım Yükü Ve Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi ,GaziÜniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, **2015**.

32. **Kaur H, Verschraegen CF**. Cervical Cancer. Oncologic imaging: A multidisciplinary approach. 1st ed, Elsevier, **2012**.

33. **Şahin NH**. Serviks Kanseri.Can G. (Editör)Onkoloji Hemşireliği. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri Tic. Ltd. Şti, **2015**.

34. **ACS** American Cancer Society. The American Cancer Society Guidelines for the Prevention and early Detection of Cervical Cancer, http://www.cancer.org/cancer/cervicalcancer/moreinformation/cervicalcancerpreventionandearlydetection/cervical-cancer-prevention-and-early-detection-cervical-cancer-screening guidelines , **2014;** Erişim Tarihi: 25.01.2022)

35. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu 2013-2018 Ulusal Kanser Kontrol Planı, Ed: Özkan S. ve ark., http://www.iccp portal.org/sites/default/files/plans/Ulusal_Kanser_Kontrol_Plani_2013_2018.pdf , Erişim Tarihi: 20.01.2022

36. **Kanbur A. ve Çapık C**. Servikal Kanserden Korunma, Erken Tanı-Tarama Yöntemleri ve Ebe/Hemşirenin Rolü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi, **2011;** 61-72

37. **Aydoğdu GM, Özsoy Ü**. Serviks kanseri ve HPV, Kadın Cinsel Sağlığı Derleme, *Androloji Bülteni*,**2018**;20:25−29

38. **Şahin N, Bal M**. Üreme Organ Tümörleri. Beji NK.(Editör) *Kadın Sağlığı ve Hastalıkları*. 2. Baskı, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, **2016**.

39. **Alkatout I, Schubert M, Garbrecht N, Weigel MT, Jonat W, Mundhenke C, Günther V.** Vulvar cancer: Epidemiology, clinical presentation, and management options. *International Journal of Women's Health,* **2015**;20;7:305-13

40. **Hoang LN, Park KJ, Soslow R, Murali R.** Squamous precursor lesions of the vulva: current classification and diagnostic challenges.*Pathology,***2016**;48(4):291-302.

41. **Chhabra S, Bhavani M, Deshpande A.** Trends of vulvar cancer. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2014; 34(2):165-8.

42. **Beriwal S, Heron DE, Kim H, King G, Shogan J.** Intensity-Modulated radiotherapy for the treatment of vulvar carcinoma: A comparative dosimetric study with early clinical outcome. *Int. J. Radiation Oncology Biol. Phys.* **2006**;64(5):1395-400.

43. **Gökyıldız Ş, Avcıbay B**. Vulva ve Vajina Kanserleri. Can G. (editör) *Onkoloji Hemşireliği*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri Tic. Ltd. Şti, **2019**; 763-781.

44. **Taşkın L**. *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*, 13. Baskı, İstanbul:Akademisyen Kitabevi, **2021;** 628.

45. **Chen LM, Berek JS.** Epithelial carcinoma of the ovary, fallopian tube, and peritoneum: Incidence and risk factors. *UpToDate*, **2020**. https://www.medilib.ir/uptodate/show/83387 (Erişim Tarihi: 29.12.2021)

46. **Hacker N.** Cervical Dysplasia and Cancer.In: Hacker NF, Gambone JC, Hobel CJ. Eds. *Hacker &Moore'sEssentialls of Obstetrics and Gynecology* 6th ed.,Philadelphia: Elsevier, **2016.**

47. **Yavaş, Ö**. Jinekolojik Kanserlerin Tedavisinde Medikal Onkoloji Prensipleri. Çiçek MN, Mungan MT (Editör). *Klinikte Obstetri veJinekolojik* . Ankara: Güneş Tıp Kitabevi,**2007**.

48. **Schorge JO, Schaffer JI, Halvorson LM, Hoffman BL, Bradshaw KD, Cunningham FG.** *Williams Jinekoloji* (Y. Ceylan, Y. Gökhan, A. Halil, G. Ahmet ve A. Gedikbaşı, Çev.). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, **2010.**

49. **Kayaalp O.***Rasyonel Tedavi Yönünden Tıbbi Farmakoloji*, 12. Baskı, 1.cilt, Ankara: Pelikan Yayıncılık,**2009**: 337-340.

50. **Marrs JA**. Stress, fears, and phobias: The impact of anxiety. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, **2006**;10(3):319-22.

51. **Güvenal T**. Jinekolojik Kanserlerde Yaşam Kalitesi. A. Ayhan (Editör). *Jinekolojik Onkoloji* . Ankara: Güneş Tıp Kitabevi, **2013**.

52. **Buzlu S, Daştan NB**. Psikososyal Sorunlar-Anksiyete. G. Can (Editör). *Onkoloji Hemşireliğinde Kanıta Dayalı Bakım*.İstanbul: Nobel Matbaacılık, **2010**.

53. **Pınar G, Algıer L, Çolak M, Ayhan A.**Jinekolojik kanserli hastalarda yaşam kalitesi. *Uluslararası Hematoloji-Onkoloji Dergisi,* **2008;** 18(3):141-149.

54. **Reis N, Coşkun A, Beji NK**. Jinekolojik kanserlerde yaşam kalitesi ve etkileyen faktörler. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi,***2006**; 9(2): 26-35.

55. **Dinçer MM, Çolakerol A**. İyatrojenik(medikal. cerrahi ve radyoterapi sonrası) cinsel işlev bozukluğular ve cinsel rehabilitasyon. *Turkiye Klinikleri J UrologySpecialTopics*, **2015**;8(3):37-39.

56. **Komisaruk BR, Frangos E, Whipple B**. Hysterectomy improves sexual response? Addressing a crucialomission in the literature. *Journal of Minimally Invasive Gynecology*, **2011**;18(3).

57. **Onujiogu N, Johnson T,Seo S, Seaborne L, Rose S, Kushner D**. Survivors of endometrial cancer:Who is at risk for sexual dysfunction.*Gynecol Oncol,***2011**; 123(2), 356–359.

58. **Tucker PE, Bulsara MK, Salfinger SG, Tan JJ, Green H, Cohen PA.**Prevalence of sexual dysfunction after risk-reducing salpingo-oophorectomy. *Gynecologic Oncology*, **2016**;140(1), 95-100.

59. **Falk SJ, Dizon DS**. Sexual dysfunction in women with cancer. *Fertil Steril*, **2013**;100(4):916-21

60. **Çakar B, Karaca B, Uslu R.**Sexual dysfunction in cancerpatients: a review. *Journal of BUON*,**2013**; 18(4).

61. **Serçekuş P, Gencer H, Özkan S.** Jinekolojik kanser tanısı almış kadınlarda uygulanan radyoterapinin cinselliğe etkisi. *HEAD*,**2020**;17(Ek sayı):126-30.

62. **Ridley J.** Whateverysextherapistneedstoknow. In: Hertlein KM, Weeks GR, Gambescia N. (Eds.*) SystemicSex Therapy*. New York: Routledge, **2015**.

63. **Oskay UY, Beji NK, Bal MD, Yılmaz SD**. Evaluation of sexual function in patients with gynecologic cancer and evidence-based nursing ınterventions. *Sexuality and Disability*,**2011**;29, 33–41.

64. **Hordern A**. Intımacy and sexuality after cancer:a critical review of the literature. *Cancer Nursing*,**2008**;31(2):9-17.

65. **Chung E, Brock G**. Sexual rehabilitation and cancer survivorship: a state of art rewiev of current literature and management strategies in male sexual dysfunction among prostate cancer survivors. *J Sex Med*, **2013;**10(1):102-11.

66. **Bober SL, Varela VS**. Sexuality in adult cancer survivors:challenges and intervetion. *J Clin Onkol*. **2012**;30(30):3712-9**.**

67. **Chun, N**. Effectiveness of PLISSIT model sexual program on female sexual function for women with gynecologic cancer. *Journal of Korean Academy of Nursing*, **2011**; 41(4), 471-480.

68. **Nho JH**. Effect of PLISSIT model sexual health enhancement program for women with gynecologic cancer and their husbands. *Journal of Korean Academy of Nursing*,**2013**; 43(5), 681-689.

69. **Soleimania MA, Bahramia N, Yaghoobzadehb A,Parkerc A, Chan YH.** Sexual Distress and Sexual Function in the Sample of Iranian Women with Gynecological Cancer,*European Journal of Oncology Nursing*,**2018**;35: 47–53.

70. **Kahyaoğlu Süt H, küçükkaya B**.Premenopoz, perimenopoz ve postmenopoz dönem kadınlarında cinsel yaşam kalitesi. Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi, **2018**; 4 (1):51-68.

71. **Sheldon LK, Swanson S, Dolce A, Marsh K, Summers J**. Putting evidence ınto practice: evidence-based ınterventions for anxiety. Clinical Journal of Oncology Nursing, **2008**;12(5):789-797.

72. **Bilge Ç.** Jinekolojik Kanserli Kadınlarda Plissit Modeli Doğrultusunda Yapılan Cinsel Danışmanlığın Etkinliği, Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı, İstanbul, **2017**.

73. **Cohen J**. Statistical power analysis for the Behavioral Sciences. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.;**1988**:20-7.

74. **Ferrell BR, Hassey-Dow K, Grant M**. Quality of Life Patient/Cancer Survivor Version(QOL-CSV) . Measurement Instrument Database forthe Social Science. **2012** https://www.midss.org/content/quality-life-patientcancer-survivor-version-qol-csv/ (Erişim Tarihi: 07.12.2021)

75. **Reis A, Kizilkaya NB, 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):137–146.

76. **Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Ferguson D**. The female sexual function index (fsfı): a multimensional self-report instrument for the assesment of female sexual function. Journal of Sex & Marital Therapy, **2000**; 26(2):191-208.

77. **Wiegel M, Meston C, Rosen R.** The Female Sexual Function Index (FSFI): Cross-validation and development of clinical cutoff scores. *Journal of Sex and Marital Therapy*, **2005;**31(1):1–20.

78. **Öksüz E, Malhan S**. Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction in turkish women. The Journal of Urology, **2006**; 175(2): 654-658

79. **Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, Ferguson D, D'agostino R**. The female sexual function index (FSFI): A multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of Sex & Marital Therapy*, **2000**; 26(2): 191-208.

80. IBM Corp. Released 2017.IBM SPSS Statistics for Windows, Version 25.0. Armonk, NY: IBM Corp.

81. **Southard NZ, Keller J**. The ımportance of assessing sexuality: a patient perspective. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, **2009**;13(2), 213-217.

82. **McCallum M, Lefebvre M, Jolicoeur L, Maheu C, Lebel S**. Sexual health and gynecological cancer: conceptualizing patient needs and overcoming barriers to seeking and accessing services. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, **2012**; 33 (3), 135–142.

83. **Sekse RJ, Gjengedal E, Raheim M**. Living in a changed female body after gynecological cancer. *Health Care for Women International*, **2013**; 34 (1), 14-33.

84. **Marangoz Ç**. Jinekolojik Kanserlerde Cinsel Yaşam Ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi, Yükseklisans Tezi,Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü,Hemşirelik Anabilim Dalı, Ankara, **2014**.

85. **Yu Y, Sherman KA**. Communication avoidance, coping and psychological distress of women with breast cancer. *Journal of Behavioral Medicine*, **2015**; 38(3), 565- 577.

86. **Ölçer ZÖ, Oskay Ü.** Meme Kanseri Hastalarının Cinsel Sorunlarına Yönelik BETTER Modeline Göre Verilen Eğitimin Etkisi. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul, **2019.**

87. **Reis N, Beji NK, 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), 137–146.

88. **Culha I, Gursoy E, Bulut H**. Investigating the Effect of a Structured Discharge Training Program on Patient Outcomes Following Gynecologic Oncology Surgery. *Clin Nurs Res*, **2020**;29(8):616-626.

89. **Hordern AJ, Currow DC**. A patient-centred approach to sexuality in the face of life-limiting illness. *The Medical Journal of Australia*,**2003**; 179(6):8-11.

90. **Levin EG, Silver B**. A pilot study: evaluation of a psychosocial programme for women with gynecological cancers. *Journal of Psychosocial Oncology*, **2007**;25(3):75-98.

91. **Li SP, Chan CWH, Lee DTF**. Helpfulness of nursing actions to suddenly bereaved family members in an accident and emergency setting in Hong Kong. *Journal of Advanced Nursing*, **2002**;40(2): 170–180.

92. **Caldwell R, Classen C, Laganà L, McGarvey E, Baum L, Duenke SD, et al.,**Changes in sexual functioning and mood among women treated for gynecological cancer who receive group therapy: a pilot study. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, **2003**; 10:149-156.

93. **Brotto LA, Heiman JR, Goff B, Greer B, LentzGM, Swisher E, et al**. A psychoeducational intervention for sexual dysfunction in women with gynecologic cancer. *Archives of Sexual Behavior*,**2008**; 37(2): 317-32.

94. **Lindau ST, Gavrilova N, Anderson D.** Sexualmorbidity in verylongtermsurvivors of vaginalandcervicalcancer: A comparison tonationalnorms. *GynecolOncol*, **2007**;106(2):413–418.

95. **Dunn KM, Croft PR, Hackett GI**. Sexualproblems: A study of theprevalenceandneedforhealthcare in the general population. *FamPract*,**1998**;15:519–524.

96. **Shankar A, Prasad N, Roy S, et al**. Sexualdysfunction in femalesaftercancer treatment: an unresolved issue. *AsianPac J CancerPrev*, **2017**;18(5):1177–1182.

97. **Zeng YC, Li Q, Li X, Loke AY**. Chinese women's sexuality concerns after gynecologic cancer. *Cancer Nursing*,**2012**; 35(4), 257-264.

98. Kanser ve Cinsellik–Androloji Bülteni https://jag.journalagent.com/androloji/pdfs/AND_17_63_311_314.pdf).(Erişim Tarihi: 21.03.2021)

99. Bradford A, Fellman B, Urbauer D, Gallegos J, Meaders K, Tung C, ve ark. Assessment of sexual activity and dysfunction in medically underserved women with gynecologic cancers. *Gynecologic Oncology*,**2015**; 139(1), 134-40.

100. Demirtaş B, Pınar G. Determination of sexual problems of Turkish patients receiving gynecologic cancer treatment: a cross-sectional study. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention***, 2014**; 15(16):6657-6663.

101. Rutledge TL, Heckman SR, Qualls C, Muller CY, Rogers RG. Pelvic floor disorders and sexual function in gynecologic cancer survivors: a cohort study. *American Journal of Obstetrics ve Gynecology*,**2010**; 203(5):514.1-7.

EKLER

EK-1 Kişisel Bilgi Formu

Aşağıda kişisel özelliklerinize ve hastalığınıza yönelik sorular yer almaktadır. Çalışma sonuçlarının sağlıklı olabilmesi için lütfen her bir soruyu dikkatle okumayave yanıtlamaya çalışınız.

Teşekkür ederim

Anket No:

Telefon Numarası :

İlk görüşme tarihi :

1- Kaç yaşındasınız?_____

2- Eğitim durumunuz nedir?

1. ( )Okur-yazar değil
2. ( ) Okur-yazar
3. ( )İlköğretim
4. ( )Lise
5. ( )Yükseköğretim

3- Medeni haliniz nedir? 1.( )evli 2. ( )Bekar

4- Çalışma durumunuz: 1.( ) Çalışıyorum 2.( ) Çalışmıyorum

5-Eşiniz çalışıyor mu? 1.( )Evet 2.( )Hayır

6-Yaşamınızı çoğunlukla nerede geçirdiniz?

1) Kent 2) İlçe 3) Köy 4) Diğer (belirtiniz)_____

7- Aile tipiniz:

1.( ) Çekirdek Aile 2.( ) Geniş Aile

8- Evde kiminle/kimlerle yaşıyorsunuz:

a) Sadece ben ve eşim

b) Eşim, ben ve çocuklarım

c) Eşim ve aile büyüklerimiz

d) Eşim, ben, çocuklarım ve aile büyüklerimiz

e) Diğer (belirtiniz)…….

9-Çocuğunuz var mı? 1.( ) Evet 2.( ) Hayır

10- Gelirinizi nasıl değerlendiriyorsunuz?: 1. ( ) Kötü 2. ( ) Orta 3. ( ) İyi

11- Sosyal Güvenceniz: 1.( ) Var 2.( )Yok

12-Evlenme şekliniz nedir? 1.( )Görücü Usulü 2.( )Anlaşarak

13-Kaç yıllık evlisiniz?/Kaç yıldır bu parterinizle berabersiniz?

( )1-3yıl ( )3-6yıl ( )6-10yıl ( )10 yıl ve üzeri

14-Hastalığınızın Tanısı? 1.( )OverKanseri 2.( )Endometrium Kanseri
3( )Serviks Kanseri 4 ( ) Diğer

15- Tedavi protokolünün ismi:

16- Hastalığın hangi evresinde olduğu_____

17- Kemoterapinin kaçıncı kürü olduğu_____

Kanser dışında herhangi bir hastalığınız var mı?

( ) Evet ise belirtiniz: _____

( ) Hayır

18-Tedavi süreciniz boyunca cinsel yaşamınızda oluşabilecek değişikliklerle ilgili sorularınızı kime sordunuz?

( ) Sormadım (19. soruya geçiniz)

( ) Doktor (Anketi sonlandırın)

( ) Hemşire (Anketi sonlandırın)

( ) Eşime (Anketi sonlandırın)

( )İnternet(Anketi sonlandırın)

( )Kitap(Anketi sonlandırın)

19-Cinsel yaşantınızla ilgili soruları sormama nedenleriniz nelerdir?

( ) Sağlık sorunlarım daha önemli

( ) Çevremin tepkisinden korktum

( ) Kime sorabileceğimi bilemedim

( ) Bu konuyu konuşmak için kendimi rahat hissetmiyorum

( ) Bu konular konuşulmaz

( ) Bir problem yaratmayacağını düşündüm

( )Utandığım için

EK-2Kanser Hastalarında Yaşam Kalitesi Ölçeği

1)Yorgunluk

Sorun yok	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Ciddi sorun var

2)İştah Değişiklikleri

Sorun yok	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Ciddi sorun var

3)Ağrı yada sızı

Sorun yok	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Ciddi sorun var

4)Uyku değişiklikleri

Sorun yok	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Ciddi sorun var

5)Kabızlık

Sorun yok	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Ciddi sorun var

6)Bulantı

Sorun yok	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Ciddi sorun var

7)Adet görme yada gebe kalabilmede değişme

Sorun yok	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Ciddi sorun var

8)Genel olarak, tüm beden sağlığınızın durumu

Son derece kötü	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Mükemmel

PSİKOLOJİK İYİLİK HALİ

9)Şu anda,hastalığınız ve tedavinizin sonucu ile başa çıkmanız ne kadar güç?

Güç değil	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Çok güç

10)Yaşam kaliteniz ne kadar iyi?

Son derece kötü	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Mükemmel

11)Ne kadar mutlu olduğunuzu hissediyorsunuz?

Hiç	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Çok fazla

12)Yaşamınızdaki şeylerin,sizin kontrolünüz altında olduğunu düşünüyor musunuz?

Hiç	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Tamamiyle

13)Yaşamınızdan ne kadar memnunsunuz?

Hiç	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Tamamiyle

14)Olayları hatırlama yada konsantre olma yeteneğiniz şu anda nasıl?

Son derece kötü	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Mükemmel

15)Kendinizi ne derece verimli hissediyorsunuz?

Hiç	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Son derece

16)Hastalığınız ya da tedaviniz görüntünüzde değişikliğe neden oldu mu?

Hiç	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Son derece

17) Hastalığınız ya da tedaviniz kendinizi algılama biçiminizde değişikliğe neden oldu mu?

Hiç	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Son derece

HASTALIĞINIZ YA DA TEDAVİNİZİM, AŞAĞIDAKİ BASAMAKLARINDA NE KADAR SIKINTI YAŞADINIZ?

18)Teşhis konulması

Hiç sıkıntı vermedi	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Çok sıkıntılı

19)Kanser tedavileri(kemoterapi,radyoterapi ya da cerrahi)

Hiç sıkıntı vermedi	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Çok sıkıntılı

20)Tedavim tamamlandığından beri

Hiç sıkıntı vermedi	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Çok sıkıntılı

21)Ne kadar kaygılısınız?

Hiç	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Çok fazla

22)Ne kadar mutsuzsunuz?

Hiç	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Çok fazla

KORKU/ENDİŞENİZİN BÜYÜKLÜĞÜ

23)Gelecekte uygulanacak tanı testleri

Hiç korkutucu değil	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Son derece korkutucu

24)İkinci bir kanser olmak

Hiç korkutucu değil	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Son derece korkutucu

25)Kanserinizin tekrarlaması

Hiç korkutucu değil	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Son derece korkutucu

26)Kanserinizin yayılması

Hiç korkutucu değil	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Son derece korkutucu

SOSYAL ENDİŞELER

27)Hastalığınız,aileniz için ne kadar sıkıntı verici?

Hiç	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Çok fazla

28)Gereksinimlerinizi karşılamak için,başkalarından/çevrenizden yeterli destek aldınız mı?

Hiç	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Çok fazla

29)Hastalığına ilişkin almakta olduğunuz bakım,kişisel ilişkilerinizi engelliyor mu?

Hiç	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Çok fazla

30)Cinsel yaşamınız hastalığınızdan etkilendi mi?

Hiç	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Çok fazla

31)Hastalığınız ve tedaviniz iş yaşamınızı ne derece etkiledi?

Hiç sorun olmadı	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Ciddi sorun

32)Hastalığınız ve tedaviniz,evdeki işlerinizi ne kadar etkiledi?

Hiç sorun olmadı	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Ciddi sorun

33) Hastalığınız ve tedaviniznedeniyle,çevrenizden ne kadar koptuğunuzu hissediyorsunuz?

Hiç	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Çok fazla

34) Hastalığınız ve tedavinizsonucunda ,ne kadar mali yük altına girdiniz?

Hiç	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Çok fazla

MANEVİ İYİLİK HALİ

35)Dua etmek,dini bir kuruma (cami,kilise)gitmek gibi inancınız ile ilgili aktivitelere katılmak sizin için ne kadar önemli?

Hiç önemli değil	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Çok önemli

36)Sizin için meditasyon gibi diğer manevi aktiviteler ne kadar önemli?

Hiç önemli değil	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Çok önemli

37)Kanser teşhisi, manevi yaşamınızı nasıl değiştirdi?

Önemsiz	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Çok önemli

38)Geleceğe yönelik ne kadar belirsizlik yaşıyorsunuz?

Hiç bir belirsizlik	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Çok fazla belirsizlik

39)Hastalığınız yaşamınızda ne kadar olumlu değişiklik yarattı?

Hiç	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Çok fazla

40)Yaşamınızın ve hayatta kalmanızın,bir amacı yada nedeni olduğunu düşünüyor musunuz?

Hiç yok	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Çok fazla

41)Kendinizi ne kadar umutlu hissediyorsunuz?

Hiç umutlu değilim	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Çok umutlu

EK-3 Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi

1. Son 4 hafta içinde **ne sıklıkla** cinsel istek veya ilgi duydunuz?

 Hemen her zaman veya her zaman

 Çoğu zaman (geçen sürenin yarısından fazlasında)

 Bazen (geçen sürenin yarısında)

 Birkaç kez (geçen sürenin yarısından azında)

 Hemen hemen hiç veya hiçbir zaman

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

 Çok yüksek

 Yüksek

 Orta

 Düşük

 Çok düşük veya hiç

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

 Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.

 Hemen her zaman veya her zaman

 Çoğu zaman (geçen sürenin yarısından fazlasında)

 Bazen (geçen sürenin yarısında)

 Birkaç kez (geçen sürenin yarısından azında)

 Hemen hemen hiç veya hiçbir zaman

4. Son 4 hafta içinde cinsel aktivite veya cinsel ilişki sırasında **uyarılma düzeyinizi** nasıl değerlendirirsiniz?

 Hiç cinsel aktivitede bulunmadım

 Çok yüksek

 Yüksek

 Orta

 Düşük

 Çok düşük veya hiç

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

Hiç cinsel aktivitede bulunmadım

 Çok emindim

 Emindim

 Oldukça emindim

 Az emindim

 Çok az veya hiç emin değildim

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

 Hiç cinsel aktivitede bulunmadım

 Hemen her zaman veya her zaman

 Çoğu zaman (geçen sürenin yarısından fazlasında)

 Bazen (geçen sürenin yarısında)

 Birkaç kez (geçen sürenin yarısından azında)

 Hemen hemen hiç veya hiçbir zaman

7. Son 4 hafta içinde cinsel aktivite veya cinsel ilişki sırasında **vagina ne sıklıkta ıslandı (kayganlaştı)?**

□ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
□ Hemen her zaman veya her zaman
□ Çoğu zaman (geçen sürenin yarısından fazlasında)
□ Bazen (geçen sürenin yarısında)
□ Birkaç kez (geçen sürenin yarısından azında)
□ Hemen hemen hiç veya hiçbir zaman

8. Son 4 hafta içinde cinsel aktivite veya cinsel ilişki sırasında **vaginanızın ıslanmasında (kayganlaşması) ne kadar zorlandınız?**

□ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
□ Çok zor veya imkansızdı
□ Çok zor
□ Zor
□ Biraz zor
□ Hiç zorluk çekmedim

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

□ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
□ Hemen her zaman veya her zaman
□ Çoğu zaman (geçen sürenin yarısından fazlasında)
□ Bazen (geçen sürenin yarısında)
□ Birkaç kez (geçen sürenin yarısından azında)
□ Hemen hemen hiç veya hiçbir zaman

10. Son 4 hafta içinde cinsel aktivite veya cinsel ilişkiniz bitene kadar **vaginanızın ıslaklığını (kayganlığını) korumada ne kadar zorlandınız?**

□ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
□ Çok zor veya imkansızdı
□ Çok zor
□ Zor
□ Biraz zor
□ Hiç zorluk çekmedim

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

□ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
□ Hemen her zaman veya her zaman
□ Çoğu zaman (geçen sürenin yarısından fazlasında)
□ Bazen (geçen sürenin yarısında)
□ Birkaç kez (geçen sürenin yarısından azında)
□ Hemen hemen hiç veya hiçbir zaman

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

□ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
□ Çok zor veya imkansızdı
□ Çok zor
□ Zor
□ Biraz zor
□ Hiç zorluk çekmedim

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

□ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
□ Çok tatminkardı
□ Genellikle tatminkardı
□ Yarısında tatminkardı yarısında tatminkar değildi
□ Genellikle tatminkar değildi
□ Hiç tatminkar değildi

14. Son 4 hafta içinde cinsel uyarılma veya cinsel ilişki sırasında siz veya eşiniz arasındaki **duygusal yakınlık ne kadar tatminkardı?**

□ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
□ Çok tatminkardı
□ Genellikle tatminkardı
□Yarısında tatminkardı yarısında tatminkar değildi
□ Genellikle tatminkar değildi
□ Hiç tatminkar değildi

15. Son 4 hafta içinde eşinizle (partnerinizle) cinsel ilişkiniz **ne kadar tatminkardı?**

□ Çok tatminkardı
□ Genellikle tatminkardı
□ Yarısında tatminkardı yarısında tatminkar değildi
□ Genellikle tatminkar değildi
□ Hiç tatminkar değildi

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

□ Çok tatminkardı
□ Genellikle tatminkardı
□ Yarısında tatminkardı yarısında tatminkar değildi
□ Genellikle tatminkar değildi
□ Hiç tatminkar değildi

17. Son 4 hafta içinde vaginal giriş (duhul) **sırasında** ne sıklıkta **ağrı veya rahatsızlık** duydunuz?

□ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
□ Hemen her zaman veya her zaman
□ Çoğu zaman (geçen sürenin yarısından fazlasında)
□ Bazen (geçen sürenin yarısında)
□ Birkaç kez (geçen sürenin yarısından azında)
□ Hemen hemen hiç veya hiçbir zaman

18. Son 4 hafta içinde vaginal girişi (duhulu) **takiben** ne sıklıkta **ağrı veya rahatsızlık** duydunuz?

□ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
□ Hemen her zaman veya her zaman
□ Çoğu zaman (geçen sürenin yarısından fazlasında)
□ Bazen (geçen sürenin yarısında)
□ Birkaç kez (geçen sürenin yarısından azında)
□ Hemen hemen hiç veya hiçbir zaman

19. Son 4 hafta içinde vaginal girişi (duhul) sırasında veya sonrasında duyduğunuz **ağrı veya rahatsızlığın derecesini** nasıl değerlendiririsiniz?

□ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım

□ Çok yüksek

□ Yüksek

□ Orta

□ Düşük

□ Çok düşük veya hiç

EK-4 Jinekolojik Kanser Tedavisi Gören Kadınlara Yönelik Cinsel Yaşam Eğitim Kitapçığı



JİNEKOLOJİK KANSER TEDAVİSİ GÖREN KADINLARA YÖNELİK CİNSEL YAŞAM EĞİTİM KİTAPÇIĞI

HAZIRLAYAN
Şule TUNUG

DANIŞMAN
Prof. Dr. Şule GÖKYILDIZ SÜRÜCÜ

Çukurova Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı

Adana, 2020



Bu kitapçık "Kemoterapi Uygulanan Jinekolojik Kanserli Kadınlara Verilen Cinsel eğitimin Yaşam Kalitesi ve Cinsel Yaşam Üzerine Etkisinin Belirlenmesi" başlıklı yüksek lisans tezi kapsamında Çukurova Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimi tarafından TYL-2020-12965 proje numarası ile desteklenmiştir.

İÇİNDEKİLER

Önsöz
Vücudumuzu Tanıyalım
Cinsellik ve Cinsel Yaşam Kavramı
Cinsel Yanıt Döngüsü
Cinsel Yanıt Döngüsünde Yaşanan Sorunlar
Cinsel Davranışlarla Etkileşimde Olan Faktörler
Jinekolojik Kanser Tedavilerinin Cinsel Yaşama Etkileri.....
Cinsel Yaşama ve Yaşanılan Şikayetlere İlişkin Sorunların Giderilmesinde Destekleyici Öneriler
Kaynaklar

ÖNSÖZ

Bu kitapçık, jinekolojik kanserli kadınlara tedavi süreçleri boyunca deneyimledikleri cinsel sorunlara yönelik bilgilendirme yapmak ve bu süreçte kaliteli bir cinsel yaşam sürmeleri için yardımcı olmak amacıyla hazırlanmıştır.

Kanser tanısı alan hastalarda cinsel sorunlar, sağlık endişesi ile ilk anda ön sıralarda yer almamaktadır. İçinde bulunduğu durumun stresi ile baş etme, iyileşme çareleri arayışı ve ölüm korkusu nedeniyle hasta için cinsel sağlık akla gelen en son konu olmasına karşın, kanser tedavisinden sonra ilk sırada yer alan sorun haline gelebilmektedir.

Cinsellik hem en çok merak edilen, hem de en çok yasaklanan, hem en çok konuşulan hem de aslında hiç konuşulamayan, çok bilindiği iddia edilen ama aslında çok az bilinen, bir yanda övünülürken diğer yanda utanılan bir durumdur.

Öncelikle bu sizin hayatınız ve yapacağınız her şey siz istediğiniz için olmalıdır. Bu kitapçıkta yer alan bilgilerin sizinve eşinizincinsel sorunlarını azaltarak, sağlıklı ve kaliteli bir cinsel yaşam sürmenize katkı sağlamasını diliyoruz.

KAYNAKLAR

1) Akıncı A. Aksoy S. Kanserli Kadınlarda Cinsel Sorunlar, JAREN 2019;5(2):156-162.

2) Bilge Ç. Jinekolojik Kanserli Kadınlarda Plissit Modeli Doğrultusunda Yapılan Cinsel Danışmanlığın Etkinliği, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora Tezi. 2017.

3) Brandenburg D, Grover L, Quinn B. Intimacy & Sexuality for Cancer Patients and their Partners a Booklet of Tips & Ideas for your Journey of Recovery. Pan-Birmingham Cancer Psychology Service Cancer Centre, Queen Elizabeth Hospital University Hospital Birmingham, 2010.

4) Oskay Ü. Başgöl Ş. Jinekolojik Kanser Hastalarında Yaşanan Cinsel Sorunlar ve Bu Sorunların Giderilmesinde Kullanılan Model Ve Yaklaşımlar, Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 31(1): 108-119, 2015

5) Sexuality, Intimacy and Cancer, A guide for people with cancer and their partners, Ed: Jenny Mothoneos. Cancer Council Australia 2019. ISBN 978 1 925651 50 8,

6) Young K. Manage Sex and Intimacy during and after Gynecologic Cancer Treatment. University Health Network Patient Education. 2019.

7) Taşkın L. Üreme sisteminin anatomisi, Ed: Lale Taşkın, Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, Akademisyen Tıp Kitabevi, 2016:35-44

8) 100 Kamasutra Seks Pozisyonu. https://www.aysetolga.com/100-kamasutra-seks-pozisyonu. Erişim Tarihi:15.01.2020.

EK-5 Etik Kurul Kabul Onayı

EK-6 Araştırmanın Yürütüldüğü Kurumun Resmi İzin Yazısı

T.C.
CERRAHİ TIP BİLİMLERİ BÖLÜM BAŞKANLIĞI
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Başkanlığı

Sayı : 94155051-302.14.99/
Konu : Tez Çalışması Hk.

TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

Ilgi : 31104263 - 10/01/2020 tarihli, 4811 sayılı ve "Tez Çalışması" konulu yazı.

Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü Öğretim Üyesi Doç. Dr. Şule GÖKYILDIZ SÜRÜCÜ'nün sorumlu araştırmacı, Yüksek Lisans Öğrencisi Şule TUNUĞ'un yardımcı araştırmacı olarak yürüteceği "Kemoterapi Uygulanana Jinekolojik Kanserli Kadınlara Verilen Cinsel Eğitiminin Yaşam Kalitesi ve Cinsel Yaşam Üzerine Etkisinin Belirlenmesi" başlıklı Yüksek Lisans Tez çalışmasının Anabilim Dalımıza bağlı Jinekolojik Kliniğinde yapması tarafımızca uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır
Prof.Dr. Mehmet Ali VARDAR
Anabilim Dalı Başkanı

e-imzalıdır
Prof.Dr. Osman Metin YAVUZ
Bölüm Başkanı

EK-7 Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

Gönüllülerin Bilgilendirildiği Ve Rızasının Alındığını Gösteren Onam Formu

Değerli katılımcı;

Bu çalışma Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü tarafından yürütülecektir. Bu çalışma Ç.Ü Balcalı Hastanesi Kadın Hastalıkları kliniğinde kemoterapi uygulanan jinekolojik kanserli kadınlara verilen cinsel eğitimin yaşam kalitesi ve cinsel yaşam üzerine etkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Bu çalışmaya kendi isteğinizle girebilir, girmeyebilir ya da istediğiniz aşamada çalışmadan ayrılabilirsiniz. Eğer katılmayı reddederseniz, bu durum tıbbi bakımınıza ve sağlık personeli ile olan ilişkinize herhangi bir zarar getirmeyecektir.

Çalışma ekibi, kişisel bilgilerinizi, araştırmayı ve istatistiksel analizleri yürütmek için kullanacaktır ve araştırmanın sonuçları tıbbi literatürde yayınlanabilecektir. Kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır.

Bu çalışmaya katılmanızı ve iş birliği yapmanızı arzu ediyoruz. Yardımlarınız için şimdiden teşekkür ediyoruz.

Çalışmaya katılmayı kabul ediyorum ( )

Çalışmaya katılmayı kabul etmiyorum ( )

GÖNÜLLÜNÜN ADI SOYADI:

İMZA:

TARİH:

AÇIKLAMAYI YAPAN ARAŞTIRICININ ADI SOYADI:

İMZA:

TARİH:

ÖZGEÇMİŞ

Şule Tunuğ, İlkokuluve lise öğrenimini Adana İmamoğlu'nda tamamladı. 2004 yılında Balıkesir ÜniversitesiSağlık Yüksekokulu Ebelik Bölümünü kazandı.

Lisans eğitimini 2008 yılında tamamladı ve aynı yılBaşkent Üniversitesi Seyhan Hastanesi'nde göreve başladı. 2009 yılındaÇukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Kadın Doğum-2 (jinekoloji) servisinde çalışırken Sağlık Bakanlığının yayınladığı kararname ile 2013 yılında hemşirelik yetkisini alarak görevine hemşire olarak devam etti. 2014'te Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Tezsiz Yüksek Lisans programında eğitimine başladı ve 2016 yılında mezun oldu. Çalışma hayatı boyunca pek çok sempozyum ve konferansta bulundu. 2017 yılında Sağlık Bakanlığı ve Onkoloji Hemşireleri Derneği tarafından düzenlenen 'Onkoloji Hemşireliği Sertifikalı Eğitimi'ni başarıyla tamamlayarak 'Onkoloji Hemşireliği Sertifikası'nı almaya hak kazandı. 2019 yılında Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı'nda yüksek lisans eğitimine başladı. Tez döneminde 'Uluslararası Entegratif Kognitif Psikoterapi Enstitüsü' tarafından düzenlenen 'Cinsellik, Cinsel Terapi ve Cinsel Tedaviler Eğitimi'nin teorik ve pratik eğitimlerini almaya başlamıştır ve başarıyla devam etmektedir.

HalenÇukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Kadın Doğum-2 (Jinekolojik Onkoloji) servisinde kemoterapi hemşiresi olarak çalışmaktadır.