T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI

TEDAVİ ALMIŞ JİNEKOLOJİK KANSER HASTALARINDA CİNSEL İŞLEV BOZUKLUKLARI İLE YAŞAM KALİTESİ, ANKSİYETE VE DEPRESYON İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. BURCU SARICI

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL 2020

T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
PSİKİYATRİ ANABİLİ DALI

TEDAVİ ALMIŞ JİNEKOLOJİK KANSER HASTALARINDA CİNSEL İŞLEV BOZUKLUKLARI İLE YAŞAM KALİTESİ, ANKSİYETE VE DEPRESYON İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. BURCU SARICI

UZMANLIK TEZİ

Tez Danışmanı: Prof. Dr. KEMAL SAYAR

Tez Danışmanı: Doç. Dr. İLKNUR ALSAN ÇETİN

İSTANBUL 2020

ÖNSÖZ

Psikiyatri eğitimine başladığım andan itibaren, öğrencisi olmaktan büyük mutluluk duyduğum, iyi bir eğitim almamız için çabalayan, sürekli okuyan, öğreten, ilham veren ve bu çalışmaya sonsuz katkı sağlayan Prof. Dr. Volkan Topçuoğlu'na,

İyi bir psikiyatrist olma yolunda attığımız adımları her zaman destekleyen, bu alanda bize yeni kapılar aralayan, sürekli okumaya ve öğrenmeye teşvik eden, kongreler ve yurt dışı eğitimlerine gitmemiz konusunda sürekli motive eden, yardımcı olan Prof. Dr. Kemal Sayar'a,

Psikiyatri alanında daha donanımlı olmamız yönünde bize yol gösteren, psikiyatrinin en zor alanlarından birinde özel dal polikliniğini yaparak bizlere bu alanda bilgi ve tecrübe kazandıran Prof. Dr. Yıldız Akvardar'a,

Herkese karşı anlayışla yaklaşan, asistanlarına her zaman yardımcı olmaya çalışan, psikiyatriyi seven ve sevdiren Doç. Dr. Mesut Yıldız'a,

Asistanlarına kaliteli bir eğitim sağlayan ve bu nedenle kendimi hep şanslı hissettiğim, bilgilerini, tecrübelerini bize aktararak zorlandığımız vakalarda bize yeni penceler açarak ufkumuzu genişleten Dr. Axel Würz'e,

Emekli olmalarına veya ayrılış yapmalarına rağmen asistanlarından kopmadan, bilgi ve tecrübelerini aktarmak için eğitimler düzenleyen, her biri kendi alanında en iyiler arasında yer alan ve bizlere ilham kaynağı olan Prof. Dr. Kaan Kora, Prof. Dr. Mehmet Zihni Sungur ve Prof. Dr. Kemal Kuşçu'ya,

Bu tezin her aşamasında katkıları olan ve desteklerini bir an olsun esirgemeyen, kendi asistanlarından ayırt etmeden yardımcı olan radyasyon onkolojisinden Doç.Dr. İlknur Alsan Çetin ve ekibine,

En az hocalarım kadar üzerimde emeklerinin olduğunu düşündüğüm, zorlandığım vakalarda her zaman desteklerini gördüğüm, birlikte çalışmaktan çok keyif aldığım sevgili uzmanlarımız Ömer Yanartaş, Neşe Yorguner, Serhat Ergün, Necati Serkut Bulut, Ayşe Sakallı Kani, Erdoğdu Akça ve Rümeysa Taşdelen'e,

Asistanlığa ilk başladığım andan itibaren iş ortamını aile ortamına çeviren, arkadaşları olmaktan her zaman gurur duyduğum ve kendimi bu açıdan şanslı hissettiğim, hayatımı renklendiren her biri birbirinden kıymetli canım arkadaşlarım Erensu Baysak, Melike Dönmez, Ahmet Özercan ve Ferda Volkan Gönüllü'ye,

Birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum, bulundukları ortamı neşelendiren Muhammet Akbolat, İsmail Peker, Alphan Anak, Ayşe Ceren Kaypak, Cansu Budak, Cansun Şahin başta olmak üzere her biri birbirinden değerli asistan arkadaşlarıma,

Psikiyatri bölümünü güzelleştiren, görevlerini en iyi şekilde yapan servisimizde ve polikliniğimizde görevli tüm psikolog, hemşire, sekreter ve personellere,

Sadece bu süreçte değil, her zaman destek olan, yanımda olan Nursen Sümer, Tuğçe Sakallıoğlu ve diğer yakın arkadaşlarıma,

Ve çok sevdiğim canım aileme,

Sonsuz Teşekkürler…

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ ..... **i**
İÇİNDEKİLER ..... **iii**
ÖZET ..... **v**
ABSTRACT ..... **vii**
KISALTMALAR ..... **ix**
TABLOLAR ..... **xi**
ŞEKİLLER ..... **xii**
1.GİRİŞ ve AMAÇ **1**
2. GENEL BİLGİLER **3**
2.1. Endometrium Kanseri 3
2.1.1 Epidemiyoloji 3
2.1.2. Risk Faktörleri 4
2.1.3. Klinik Bulgular ve Semptomlar 4
2.1.4. Endometrium Kanserinde Tanı 5
2.1.5. Endometrium Kanserinde Evreleme 6
2.1.6. Endometrium Kanserinde Tedavi 8
2.1.6.1. Cerrahi 9
2.1.6.2. Radyoterapi 10
2.1.6.2.1. Eksternal radyoterapi 11
2.1.6.2.2. Vajinal brakiterapi 12
2.1.6.2.3.Kemoterapi 13
2.2. Serviks Kanseri 14
2.2.1. Epidemiyoloji 14
2.2.2. Risk Faktörleri 15
2.2.3. Klinik Bulgular 16
2.2.4. Serviks Kanserinde Tanı 16
2.2.5. Serviks Kanserinde Evreleme 17
2.2.6. Serviks Kanserinde Tedavi 18
2.2.6.1. Radyoterapi 19

2.3. Jinekolojik Kanser Hastalarında Psikiyatrik Belirtiler 20
2.4. Cinsellik ve Cinsel İşlevler 21
2.4.1. Giriş 21
2.4.2. Kadın Cinsel İşlev Bozuklukları 26
2.4.2.1. Kadında Cinsel İlgi/Uyarılma Bozukluğu 26
2.4.2.2. Kadında Orgazm Bozukluğu 28
2.4.2.3. Cinsel Organlarda-Pelviste Ağrı/ İçe Girme Bozukluğu 29
2.4.3. Jinekolojik Kanser Hastalarında Cinsel İşlevler 31
3.GEREÇ ve YÖNTEM 33
3.1.Örneklem Seçimi 33
3.2.Veri Toplama Araçları 34
3.2.1.Sosyodemografik Veri Formu 34
3.2.2.Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADS) 35
3.2.3.Kadın Cinsel İşlev Ölçeği 35
3.2.4.Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği 36
3.2.5.Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF- 36) 36
3.3.İstatistiksel Yöntem 37
4.BULGULAR 38
5.TARTIŞMA 51
6.SONUÇ ve ÖNERİLER 58
7.KAYNAKLAR 59
8.EKLER 75
Ek-1: Etik Kurul Onay Formu 75
Ek-2: Gönüllü Onam Formu 76
Ek-3: Sosyodemografik Veri Formu 80
Ek-4: Hastane Anksiyete-Depresyon Ölçeği 82
Ek-5: Kadın Cinsel İşlev Ölçeği 83
Ek-6: Rosenberg Benlik Saygı Ölçeği 85
Ek-7: SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği 86

ÖZET

Amaç: Jinekolojik kanser hastalarında, depresyon, anksiyete, benlik saygısında azalma, uyku bozuklukları gibi psikiyatrik sorunlar ve cinsel işlev bozuklukları görülebilmekte olup, yaşam kalitesi olumsuz yönde etkilenmektedir. Bu çalışmada, tedavi uygulanmış jinekolojik kanser hastalarında tedavi sonrası cinsel işlevler değerlendirilmiş olup, cinsel işlev bozuklukları ile anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmaya Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Radyasyon Onkolojisi polikliniğinde takip edilen, en son 6 ay ile 5 yıl önce radyoterapi görmüş ve son 6 ayda herhangi bir kanser tedavisi almamış, aktif cinsel yaşantısı olan 41 jinekolojik kanser tanılı kadın hastalar dahil edilmiştir. Katılımcılara kesitsel anket araştırma yöntemi uygulanarak depresyon, kaygı düzeyleri ve cinsel işlev bozuklukları saptanmıştır. Veri toplamak için; Sosyodemografik veri formu, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADS), Kadın Cinsel İşlev Ölçeği (FSFI), Yaşam Kalite Ölçeği (SF-36) kullanılmıştır**.**

Bulgular: Jinekolojik kanser tanılı hastaların %68,2'sinde (n=28) cinsel işlev bozukluğu saptanmıştır. Anksiyete ile FSFI toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon bulundu (p=0,015). Yaşam kalitesi alt ölçeklerinden fiziksel fonksiyon, enerji/yorgunluk, ağrı ve ruhsal sağlık ile FSFI toplam puanları arasında da istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulundu (sırasıyla p=0,024, p=0,049, p=0,024, p=0,022). Spearman and Pearson korelasyon testleri kullanılmıştır. Tedavi türleri ile cinsel işlev bozukları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Ruhsal sağlık skorlarını etkileyen faktörler çoklu lineer regresyon analizi ile değerlendirildiğinde komorbidite varlığı (β=-0,415; p=0,010) ruhsal sağlık skoru ile negatif yönde ilişkili bulunurken FSFI skorunun (β=0,339; p=0,022) ruhsal sağlık skorunu pozitif yönde etkilediği saptanmıştır.

Sonuç: Bu çalışma, tedavi uygulanmış jinekolojik kanser hastalarında yüksek oranda cinsel işlev bozukluğu olduğunu göstermektedir. Ayrıca cinsel işlev bozukluklarının psikiyatrik komorbiditeler ve yaşam kalitesi ile bağlantılı olduğu sonucuna

varılmıştır. Sonuçlar, jinekoloji kanser hastalarının bakımı için, tedavi ve sağkalım sırasında karşılaşılan cinsel sağlık sorunlarının multidisipliner bir yaklaşımla ele alınması gerektiğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Jinekolojik kanser, tedavi, cinsel işlev, anksiyete-depresyon

ABSTRACT

Aim: In gynecological cancer patients, psychiatric problems such as depression, anxiety, low self-esteem, sleep disorders and sexual dysfunction may be observed and such psychiatric problems have been shown to negatively affect quality of life. In this study, post-treatment sexual functions were evaluated in gynecological cancer patients. The aim of this study was to investigate the relationship between sexual dysfunction, anxiety, depression and quality of life.

Method: The study included 41 female gynecological cancer patients who were examined at Marmara University Training and Research Hospital's Radiation Oncology outpatient clinic. Each patient had undergone radiotherapy 6 months to 5 years prior, had received no cancer treatment in the last 6 months and had an active sexual life. Patients' levels of depression, anxiety and sexual dysfunction were assessed by applying the cross-sectional questionnaire research method. To collect data, academically accepted measurement tools were used (Sociodemographic data form, Hospital Anxiety and Depression Scale, Female Sexual Function Scale, Life Quality Scale (SF-36)).

Results: Some form of sexual dysfunction was found in 68,2% (n=28) of patients diagnosed with gynecological cancer. A statistically significant correlation was found between anxiety and FSFI total scores (p=0,015). A statistically significant correlation was also found between physical function, energy/fatigue, pain, and mental health, which are sub-scales of quality of life, and FSFI total scores (p=0,024, p=0,049, p=0,024, p=0,022). Spearman and Pearson correlation tests were used. There was no significant difference between treatment types and sexual dysfunction. When the factors affecting mental health scores were evaluated with multiple linear regression analysis, the presence of comorbidity (β=-0,415; p=0,010) was found to be negatively correlated with the mental health score, while the FSFI score (β= 0,339; p=0,022) was found to positively affect the mental health score.

Conclusion: This study shows that there is a high rate of sexual dysfunction in gynecological cancer patients. In addition, it was concluded that sexual dysfunction

is associated with psychiatric comorbidities and quality of life. Lastly, the results show gynecological patient care can be improved by applying a multidisciplinary approach to address sexual health problems encountered both during treatment and survival.

Key words: Gynecological cancer, treatment, sexual function, anxiety-depression

KISALTMALAR

ABD : Amerika Birleşik Devletleri

AJCC : American Joint Committee on Cancer

ASCCP : The American Society for Colposcopy and Cervical Pathology

BT : Bilgisayarlı Tomografi

CBCT : Cone-Beam Computed Tomography

CIN : Cervical İntraepithelial Neoplasia

DES : Dietilstilbestrol

DSM : The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

D&C : Dilatasyon ve Küretaj

ERT : External Radyoterapi

FIGO : International Federation of Gynecology and Obstetrics

FSAD : Kadın Cinsel Uyarılma Bozukluğu

FSFI : Kadın Cinsel İşlev Ölçeği

FSIAD : Kadın Cinsel İlgi / Uyarılma bozukluğu

GOG : Gynecologic Oncology Group

GPPD : Genito-Pelvik Ağrı / Penetrasyon bozukluğu

HADS : Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği

HPV : Human Papillomavirus

HSDD : Kadın Hipoaktif Cinsel İstek Bozukluğu

IARC : International Agency for Research on Cancer

ICD **:** International Classification of Disease - Uluslararası Hastalık Sınıflandırması

LN **:** Lenf Nodu

KOK **:** Kombine Oral Kontraseptif

MRI **:** Manyetik Rezonans Görüntüleme

NCCN **:** The National Comprehensive Cancer Network

Pap **:** Papanicolaou

PET/CT **:** Positron Emission Tomography/Computed Tomography

PORTEC **:** Post-Operative Radiation Therapy for Endometrial Carcinoma

RBSÖ **:** Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği

SEER **:** Surveillance, Epidemiology and End Results

SF-36 **:** Yaşam Kalite Ölçeği- Kısa Formu

SSRI **:** Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörleri

TAH-BSO **:** Total Abdominal Histerektomi ve Bilateral Salpingo-Ooferektomi

TNM **:** Tumor-Node-Metastasis

VBT **:** Vajinal Brakiterapi

WHO **:** Dünya Sağlık Örgütü

YART **:** Yoğunluk Ayarlı Radyoterapi

TABLOLAR

Tablo 1: Endometrium Kanseri AJCC-TNM ve FIGO Cerrahi Evreleme Sistemi (NCCN Guidelines 2020)

Tablo 2: Serviks kanseri FIGO evreleme sistemi

Tablo 3: Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

Tablo 4: Jinekolojik kanser hastalığına ilişkin bilgiler

Tablo 5: Ek hastalıklara ilişkin bilgiler

Tablo 6: Hastaların ölçek ve alt ölçek skorlarına ait tanımlayıcı istatistikler ve güvenilirlik katsayıları

Tablo 7: Hastaların genel özelliklerine göre FSFI ölçek ve alt ölçek skorları

Tablo 8: Hastaların tanısı, aldıkları tedaviye göre FSFI ölçek ve alt ölçek skorları

Tablo 9: Hastaların FSFI ölçek ve alt ölçek skorları ile diğer ölçek ve alt ölçek skorları arasındaki korelasyon

Tablo 10: ERT/Brakiterapi tedavisi alan ve sadece brakiterapi alan hastaların ölçek ve alt ölçek skorları

Tablo 11: Hastalarda fiziksel fonksiyon, ağrı, enerji/yorgunluk ve ruhsal sağlık skorlarını etkileyen faktörler çoklu lineer regresyon analizi ile belirlenmesi

ŞEKİLLER

Şekil-1: Erkekte Cinsel Yanıt Döngüsü

Şekil-2: Kadında Cinsel Yanıt Döngüsü

Şekil-3: Basson'un Cinsel Yanıt Döngüsü

1.GİRİŞ ve AMAÇ

Jinekolojik kanserler; endometrium, serviks, vulva, vajina ve overi etkileyen kanserlerdir. Kadınlar arasında meme kanserinden sonra en sık görülen ikinci kanserdir ve yaklaşık %17'sini oluşturur (1). Kadın populasyonunda morbidite ve mortalitenin en önemli nedenleri arasında yer almaktadır. Serviks ve endometrium kanserlerinde 5 yıllık sağkalım oranları sırasıyla %70 ve %80'dir (2). Sağkalım oranlarındaki bu artış, araştırmacıların yaşam kalitesine ve yaşam kalitesinin önemli bir parçası olan cinsel işlevlere daha çok odaklanmasına neden olmuştur (3).

Günümüzde endometrium ve serviks kanserinde primer uygulanan tedaviler arasında yer alan radyoterapide X ışını ve/veya radyoaktif maddeler kullanılarak kanserli hücrelerin öldürülmesi amaçlanır. Radyoterapinin akut ve kronik yan etkileri arasında dermatit, mukozit, genitoüriner, gastrointestinal ve cinsel fonksiyonları etkileyebilecek vajinal stenoz gibi yan etkiler görülebilmektedir (4, 5). Jinekolojik kanser tedavisinde yer alan radyoterapinin cinsel sağlığa etkisi halen tartışmalıdır (6).

Jinekolojik kanser tanısı alan kadınlar arasında, tedavi ve iyileşme sürecinde bildirilen cinsel işlev bozukluğu oranları genel kadın populasyondaki oranlardan daha yüksektir. Bu alanda giderek artan araştırmacılar, jinekolojik kanserin ve tedavilerinin kadınların cinsel iyiliği üzerindeki etkisini incelediler. Yapılan bu araştırmalar, yalnızca deneyimin anatomik, fiziksel, maddi yönlerine odaklanma eğiliminde olduğu ve cinsel iyilik halinin büyük ölçüde 'memnuniyet' ve 'işlevsellik' açısından değerlendirildiği yönünde eleştiriler almıştır (7, 8, 9).

Bununla birlikte, cinsiyet ve cinsel refahı çok yönlü bir yapı olarak konumlandıran araştırmalar, jinekolojik kanserin ve tedavisinin etkilerinin mutlaka deneyimin anatomik, fiziksel veya cinsel performans boyutlarıyla sınırlı olmadığını; cinsel sorunlara psikiyatrik komorbiditelerin de eşlik edebileceğini ve bu durumun yaşam kalitesini de etkileyebileceğini göstermektedir (10, 11).

Jinekolojik kanser hastalarında cinsel işlev bozukluğu prevalansının yüksek olmasına rağmen cinsel sağlık sorunlarına nadiren dikkat edilir. The National Comprehensive Cancer Network (NCCN) tarafından, hayatta kalmaya yönelik kılavuzlar sunulmuş ve cinsel sağlığın ilk olarak 2013 yılında bir bireyin genel fiziksel ve duygusal iyiliğinin önemli bir parçası olduğu vurgulanmıştır. Cinsel İşlev için 2017 NCCN kılavuzunda, sağlık hizmeti sağlayıcılarının düzenli aralıklarla cinsel işlev hakkında sorular sorması önerilmektedir.

Jinekolojik kanser hastaları, tedavinin cinsel sağlık üzerindeki etkileri konusunda daha fazla bilgi sahibi olmak ve çoğu doğrudan sormasa bile cinsel sağlıkla ilgili tedavi sonrası danışmanlık almak istemektedir. Bu çalışmada, jinekolojik kanser hastalarının tedavi sonrası cinsel işlevleri değerlendirilmiş olup, cinsel işlev bozukluklarının, anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin araştırılması amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Endometrium Kanseri

2.1.1 Epidemiyoloji

Endometrium kanseri; uterinkavitenin iç tabakasını oluşturan endometrial hücrelerden köken alan, kadın üreme organlarının en yaygın kanseridir. Uterin korpus kanserinin sıklıkla endometrium kanseri olarak adlandırılmasının nedeni vakaların %92'sinin endometrium kökenli olmasıdır (12). Uterin kaviteden köken alan ve endometrium kanserine oranla daha az görülen diğer kanser, uterin sarkomdur. Kadın genital trakt malignitelerinin yaklaşık %1'ini ve uterinkorpus malignitelerinin ise %3-%7'sini oluşturmaktadırlar (13).

Surveillance, Epidemiology and End Results (SEER) verilerine göre yılda 26 (100,000'de) kadına endometrium kanseri teşhisi konulmaktadır. Yaşam boyu endometrium kanserine yakalanma oranı %2,9 ve yıllık endometrium kanserinden ölüm oranı 4,6 (100,000'de) olarak bildirilmiş olup, kanser nedenli ölümlerde sekizinci sırada yer almaktadır (14, 15).

International Agency for Research on Cancer (IARC) veritabanı tarafından hazırlanan verilere göre, Türkiye'de 2018 yılında tahmini 5,463 yeni endometrium kanser vakasının olduğu ve 1,051'nin kanser nedeniyle öldüğü yönündedir.

Türkiye Sağlık İstatistiği 2016 verilerine göre ülkemizde kadınlarda en sık görülen ilk 3 kanser sırasıyla meme, tiroid ve kolorektal kanserlerdir. Uterin korpus kanseri 4.sırada yer almakta olup %5,5 sıklıkta görülmektedir (16).

Endometrium kanseri esas olarak menopoz sonrası kadınları etkiler. Endometrium kanseri en sık 55-64 yaşlarında görülmekte olup ortalama 62 yaşında tanı alır ve en sık ölüm 65-74 yaşları aralığında, ortalama 70 yaşında gerçekleşir. Hastaların %5'inden azı 40 yaşın altındadır. Hastaların çoğu erken evre hastalıkta başvurduğu için prognozları genellikle iyidir. 2008-2014 döneminde tüm hastalar

için 5 yıllık sağ kalım oranı %81,1'dir. Uterus ile sınırlı hastalığı olanlarda 5 yıllık sağ kalım oranı %94,4'e yükselmektedir (17).

2.1.2. Risk Faktörleri

En sık rastlanan endometriyal kanser türü olan endometrioid karsinom gelişimini etkileyen risk faktörlerinin çoğu vücutta karşılanmamış östrojen ile ilişkilidir (18, 19).

En önemli risk faktörlerinden biri olan obezite, normal kilolu kadınlara göre endometriyal kanser gelişme riskini 2-4 kat arttırmaktadır. Bunun nedeni vücuttaki yağ dokusundan sentezlenen östrojen hormonunun, obezite ile birlikte olması gereken seviyenin üzerine çıkmasıdır.

Diğer risk faktörleri arasında erken menarş, geç menopoz, nulliparite ve infertilite yer almaktadır. Ayrıca endometrium kanseri, hipertansiyon ve diyabet gibi durumlarla da ilişkilendirilmiştir ancak bunların gerçek bağımsız risk faktörleri mi yoksa obezite veya metabolik sendrom ile mi ilişkili olduğu açık değildir (20). Meme kanserinin tedavisinde kullanılan tamoksifenin de endometrium kanser gelişim riskini arttırdığı gösterilmiştir (21). Ailede endometriyal kanser öyküsünün bulunması, özellikle 50 yaşın altındaki kadınlarda artmış risk ile ilişkilendirilmiştir (22).

En az bir yıl süre ile kombine oral kontraseptif (KOK) kullanımının veya sigara kullanımının, endometriyal kanser gelişim riskini azalttığı saptanmıştır (23).

2.1.3. Klinik Bulgular ve Semptomlar

Endometriyal kanser tanısı alan kadınların çoğunda erken dönem belirtiler görülmektedir. Endometrium kanserinin en yaygın ve önemli belirtisi, vakaların %90'ında tek bir bulgu olarak ortaya çıkan anormal vajinal kanamadır (23). Özellikle menopoz sonrası dönemde vajinal kanama olarak tanımlanan "postmenopozal

kanama" hastaların yaklaşık %15-20'sinde saptanmıştır. Postmenopozal dönemde herhangi bir kanama anormaldir ve değerlendirmeyi gerektirir. Spesifik olmayan bir başka semptom ise akıntıdır. Premenopozal veya perimenopozal hastalarda düzensiz kanamalar veya menoraji de olabilir.

Endometrium kanserinin diğer belirtileri arasında, pelvise bası yapan kitlenin varlığı nedeniyle pelviste ağrı, bağırsak veya mesane alışkanlıklarında değişiklikler bulunmaktadır.

2.1.4. Endometrium Kanserinde Tanı

Endometrium kanser tanısı koymak için öncelikle ayrıntılı bir medikal öykü ve pelvik muayeneyi de içeren fizik muayenenin ardından Papanicolaou (Pap) testi yapılır (24). Medikal öyküde özellikle obezite, hipertansiyon, diabetes mellitus, tamoksifen kullanımı, nulliparite, aile öyküsü, pelvik radyoterapi öyküsü gibi endometriyal kanser ile ilişkili olabilecek risk faktörlerinin sorgulanması önemlidir.

Hastaların çoğunda erken evre hastalık vardır ve pelvik muayenede önemli anormallikler saptanmaz. Bununla birlikte servikal yayılımı, vajinal metastazları ve adneksiyal patolojiyi dışlamak için tam bir pelvik muayene yapılmalıdır.

Transvajinal ultrasonografi ve endometriyal biyopsi veya dilatasyon ve küretaj (D&C) gibi ayakta tedavi prosedürleri ile endometriyal kanser olduğundan şüphelenilen hastaların %90'ından fazlasında tanı koyulabilmektedir. Endometriyal biyopsi; endometrial dokunun pipelle örnekleme yaparak veya D&C yöntemi ile çıkarılması ile yapılır.

İlk değerlendirmede hangi yöntemin kullanıldığına bakılmaksızın, vajinal kanamanın devam etmesi durumunda ve endometriyum kanserinin klinik şüphesi varlığında D&C yöntemi uygulanması önerilmektedir.

Histeroskopi, endoserviksin ve endometriyal kavitenin doğrudan görsel değerlendirmesine olanak sağlar, diğer prosedürler tanısal olmadığında semptomatik hastalarda herhangi bir görünür anormal yapının biyopsisine rehberlik eder.

2.1.5. Endometrium Kanserinde Evreleme

Endometrium tanısı konulduktan sonra preoperatif değerlendirme ve evreleme yapılır. Endometrium kanserinde evreleme, kanserin yaygınlığını evrelere ayırarak hastalığın prognozunu ve cerrahi sonrası ek tedavi gerekip gerekmediğini ortaya koymak amacıyla yapılan bir uygulamadır. Bu amaçla, cerrahi bir evreleme olan ve en son 2010 yılında revize edilen International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) sistemi kullanılmaktadır (25). Ayrıca American Joint Committee on Cancer (AJCC) tarafından hazırlanan TNM evrelemesi de kullanılmaktadır.

Hastanın genel değerlendirmesinde standart kan testleri ve göğüs grafisi de yer almalıdır. Bilgisayarlı tomografi (BT) ve manyetik rezonans görüntüleme (MRI), ameliyat olacak Evre I hastalığı olan hastalar için rutin olarak yapılmamaktadır; ancak lokal olarak ilerlemiş hastalıktan şüpheleniliyorsa görüntüleme yapılmalıdır. İntravenöz olarak uygulanan ve kontrast madde kullanılan MRI, miyometriyal invazyonu belirlemede ve Evre II hastalığı teşhis etmede BT'den üstündür (26). Positron Emission Tomography/Computed Tomography (PET/CT) takipler sırasında nüksün değerlendirilmesi ve pelvik nod metastazlarının cerrahi öncesi değerlendirilmesi için önerilmektedir.

FIGO evreleme sistemi pelvik lenfadenektomi gerektirmesine rağmen, lenfadenektominin rolü, tanısal ve prognostik bir prosedür olup olmadığı veya terapötik olup olmadığı tartışmalıdır. En yaygın olarak, lenfadenektomi yüksek dereceli malignite veya ameliyatta saptanan derin miyometriyal invazyonu olanlar için tanımlanmıştır (27).

Endometriyal kanser evreleri Evre I (1) ile IV (4) arasında değişmekte olup, vücudun diğer bölgelerine yayılımını göstermektedir. Kanserli hastaların yaklaşık dörtte üçü tanı anında Evre I'dir (28). Bu cerrahi evreleme sorunlarına yaklaşım

jinekologlar ve jinekolojik onkologlar arasında ayrıca farklı ülkeler arasında da değişiklik göstermektedir.

Tablo 1: Endometrium Kanseri AJCC-TNM ve FIGO Cerrahi Evreleme Sistemi (NCCN Guidelines 2020)

Tümör (T)	Evre (FIGO)	Birincil tümör
TX		Birincil tümör değerlendirilemez
T0		Birincil tümör ait kanıt yok
T1	**I**	Tümör uterusta sınırlı
T1a	**IA**	Tümör endometriumda sınırlı ve/veya myometriumda %50'den az invazyon
T1b	**IB**	Myometriumda %50'den daha fazla invazyon
T2	**II**	Servikal stromal invazyon var ancak tümör uterus dışına çıkmamış
T3	**III**	Lokal ve/veya bölgesel yayılım
T3a	**IIIA**	Seroza ve/veya adneks invazyonu
T3b	**IIIB**	Vajinal ve/veya parametrial tutulum
T4	**IVA**	Tümör mesane mukozasına ve/veya barsaklara invaze

Nod (N)	Evre (FIGO)	Bölgesel Lenf Nodu
NX		Bölgesel lenf nodu değerlendirilemez
N0		Bölgesel lenf nodu metastazı yok
N0 (i+)		0,2 mm altı bölgesel lenf nodu metastazı
N1	**IIIC1**	Pelvik lenf nodu metastazı
N1mi	**IIIC1**	Pelvik lenf nodu metastazı (0,2 mm'den büyük, 2mm'den küçük)
N1a	**IIIC1**	Pelvik lenf nodu metastazı (2 mm'den büyük)
N2	**IIIC2**	Paraaortik lenf nodu metastazı
N2mi	**IIIC2**	Paraaortik lenf nodu metastazı (0,2 mm'den büyük, 2mm'den küçük)
N2 a	**IIIC2**	Paraaortik lenf nodu metastazı (2 mm'den büyük)

Metastaz (M)	Evre	Uzak Metastaz
M0		Uzak metastaz yok.
M1	**IVB**	Uzak metastaz (akciğer, karaciğer, kemik, intraabdominal metastaz ve/veya inguinal lenf nodu metastazı dahil)

2.1.6. Endometrium Kanserinde Tedavi

Endometriyum kanserinde farklı tedavi türleri mevcuttur. Bazı tedaviler standarttır, bazıları klinik çalışmalarda test edilmektedir. Endometriyum kanserinde kullanılan beş tip standart tedavi içerisinde; cerrahi, radyoterapi, kemoterapi, hormonal tedavi ve hedefe yönelik tedaviler yer almaktadır. Bu tedaviler arasında cerrahi, endometriyum kanserinde temel tedavidir.

Cerrahi sonrası, nüks riskinin belirlenmesine yardımcı olabilecek birkaç patolojik ve klinik risk faktörleri tanımlanmıştır. Bu faktörler; yüksek dereceli veya uterus dışına uzanan tümör varlığı, myometrium invazyonu, seröz veya berrak hücre histolojisi, lenfovasküler invazyon ve ileri yaştır (28).

Endometriumla sınırlı, düşük dereceli, seröz veya berrak hücre tipi olmayan Evre IA tümörler düşük riskli kabul edilir. Düşük riskli endometriyal kanser için cerrahi sonrası başka tedavi önerilmemektedir; çünkü nüks riski oldukça düşüktür (%5 altı).

Miyometrium invazyonu (Evre IB) veya serviks tutulumu olan, seröz veya berrak hücre tipi olmayan tümörler orta derecede riskli olduğu kabul edilir. Orta riskli hastalığı olan çoğu kadına, adjuvan vajinal brakiterapi (VBT) veya external beam radyoterapi (ERT) verilir. Ayrıca lenfovaskülerin invazyon ve yüksek grade varlığına sahip her yaştaki kadın, risk faktörlerinden ikisine sahip 50 ila 69 yaş arası kadınlar veya tek risk faktörüne sahip 70 yaş ve üstü kadınlar yüksek orta riskli hastalığa sahip olarak kabul edilir. Yüksek orta riskli endometriyal kanserli kadınlarda lokal nüks riskini azaltmak için adjuvan tedaviden yararlanılır (29, 30). Lenfovasküler invazyon ve yüksek grade varlığına sahip olmayan kadınların düşük-

orta riskli hastalığı olduğu kabul edilir. Düşük orta riskli hastalığı olan kadınlarda cerrahi sonrası nüks riski düşük olduğundan daha fazla tedavi olmaksızın gözlemlenebilir.

Ameliyat sırasında servikste bariz bir tutulumu olan (Evre II'nin alt kümesi), pelvis (Evre III) veya pelvis dışı dokularda tutulumu olan (Evre IV), yüksek dereceli, seröz veya berrak hücre tipi olan tümörler yüksek riskli kabul edilir. Yüksek riskli endometriyal kanseri olan kadınlar adjuvan kemoterapi ile tedavi edilir. Adjuvan tedaviler, nüksü azaltmak için radyoterapi ve/veya kemoterapiyi içerebilir (31).

2.1.6.1. Cerrahi

Endometrium kanserinde standart cerrahi prosedür, total abdominal histerektomi ve bilateral salpingo-ooferektomidir (TAH-BSO). Cerrahi evreleme, hem prognostik sınıflandırma hem de kemoterapi veya radyoterapiden fayda görebilecek hastaların belirlenmesi için kullanılır. Standart cerrahi yaklaşım karın, pelvik alanlar ve lenfatik bölgelerin tam olarak açığa çıkmasına izin veren bir orta hat insizyonu yoluyla yapılan laparotomidir. Ancak robotik teknikler veya laparotomi ile de gerçekleştirilebilir. Daha yakın zamanlarda laparoskopi, Evre I hastalık için randomize kontrolü çalışmalarda değerlendirilmiştir. Laparoskopik teknikler, özellikle erken evre, düşük riskli hastalıkta, büyük ölçüde laparotominin yerini almıştır. Laparotomi ile kıyaslandığında hastanede kalış, iyileşme sürelerinde kısalma ve cerrahi morbiditede azalma görülmekte iken ameliyat sürelerinde artma görülmüştür (32, 33).

Ooforektomi genellikle overlerdeki mikrometastazları tanımlamak ve dolaşımdaki östrojen üretimini azaltmak için cerrahi prosedüre dahil edilir. Bununla birlikte, düşük dereceli, erken evre endometriyal kanserli genç kadınlarda overlerin korumasının genel sağ kalımı kötüleştirdiği kanıtlanmamıştır (34). Overlerin koruması, BSO ile ilişkili vazomotor semptomları, kardiyovasküler ve kemik yoğunluğu risklerini hafifletmeye yardımcı olur, ayrıca genç kadınlar için

doğurganlık seçeneği de arttırabilir. Bu yaklaşım, iyi bilgilendirilmiş seçilmiş hastalarda düşünülebilir. Büyük servikal tutulumu olan durumlarda (Evre II) radikal veya modifiye histerektomi düşünülebilir (35).

Lenfadenektominin rolü tartışma konusu olmaya devam etmektedir. Öncelikle evreleme ve adjuvan tedaviyi değerlendirmek amacıyla kullanılır. Lenfadenektomi kararı cerrahlar arasında farklılıklar gösterirken diğer yandan hastanın cerrahi risk faktörlerine de bağlıdır. Lenf nodu diseksiyonu yapmak için yaygın olarak kullanılan kriterler; tümör boyutu>2 cm, grade 3 endometrioid, seröz histolojisi, miyometrial invazyon derinliği >%50 olmalıdır.

2.1.6.2. Radyoterapi

Radyoterapi, kanser hücrelerinin büyümesini yavaşlatmak veya durdurmak için yüksek enerjili X ışınlarının kullanılmasını ifade eder. Normal hücrelerin aksine, kanser hücreleri birkaç gün boyunca X ışınlarına maruz kalmanın neden olduğu hasarı onaramaz. Bu, kanser hücrelerinin daha fazla büyümesini önler ve sonunda ölmelerine neden olur (36).

Radyoterapi, eksternal (dıştan) ve internal (içten) olmak üzere iki yolla verilebilir. Veriliş yoluna göre isimlendirilen, eksternal ve internal radyasyon terapisi ya da diğer ismi ile brakiterapi olmak üzere iki tip radyoterapi vardır. Kanserin türü, yeri ve boyutu, yaş, genel sağlık durumu ve diğer tıbbi durumlar gibi birçok faktör radyasyon türünün seçiminde önemlidir. Endometrium kanserinde radyoterapi, tek başına veya kemoterapi, cerrahi ile birlikte veya her ikisiyle birlikte kullanılabilir (36).

Radyoterapi uygulamasından önce tümör olduğu bilinen veya şüphelenilen bölgeyi değerlendirmek ve uzak metastazları dışlamak için öncelikle görüntüleme yapmak gereklidir. Evre I endometrium kanserinde; yaş, lenfovasküler tutulum, tümör çapı, uterin segmentin altı veya yüzeyel bezlerin tutulumu gibi risk faktörlerin

göre cerrahi sonrası adjuvan tedaviye karar verilir (37, 38). Yüksek-orta risk grubunda yer alan tümörler için adjuvan radyoterapinin yararı GOG 99 ve PORTEC-1 çalışmalarında gösterilmiştir (39, 40). ERT, genel olarak nüks riskinin azalmasıyla ilişkilendirilmiştir. Alt grup analizlerde tedaviden en fazla faydayı gören yüksek-orta riskli hastalık grubu olduğu gösterilmiştir, diğerlerinde ise nüks riskinde istatistiksel olarak anlamlı bir azalma gösterilmemiştir. Mevcut kanıtlara göre, erken evre, yüksek dereceli hastalığı, >%50 miyometrial invazyon ve lenfovasküler tutulumu olan veya ileri yaş varlığı olan hastalar, bir kontrendikasyon olmadıkça genellikle adjuvan RT almalıdır (41).

Erken evre hastalığı olan yüksek riskli hastalar için vajinal brakiterapi (VBT), pelvisi tam olarak kapsamamasına rağmen, ERT'ye kıyasla daha az toksisite ile ilişkilendirilir ve daha iyi lokal kontrol sağlar (42).

Komorbidite nedeniyle tıbbi olarak ameliyat edilemeyen hastaların yaklaşık %3'üne birincil olarak küratif radyoterapi uygulanmaktadır.

2.1.6.2.1. Eksternal radyoterapi

Eksternal radyoterapide (ERT) radyasyon, vücudun dışındaki bir kaynaktan verilir ve tedavi edilecek alan yani radyasyon alanı sağlıklı dokuya da yönlendirilen radyasyon miktarını sınırlamak için dikkatlice tasarlanır. Hastalar her gün aynı şekilde lineer akseleratör cihazı ile radyasyon alanı günde bir kez birkaç saniye boyunca radyasyon ışınına maruz kalır. Tedavi süresi genellikle 4 ile 6 hafta arasında, haftada 5 gündür. Bazen daha iyi çalışmasına yardımcı olmak için radyasyon ile birlikte kemoterapi verilir.

ERT genellikle grade 3 hastalığı olan, geniş uterus hacmi veya servikal tutulumu olan olgularda kullanılır. Bazı hastalara komorbidite nedeni ile küratif radyoterapi uygulanamayabilir. Kanamayı durdurmak için palyatif radyoterapi önerilmelidir.

ERT‘de hedef volum alt kommon iliak, eksternal iliak, internal iliak, obturator, parametrium, üst vagen ve presakral lenf nodlarıdır (LN) (eğer serviks uzanımı var ise). Geniş alan radyoterapide pelvik volum, kommon iliak LN, paraaortik LN içerir. Üst sınır klinik evreye bağlı olarak değişir fakat en azından böbrek damarların 1-2 cm üzerinden olmalıdır.

Mikroskopik hastalık için ERT doz: 45-50 Gy’dir. Planlama BT planlama sistemi ile ve mümkünse Yoğunluk Ayarlı Radyoterapi (YART) tekniği ile uygulanmalıdır. Böylelikle normal dokuları korumak mümkün olabilmektedir. Postoperatif olarak rezidu tümör varlığında normal dokuların elverdiği ölçüde doz 60-70 Gy’ye çıkabilir.

2.1.6.2.2. Vajinal brakiterapi

Vajinal brakiterapi ile vajinaya geçici olarak yerleştirilen bir cihazdan radyasyon verilir. İki tür vajinal brakiterapi vardır; düşük doz hızı ve yüksek doz hızı. Düşük doz hızlı brakiterapide, haftada 2 veya 3 gün, günde 24 saat vajinada kalacak şekilde, sürekli olarak radyasyon ileten bir cihaz kullanır. Bu tedavi süresince hastalar hastanede kalır. Yüksek doz hızlı brakiterapide de vajina yoluyla radyasyon ileten bir cihaz kullanır. Ancak cihaz günde bir seferde sadece birkaç dakika vajinaya yerleştirilir ve tedavi genellikle üç ile beş kez tekrarlanır. Bu tedavi genellikle ayakta tedavi olarak verilir ve yüksek doz brakiterapi alan kadınların hastanede kalması gerekmez. Tedavi sırasında genellikle normal günlük aktivitelerine devam edebilirler.

Endometrium kanserinde brakiterapi iki şekilde uygulanır; ameliyat öncesi kesin olarak sağlam bir uterusa veya daha yaygın olarak histerektomi sonrası vajinaya ve vaginal kafa uygulanır. Brakiterapi, vajinal kaf iyileşir iyileşmez, tercihen cerrahiden 6-8 hafta sonra başlanmalı ve genel olarak brakiterapinin başlaması 12 haftayı geçmemelidir. Vajinal brakiterapi, vajinal yüzeye veya vajinal yüzeyden 0,5 cm derinlikteki bölgeye uygulanır. Brakiterapi dozu ERT kullanımına bağlı olarak değişebilir.

Tek başına uygulanan postoperatif yüksek doz hızlı vajinal brakiterapi için, rejimler vajinal yüzeye 6 Gy x 5 fraksiyonları veya vajinal yüzeyin 5 mm altına 7 Gy x 3 fraksiyonları veya 5,5 Gy x 4 fraksiyonları içerir.

Vajinal yüzeyden 0,5 cm derinlikte uygulanan 7 Gy x 3 fraksiyonlar, en çok kullanılan rejim olsa da seçilmiş vakalarda daha küçük fraksiyon boyutlarının kullanılması toksisiteyi daha da azaltabilir. Yüksek doz hızlı brakiterapi ERT'ye destek olarak kullanıldığında, vajinal mukozaya 4-6 Gy x 2 veya 3 fraksiyon dozları yaygın olarak kullanılır.

Tıbbi olarak ameliyat edilemeyen endometriyal kanser için, ekstrauterin yayılma riski tedavi kombinasyonunu belirler. Tek başına brakiterapi veya brakiterapi ve ERT uygulanır. Kesin tedavi için brakiterapi dozları, klinik duruma göre kişiselleştirilir.

Radyoterapi hem kısa hem de uzun süreli yan etkilere neden olabilir. Genellikle tedavi tamamlandıktan sonra düzelen kısa süreli yan etkilere ek olarak, tedavi tamamlandıktan aylar sonrasına kadar ortaya çıkmayan uzun süreli yan etkiler de vardır ve bunlar kronik problemler haline gelebilir. Adjuvan radyoterapi yüksek oranda ciddi morbidite ile ilişkili olmamasına rağmen yaşam kalitesine etkisi ile ilgili çalışmalar da mevcuttur (43, 44, 45).

2.1.6.2.3.Kemoterapi

Kemoterapide ilaçlar, oral veya intravenöz/intramuskuler yolla vücuda alınır, bu sayede ilaç sistemik dolaşıma girer ve bütün vücuda yayılarak kanser hücrelerine etki eder. Endometrium kanseri endometriyumun dışında vücudun diğer bölgelerine yayıldığında ve ameliyat yapılamadığında kemoterapi genellikle tedavinin bir parçasıdır. Kemoterapi, Evre III ve IV endometriyal kanserlerin tedavisinde kullanılır.

2.2. Serviks Kanseri

2.2.1. Epidemiyoloji

Serviks kanseri, human papilloma virus (HPV) ile en yaygın ilişkili kanserdir. Kadınlarda dördüncü en yaygın ve 15-44 yaş arası kadınlar arasında ikinci en yaygın kanserdir (46). 2018 yılında, dünya çapında yaklaşık 570,000 kadına serviks kanseri teşhisi konulduğu ve hastaların yaklaşık 311,000'ının hastalıktan öldüğü bilgileri yer almaktadır (47). Serviks kanseri, kanser ölümlerinin yaklaşık %2'sinden sorumludur.

Surveillance, Epidemiology and End Results (SEER) verilerine göre yılda 7,4 (100,000'de) kadına serviks kanseri teşhisi konulmaktadır ve yıllık serviks kanserinden ölüm oranı 2,3 (100,000'de) olarak bildirilmiştir. Yaşam boyu serviks kanserine yakalanma oranı %0,6'dır. Ancak, hayatta kalma oranları ırk, etnik köken ve yaş gibi faktörlere göre değişebilir (14).

Türkiye Sağlık İstatistiği 2016 verilerine göre ülkemizde serviks kanseri 9. sırada yer almakta olup, görülme sıklığı %2,4'tür. Serviks kanseri, jinekolojik kanserler arasında uterus korpusu ve over kanserinden sonra 3. sırada en sık görülen kanseridir (16).

İnsidans oranları, coğrafi konuma göre değişiklik göstermektedir. Bunun başlıca nedenlerinden biri fakir topluluklarda yeterli tarama programlarının bulunmamasından kaynaklabilir. Ayrıca yüksek uluslararası ölüm oranları, tarama programları ve hasta eğitimi yetersiz olduğunda, tıbbi kaynaklara erişim kısıtlı olduğunda ya da hiç olmadığında, ilerlemiş hastalıkla başvuran kadınların sayısının artışını yansıtabilir.

Beyaz kadınlar için 5 yıllık sağkalım oranları %71, siyah kadınlar için 5 yıllık sağkalım oranları %58'dir. Erken evre invaziv serviks kanseri olan kadınlar (%44) için 5 yıllık sağkalım oranı %92'dir. Serviks kanseri çevre dokulara veya organlara ve/veya bölgesel lenf düğümlerine yayılmışsa, 5 yıllık sağkalım oranı %56'dır. Kanser vücudun uzak bir kısmına yayılmışsa, 5 yıllık sağkalım oranı %17'dir.

Serviks kanseri en sık 35-44 yaş arası kadınlarda tanı alır ve ortalama tanı yaşı 50'dir. Nadiren 20 yaşından küçük kadınlarda gelişir. Serviks kanseri vakalarının %20'sinden fazlasını 65 yaşın üzerindeki kadınlar oluşturmaktadır. Beş yıllık sağkalım oranı %66'dır.

2.2.2. Risk Faktörleri

Serviks kanserinde en önemli risk faktörü HPV enfeksiyonudur. Hastaların %95'inden fazlasında HPV enfeksiyonu ile bir ilişki vardır. Genomik çalışmalar, HPV ile servikal karsinom arasındaki ilişkiyi doğrulamaktadır (48).

Cinsel aktif kadınların yarısı yaşam boyu HPV enfeksiyonu ile karşılaşır. HPV ile enfekte çoğu insan buna bağlı ciddi problemler yaşamaz, ancak çok küçük bir oranda kanser gelişebilir. HPV tip 16 ve 18 servikal kanserlerle ilişkili en sık görülen iki yüksek riskli HPV tipidir. HPV 18, HPV 16'ya göre daha kötü prognozla ilişkilendirilmiştir (49). Serviks kanseri risk faktörleri arasında, genç yaşta ilk koitus, birden fazla cinsel partner ve cinsel yolla bulaşan diğer hastalıklarının öyküsü yer alır (50). Ayrıca oral kontraseptif kullanımı ve sigara kullanımı ile ilgili riskler bildirilmiştir (51). Buna karşılık, nulliparite veya hiç coit deneyimi olmayan kadınlarda serviks kanseri gelişme riski düşüktür. Uzun süreli tek cinsel partneri olan kadınlar arasında, erkek partnerin geçmişte ve hali hazırda yüksek riskli cinsel davranışları, servikal kanser gelişiminde önemli bir role sahiptir (52).

Geçmişte düşükleri önlemek için kullanılan bir ilaç olan dietilstilbestrol (DES) de servikal kanser ile ilişkilendirilmiştir. İntrauterin dönemde DES maruziyeti, servikal kanser gelişim riskini arttırmaktadır. DES'e maruz kalan hastalarda kanserin teşhis edildiği ortalama yaş 19'dur (53).

2.2.3. Klinik Bulgular

Serviks kanserinin erken evrelerinde görülen tipik bir belirti yoktur. Erken evre servikal kanserler genellikle rutin sitolojik tarama ile tespit edilir. Semptomlar genellikle kanser büyüdükten ve yakındaki dokuya invaze olduktan sonra başlar.

İlerlemiş hastalığı olan çoğu olgu, berrak veya kötü kokulu bir akıntıyla ilişkili olabilen anormal vajinal kanama (postkoital, menstrüel, menopoz sonrası) ile başvurur. Diğer klinik bulgular arasında disparoni de yer alır (54). Bacak ve kasık ağrısı, alt extremitelerde ödem ve hidronefroz üçlüsü, neredeyse her zaman hastalığın pelvik yan duvara yayılmasıyla ilişkilendirilmiştir. Ayrıca anemi, kilo kaybı, idrar yapmada güçlük, alt ekstremitelerde ödem gibi belirti ve bulgular da görülebilir (55).

Bu belirti ve semptomlara, serviks kanseri dışında başka tıbbi durumlar da neden olabilir. Yine de semptomları göz ardı etmek kanserin daha ileri bir aşamaya büyümesine ve başarılı tedavi şansının azalmasına yol açabilmektedir.

2.2.4. Serviks Kanserinde Tanı

Serviks kanseri tanısı koymak için öncelikle ayrıntılı bir medikal öykü ve fizik muayenenin ardından eğer daha önce yapılmamışsa pelvik muayene ve Papanicolaou (Pap) testi yapılır.

The American Society for Colposcopy and Cervical Pathology (ASCCP) ve The American Society for Clinical Pathology tarafından serviks kanseri tarama kılavuzu hazırlanmıştır. Bu kılavuzlar birbirleri ile tutarlı olup, serviks kanseri için taramanın cinsel ilişkiye başlama yaşına bakılmaksızın 21 yaşında başlanmasını ve önceki üç testin negatif çıkması koşuluyla 65 yaşına kadar kesilmemesini önermektedir. 30 yaşından küçük kadınlarda 3 yılda bir sitolojik testler, 30 yaşından büyük kadınlarda da her 5 yılda bir HPV DNA testi yapılması önerilmektedir (56, 57).

Bununla birlikte HIV enfeksiyonu olanlar, immunsupresifler, intrauterin dönemde DES'e maruz kalmış olanlar, daha önce CIN 2-3 (cervical intraepithelial neoplasia) veya kanser tedavisi görmüş kadınlar daha sık taramaya ihtiyaç duyabilir.

Anormal bir Pap test sonucu, daha fazla testin gerekli olduğu anlamına gelir. Devamında yer alan testler ve uygulanan prosedürler; HPV testi, endoservikal küretaj, kolposkopi ve servikal biyopsidir. Pap testi ya da HPV testinde anormal hücrelere rastlanan hastalara kolposkopi yapılır. Kolposkopi ile birlikte transformasyon zonu, zayıf bir asetik asit çözeltisi yardımı ile belirlendikten sonra servikal biyopsi yapılır.

Başarısız kolposkopi ve yüksek gradeli hastalığı olanlarda soğuk konizasyon önerilmektedir. Konizasyon işlemini, tanı dışında bazı erken evre kanserleri tamamen çıkarılması için bir tedavi yöntemi olarak da kullanılabilir.

2.2.5. Serviks Kanserinde Evreleme

Serviks kanser tanısı konulduktan sonra, kanser hücrelerinin serviks veya vücudun diğer bölgelerine yayılımını belirlemek için klinik bir evreleme yapılır. Bunun için serviks kanseri de dahil olmak üzere kadın üreme organlarının kanserlerinde FIGO evreleme sistemi kullanılır. FIGO'nun serviks kanseri için mevcut klinik evreleme sistemi 2009 ve 2018'de tekrar güncellenmiştir (58, 59).

Evreleme sisteminde evrenin belirlenmesinde palpasyon, muayene, kolposkopi, endoservikal küretaj, histeroskopi, sistoskopi, proktoskopi, intravenöz ürografi, akciğer ve iskelet grafileri de kullanılabilir. Şüpheli mesane veya rektal tutulum biyopsi ile doğrulanmalıdır. Lenf nodu tutulumunu değerlendirmek için bazı görüntüleme çalışmaları kullanılır. Bunlar arasında CT, MRI, lenfanjiyografi ve PET yer alır. Serviks kanser evreleri; Evre I ile IV arasında değişmekte olup, vücudun diğer bölgelerine yayılımını göstermektedir. Erken evre hastalık FIGO Evre IA, IB1 veya IIA1'dir. Lokal ileri evre hastalık FIGO Evre IB2, IIA2, IIB, IVA ve ileri evre ise FIGO Evre IVB'dir.

Tablo 2: Serviks Kanseri FIGO Evreleme Sistemi

Evre (FIGO)	
I	Tümör servikste sınırlı (korpusa yayılım ihmal edilebilir)
IA	İnvazyon derinliği max 5mm, horizantal yayılım <7mm
IA1	İnvazyon derinliği <3mm, horizantal yayılım <7mm
IA2	İnvazyon derinliği 3-5 mm, horizantal yayılım <7mm
IB	Klinik lezyonlar servikste sınırlı, IA'dan büyük preklinik lezyonlar
IB1	Lezyon büyüklüğü ≤ 4 cm
IB2	Lezyon büyüklüğü >4 cm
II	Tümör serviksi aşmış, vajenin üst 2/3 kısmına yayılmış, ancak pelvik yan duvara ulaşmamış
IIA	Parametrial invazyon yok
IIA1	Lezyon büyüklüğü≤ 4 cm
IIA2	Lezyon büyüklüğü>4 cm
IIB	Parametrial invazyon var
III	Tümör pelvis yan duvarına ve vajen alt 1/3 kısmına ulaşmıştır (tüm hidronefroz ve nonfonksiyone böbrek olguları)
IIIA	Vajen alt 1/3 kısmına ulaşmıştır
IIIB	Pelvis duvarına ulaşmıştır veya hidronefroz veya nonfonksiyonel böbrek olguları
IV	Ekstrapelvik yayılım
IVA	Tümör mesane ve/veya rektuma invaze
IVB	Uzak metastaz

2.2.6. Serviks Kanserinde Tedavi

Serviks kanseri için tedavi seçenekleri kanserin evresine göre değişmektedir. Servikal kanser tedavisinde uygulanan tedaviler; cerrahi, radyoterapi, kemoterapi ve hedefe yönelik terapidir. Tümör özelliklerine göre bireyselleştirilmiş tedavi, lokal olarak sınırlı hastalığı olan hastalarda etkileyici iyileşme oranları sağlar.

Ekstraservikal yayılım (pozitif lenf nodları, parametriyal invazyon) veya ameliyat sonrası tanımlanan olumsuz primer tümör özellikleri gibi durumlarda çoğu

hastaya adjuvan RT veya kemoradyasyon önerilir. Çoğu cerrah, radikal histerektomiyi sınırlı hastalığı olan menopoz öncesi hastalarla, yani ameliyatta olumsuz faktör bulma beklentisi düşük olanlarla sınırlamaktadır. Seçilmiş hastalar için radikal trakelektomi, doğurganlığı koruyan bir tedavi seçeneğini temsil eder. Tümör özelliklerine göre bireyselleştirilmiş tedavi ile lokal olarak sınırlı hastalığı olan hastalarda etkileyici kür oranları sağlamıştır.

Evre IA hastalığı için, basit histerektomi veya brakiterapi ile 5 yıllık sağkalım oranları %98'den fazladır. Evre IA2 veya sınırlı Evre IB1 hastalığı için pelvik node diseksiyonu ile radikal histerektomi tercih edilen tedavilerdir ve 5 yıllık sağkalım oranları %90-95 arasındadır. Eş zamanlı kemoradyasyon, Evre IB2-IVA hastalığı için uygun birincil tedavidir. 5 yıllık sağkalım oranları Evre IB2/IIA için %80-95, Evre IIB için %70-85, Evre III için %40-65, Evre IVA için %15-25'dir (60, 61).

Genel olarak, hastalar ister cerrahi ister radyoterapi veya kemoradyoterapi ile tedavi olsun; hastaların tek modalite ile tedavi edilmesi, çoklu modalitelerden kaynaklanan toksisiteyi azaltmaktadır.

2.2.6.1. Radyoterapi

Serviks kanser tanılı hastalara radyoterapi verilirken, birkaç kritik tedavi kararının dikkatlice değerlendirilmesi ve entegre edilmesi gerekir. Bunlar RT ile eşzamanlı kemoterapinin rolünü, ERT ile kombinasyon halinde brakiterapinin kullanımını ve zamanlamasını, toplam dozu ve RT'nin genel süresini ve elektif nodal kapsama hacmini içerir. Bu tedavi değişkenleri, tümör risk faktörlerine, genel hasta performans durumuna ve komplikasyon riskine karşı makul bir şekilde dengelenmelidir.

Radyoterapide, tümör ve tümör yayılımı olan alanlar alınmalıdır. Tümör volümüne parametrium, uterosakral ligament, presakral LN ve diğer LN bölgeleri (eksternal iliak, internal iliak, obturator, presakral nodlar) dahil edilmelidir. RT genellikle sağlam dokuları daha iyi koruyan Yoğunluk Ayarlı Radyotepi (YART) yöntemi ile uygulanır. ERT için radyasyon dozu 45-50 Gy'dir. Ayrıca pelvis ve/veya

paraaortik lenf nodlarını da içerir. Radyoterapi sırasında kemoterapi uygulaması genellikle eş zamanlı tek ajan (cisplatin veya karboplatin) düşük doz haftalık veya 3 haftada bir yaklaşımla uygulanır. Amaç radyoterapinin etkinliğinin arttırılmasıdır. Tedavi sırasında tedavi saha uygunluğunu test etmek için günlük cone-beam CT (CBCT) uygulanmalıdır. Postoperatif RT ise bir veya birden fazla patolojik risk faktörü varlığında (lenfavaskuler invazyon, stromal invazyon ve tumor çapı) uygulanmalıdır. Brakiterapi cerrahi olamayan tüm serviks kanseri hastalarına uygulanan önemli bir uygulamadır. Bu uygulama intrakaviter ve/veya intersitisyel yaklaşımla yapılır. Eğer hasta opere oldu ise intrakaviter tedavi için servikal girime silindir, ovoid, ring gibi aletler yerleştirilir. Uterus opere değil ise tandem denilen aletler yerleştirilir. Doz genellikle 7 Gy (4 fraksiyon) uygulanır. Toplam tedavi süresi 8 hafta olmalıdır.

2.3. Jinekolojik Kanser Hastalarında Psikiyatrik Belirtiler

Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre depresyonun, 2030 yılına kadar yeti yitiminin ve küresel hastalık yükünün önde gelen nedenlerinden biri olması beklenmektedir.

Depresyon ve anksiyete, kanser tanısı alan hastaları etkileyen yaygın psikiyatrik durumlar arasındadır. Yaygınlığı depresif bozukluk için %8-16'dır. Genel populasyonda 1 yıl içerisinde görülen depresyon prevelansı %5'tir. Bu oranlar karşılaştırıldığında kanser hastalarında depresyon prevelansı dikkat çekicidir (62, 63).

Depresif bozukluk prevalansı, kanserin bölgesine göre farklılık göstermektedir. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADS) kullanılarak depresyon taraması yapılan 21,000'den fazla kanser hastasının büyük ölçekli analizinde majör depresyon prevalansının en yüksek akciğer kanserinde ardından jinekolojik meme, kolorektal ve genitoüriner kanser hastalarında en yüksek olduğunu bulunmuştur (64).

Jinekolojik kanser tanılı 83 katılımcı ile yapılan bir çalışmada depresyon prevalansı %23, depresif duygudurumla birlikte uyum bozukluğu prevelansının %24 olduğu bulunmuştur (65). Yine jinekolojik kanser tanılı 176 kadından oluşan bir çalışmada %31'inde anksiyete ve %16'sında depresyon saptanmıştır (66).

Jinekolojik kanser, diğer kanserlere kıyasla kadın kimliği üzerinde daha fazla olumsuz etkiye neden olur. Mastektomi geçiren meme kanserli kadınlara kıyasla jinekolojik kanser hastaları arasında daha şiddetli depresyon ve zayıf vücut imajı bulunmuştur (67).

Kanserli bireylerde en çok dikkat çeken psikiyatrik bozukluk olan depresyonun değerlendirilmesi de zordur; çünkü semptomlar üzüntüden major duygulanım bozukluğuna kadar değişen bir yelpazede ortaya çıkmaktadır. Depresyon ve anksiyetenin yanı sıra hem kanserin kendisi hem de tedaviler ayrıca benlik saygısında azalma, uyku bozuklukları gibi psikiyatrik sorunlara ve cinsel işlev bozukluklarına yol açabilmektedir. Kanser hastalarında görülen anksiyete ve depresyon, hastaların yaşam kalitesini düşürür ve tıbbi tedaviye uyumunu olumsuz yönde etkiler (68).

2.4. Cinsellik ve Cinsel İşlevler

2.4.1. Giriş

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre cinsellik; biyolojik, psikolojik, sosyal, ekonomik, politik, kültürel, yasal, tarihsel, dini ve manevi faktörlerin etkileşiminden etkilenen çok yönlü bir kavramdır. Cinsellik; düşünceler, fanteziler, arzular, inançlar, tutumlar, değerler, davranışlar, uygulamalar, roller ve ilişkilerde yaşanır ve ifade edilir; ancak hepsi her zaman deneyimlenmez veya ifade edilmez.

Cinsellik alanındaki gelişmelere katkı sağlayanların başında şüphesiz ki Sigmund Freud gelmektedir. Freud 1905'te "Cinsellik Üzerine Üç Deneme" kitabında, libido, çocukluk dönemi cinselliği ve cinsel dürtülerin insan davranışı üzerine etkilerinden bahsetmiştir (69).

20. Yüzyılın ikinci yarısında bu alandaki gelişmeler çoğunlukla cinsellik, cinsel işlevler ve bu alandaki bozuklukların tanımlanması ve sağaltımı ile ilgilidir. Alfred Kinsey, Wardell Pomeroy, Clyde Martin, Paul Gebhard ve W.B. Saunders' ın katkıları ile hazırlanan "Kinsey Raporları" olarak da bilinen, insan cinsel davranışlarıyla ilgili kapsamlı çalışmalar yayınlanmıştır (70). Kinsey'in insan cinselliği üzerine araştırmaları ve kitapları cinsel devrimle beraber 1960'larda birçok ülkede kültürel ve sosyal değerleri geniş çapta etkilemiştir.

Cinsel işlev bozukluklarının tanımlanması ve sağaltımı Masters and Johnson'ın 1954 yılında Washington Üniversitesi'nde başlattıkları çalışmaya dayanmaktadır (71). Masters ve Johnson tarafından 1965 yılında yazılan "İnsanda Cinsel Davranış" isimli ilk kitaplarında, insanda seksüel uyarana karşı verilen evrensel bir cinsel yanıt döngüsü tanımladılar. Buna göre cinsel yanıt döngüsü uyarılma, plato, orgazm ve çözülme evresi olarak 4 aşamadan oluşmaktadır (72).

Uyarılma evresi; cinsel yanıt döngüsünün ilk evresini oluşturmakta olup, vazokongesyon ve myotoni ile karakterizedir (73). Genital kan akışının artmasına bağlı genital organlarda değişiklikler ve genital sistemden lubrikasyonu sağlayan salgıların salınması meydana gelmektedir (74). Noradrenerjik sistemin, artan kalp atış hızı ve kan basıncına neden olan otonomik heyecan duyumlarının başlaması ile cinsel uyarılmaya dahil olduğu düşünülmektedir (75).

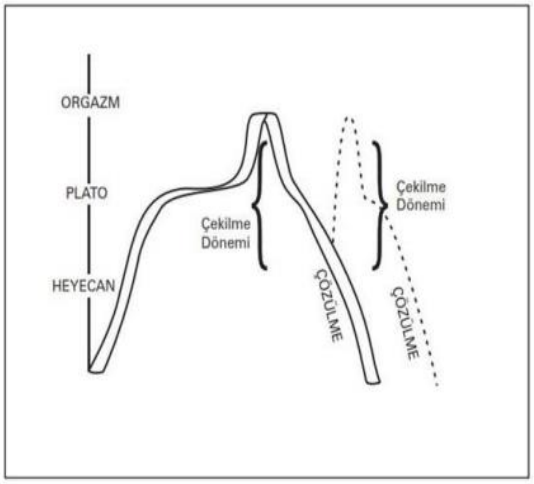
Plato evresi; uyarılma evresinin bir parçası olup, onun devamı niteliğindedir. Etkili cinsel uyaranın sürdürülmesi ve cinsel heyecanın artmasıyla birlikte kadın ya da erkek plato evresine girer (73). Aynı zamanda bu evre, kişinin haz duygusunun ve cinsel geriliminin giderek arttığı, orgazm öncesi evredir.

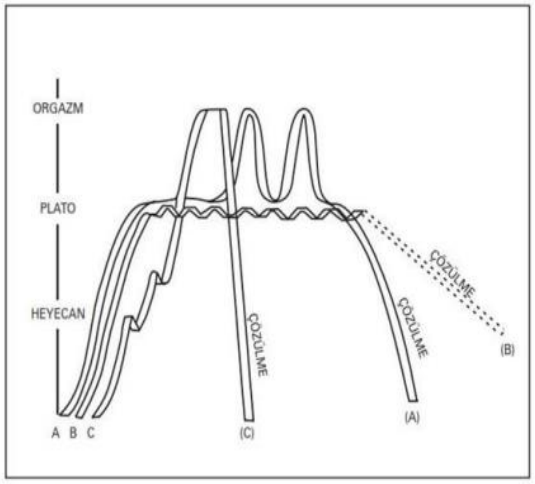
Orgazm evresi; süre açısından en kısa ancak cinsel doyum açısından en yoğun cinsel yanıt evresidir. Bu evrede endojen opioidler, serotonin, prolaktin ve oksitosinin ani salınması ile perineal, bulbocavernosus ve pubococcygeus kaslarının ritmik kasılmaları meydana gelir (74). Kadınların orgazmik yeteneği ile ilgili olarak tartışılan psikososyal faktörler arasında yaş, eğitim, sosyal sınıf, din, kişilik ve ilişki konuları yer almaktadır (76).

Çözülme evresi; cinsel yanıt döngüsünün son evresidir. Kadın ya da erkekte, orgazm olsun ya da olmasın platoyu takiben fizyolojik değişikliklerin sırası ile kaybolmasıdır. Sempatik konstruksiyon ve venöz dekongesyon ile karakterizedir (74). Bu evrenin sonunda kas sistemi bazal tonusa döner. Çözülme evresi, artmış beyin serotonerjik aktivitesi ve azalmış dopamin salınımı ile ilişkilendirilmiştir (77). Bu evrenin süresi değişkendir. Kadınlar çözülme evresinde cinsel uyaranın yeniden başlamasıyla yeniden uyarılıp orgazm olabilme potansiyeline sahipken, erkeklerde süresi kişiye ve yaşa göre değişken bir refrakter döneme zorunlu olarak girerler.

Günümüzde geçerli cinsel işlev bozukluğu tanı sistemi, bu ikilinin çalışmalarında tanımladıkları evrensel yanıt döngüsüne, cinsel anatomi ve fizyoloji verilerine dayanmaktadır.

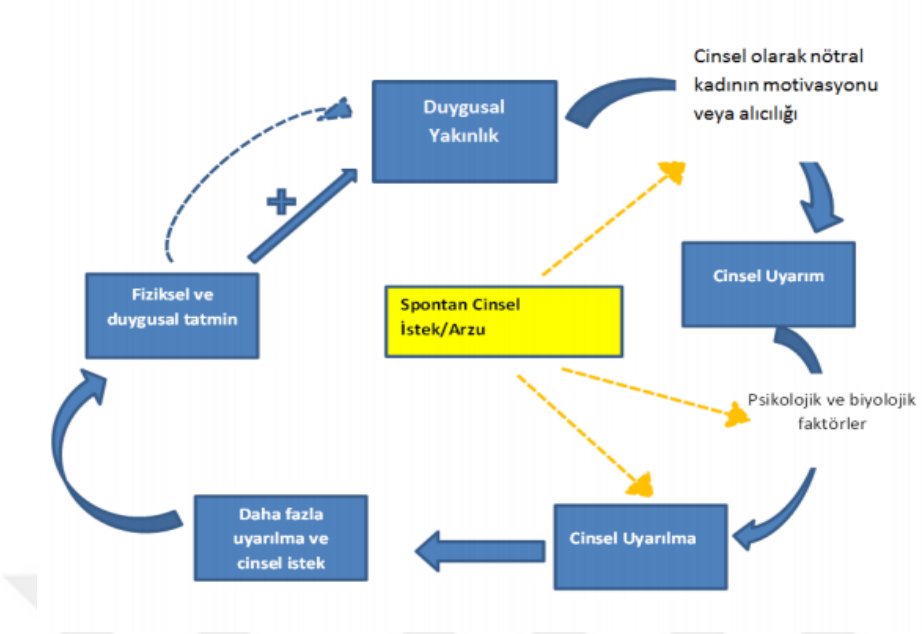
Bu alanda önemli katkılar sağlayan diğer bir isim Helen Singer Kaplan'dır. Helen Singer Kaplan 1974 yılında, Masters ve Johnson'dan farklı olarak cinsel yanıt döngüsünü 3 aşamaya ayırmıştır. İstek, uyarılma ve orgazm aşamalarından oluşan cinsel yanıt döngüsünde Kaplan, hem cinsel isteğin önemini hem de cinsel istek ile uyarılma arasında farkları vurgulamıştır (78). Cinsel yanıt döngüsünde yer alan aşamalarla ilgili olarak Kaplan, isteğin beyinde merkezi bulunan bir çeşit iştah olduğunu, uyarılma ve orgazm aşamalarının ise cinsel organların otonom reflekslerini içerdiğini belirtmiştir (78). Bu üç aşamanın her biri, duygusal inhibitörler tarafından bozulmaya neden olabilir. Bu yüzden de belirli bir fazın bozulması çeşitli cinsel işlev bozukluğuna yol açabileceğini belirtmiştir.





Şekil-1: Erkekte Cinsel Yanıt Döngüsü **Şekil-2**: Kadında Cinsel Yanıt Döngüsü

Basson'un tanımladığı cinsel yanıt döngüsü, Masters ve Johnson'ın tanımladığı lineer modelden farklı olarak daireseldir ve daha karmaşıktır. Spontan cinsel isteğin yanı sıra cinsel uyarılmanın olması ile de cinsel isteğin tetiklenebileceğini, yani uyarılmadan önce spontan cinsel istek duyma gerekliliğinin olmadığını vurgulamıştır (79). Bu model, orgazmın memnuniyete katkıda bulunabileceğini, ancak bunun için gerekli olmadığını ve ilişki faktörlerinin kişinin cinselliğe katılma isteğini etkileyebileceğini kabul eder. Basson'un dairesel modelinin bir başka benzersiz yönü, bir kişinin döngüye birkaç farklı noktadan girebilmesidir (79).



Şekil-3: Basson'un Cinsel Yanıt Döngüsü

Kadın cinselliğinde, farklı araştırmacılar tarafından her ne kadar ortak unsurlar ve yollar tanımlanmış olsa da, bireysel farklılıkların, öğrenme faktörlerinin ve sosyokültürel etkilerin kadınların cinsel tepkisi üzerindeki rolü göz ardı edilemez. Kadınlarda cinsel tepki, fizyolojik, psikolojik ve kişilerarası bileşenleri de içeren oldukça değişken ve karmaşıktır (80).

Cinsel işlev bozukluklarında sınıflandırma sistemi, tanı standartlarının belirlenmesi ve tedavi stratejilerinin tanımlanması için gereklidir. Tarihsel olarak, cinsel işlev bozukluğu için çeşitli sınıflandırma sistemleri önerilmiştir. Ancak günümüzde en yaygın olarak iki sınıflandırma sistemi kullanılmaktadır: Dünya Sağlık Örgütü tarafından sağlanan (ICD) ve Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından sağlanan (DSM) (81).

DSM-5'e kadar yapılmış tüm DSM sınıflandırma sistemlerinde kadın ve erkek cinselliğinin benzer cinsel yanıt döngüsüne sahip olduğu varsayılmış ve sınıflandırma buna göre yapılmıştır. 2013 yılında, DSM-5'te önemli değişiklikler kadın cinsel işlev bozukluğunda yapılmıştır. Kadın hipoaktif cinsel istek bozukluğu (HSDD) ve kadın cinsel uyarılma bozukluğu (FSAD) kategorileri, kadın cinsel ilgi/uyarılma bozukluğu (FSIAD) adı verilen yeni bir kategoride birleştirilmiştir (82).

Disparoni ve vajinismus tanısı ayrı ayrı genito-pelvik ağrı/penetrasyon bozukluğu (GPPD) tanısı ile birleştirilmiştir. Ayrıca frekans ve şiddet kriterleri eklenmiş olup, tanılar cinsiyete özgü olarak ayrılmıştır (83).

DSM-5'e göre kadın cinsel işlev bozuklukları arasında cinsel ilgi/uyarılma bozukluğu, orgazm bozukluğu, cinsel organlarda-pelviste ağrı/içe girme bozukluğu yer almaktadır (84). Cinsel işlev bozukluğu eğer genel tıbbi durum, madde kullanımı, ilaçların yan etkisi sebebiyle ortaya çıkmışsa genel tıbbi duruma bağlı ya da madde kullanımının yol açtığı cinsel işlev bozukluğu tanısının uygun olduğu belirtilmiştir.

2.4.2. Kadın Cinsel İşlev Bozuklukları

2.4.2.1. Kadında Cinsel İlgi/Uyarılma Bozukluğu

DSM-5 kriterleri ile kadında cinsel ilgi ve uyarılma bozukluğu tanısı koyabilmek için: Aşağıdaki belirtilerden en az üçü ile kendini gösteren, cinsel ilgi/uyarılmanın yokluğu ya da belirgin olarak az olması, bu belirtilerin en az 6 aydır sürmesi ve klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya neden olması gerekmektedir.

Cinsel etkinliğe karşı ilgisizlik ya da çok az ilgi gösterme.

Cinsel içerikli düşüncelerin ya da düşlemlerin olmaması ya da çok az olması.

Cinsel etkinliği başlatmama ya da çok az başlatma, eşinin başlatma girişimlerine karşılık vermeme.

Her cinsel karşılaşmada ya da neredeyse her cinsel karşılaşmada (yaklaşık %75-100'ünde) (belirli durumlarda ya da yaygın ise her durumda), cinsel etkinlik sırasında cinsel coşku/hoşlanma olmaması ya da çok az olması.

İçten ya da dıştan gelen hiçbir cinsel simgeye (örn. yazılı, sözel ya da görsel) karşı cinsel ilgi/uyarılmanın olmaması ya da çok az olması.

Her cinsel karşılaşmada ya da neredeyse her cinsel karşılaşmada (yaklaşık %75-100'ünde) (belirli durumlarda ya da yaygın ise her durumda), cinsel etkinlik

sırasında cinsel organlarda ya da cinsel organların dışında bir duyum olmaması ya da çok az olması.

Ayrıca bu cinsel işlev bozukluğu, cinsel kökenli olmayan bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz ya da ağır bir ilişki bozukluğundan (örn. eşin kaba güç kullanması) ya da gerginlik yaratıcı önemli başka etkenlerden kaynaklanmamaktadır ve bir maddeye/ilaca ya da başka bir sağlık durumuna bağlanamaz.

Bir kadına, cinsel ilgi veya uyarılma bozukluğu tanısı koyabilmek için ne kadar ilgisizliğinin olması gerektiği belirsizdir. DSM'nin objektif kriterleri yoktur. Bu durum tanının, cinsiyet veya yaş gibi cinsel işlevi etkileyebilecek faktörleri de dikkate alması gereken klinisyenin öznel yargısına dayanması gerektiği anlamına gelir (86).

Klinik uygulamalarda, nadiren bekar kadınlar cinsel ilgi veya uyarılma eksikliği şikayeti ile başvurmaktadır. Genellikle şikayet sürekli bir ilişki içinde olan kadınlardan gelir ve eşi ile arasındaki cinsel istek farklılıklarıyla ilgilidir. Ancak DSM-5'te, bir kadının eşi ile arasındaki cinsel istek farklılığı olmasının cinsel ilgi veya uyarılma bozukluğu tanısı için yeterli olmadığı açıkça belirtilmektedir (85).

Kadın cinsel sorunlarının epidemiyolojisi üzerine yapılan araştırmalar; düşük veya azalmış cinsel isteğin yaygın ancak genellikle teşhis edilmeyen bir sorun olduğunu göstermektedir. 18-44 yaşları arasındaki ABD'li kadınların yaklaşık %8,9'unun, 45-64 yaşlar arasındaki kadınların %12,3'ünün ve 65 yaşın üzerindeki kadınların ise %7,4'ünün cinsel sorunların hayatlarını önemli ölçüde etkileyen bir sorun olduğunu göstermektedir (86). Farklı araştırmalar bu oranların %27 ile %70 arasında değiştiğini göstermektedir. Yapılan diğer çalışmalarda 20-29 yaş arası Avrupalı kadınların %11'inin cinsel isteği azalmışken, bu oran 60-70 yaş grubunda %53'e çıktığı gösterilmiştir (87).

Levine S, kadının cinsel duyarlılığına ilişkin olarak arzunun üç bileşenini tanımlıyor. İlk bileşen "dürtü", kendiliğinden cinsel ilgiyi yönlendiren biyolojik mekanizmalardan oluşur. İkincisi "bilişsel" bileşen, bireyin cinsiyetle ilgili

beklentileri, inançları ve değerleri tarafından belirlenir. Üçüncü bileşen olan "motivasyon", bireyin cinsel aktiviteye katılma isteğini etkileyen duygusal ve kişilerarası faktörleri yansıtır. Motivasyon, bireyin ilişkisinin kalitesinden, psikolojik işleyişinden, çocuklarla ilgili endişelerinden ve diğer psikolojik faktörlerden etkilenir (88).

Menopozun cinsel istek üzerine etkisini araştıran bir çalışmada, 20-49 yaşları arasında cerrahi ile menopoza giren kadınlarda, benzer yaştaki premenopozal kadınlara göre hipoaktif cinsel istek bozukluğu anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Yine aynı çalışmada, 50-70 yaşları arasında cerrahi ile menopoza giren kadınlar ile doğal yollarla menopoza giren kadınlar arasında hipaktif cinsel istek bozukluğu açısından anlamlı bir fark bulunamamıştır (89).

Kadınlarda düşük cinsel istek sorununa yol açabilecek birçok sebep vardır. Bu sebepler arasında, partner ilişkisi ve yaşam durumu (evlilik sorunları, yaşam stresi, yorgunluk), bireysel cinsel davranışlar ve geçmiş cinsel öykü (öğrenilmiş davranışlar, kültürel etkiler, geçmiş travma sonucu cinsel ilgide değişiklik), menopoz durumu (eksojen hormonların ve diğer ilaçların kullanımı, tıbbi hastalıklar gibi fiziksel, tıbbi ve ilaçla ilgili faktörler) yer almaktadır.

2.4.2.2. Kadında Orgazm Bozukluğu

Orgazm, cinselliğin en yoğun hissedildiği cinsel yanıt evresidir. Ayrıca pelvik kas sisteminde istemsiz, ritmik kasılmaların eşlik ettiği, vazokonjesyon ve miyotoni ile karakterizedir. Biyolojik, fizyolojik, psikososyal ve ilişkisel yönleri içeren birçok faktörden etkilenen kadın orgazmının psikofizyolojik süreci karmaşık bir yapıya sahiptir (90).

DSM-5 kriterleri ile kadında orgazm bozukluğu tanısı koyabilmek için; her cinsel etkinlikte ya da yaklaşık %75-100'ünde, aşağıdaki belirtilerden en az birinin varlığının olması, ayrıca belirtilerin en az 6 aydır sürmesi ve bu durumun kişide belirgin bir sıkıntıya neden olması gerekir.

Orgazmda belirgin gecikme, belirgin orgazm seyrekliği ya da yokluğu olması.

Orgazm duyumlarının çok düşük olması.

Bu cinsel işlev bozukluğu, cinsel kökenli olmayan bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz ya da ağır bir ilişki bozukluğundan (örn. eşin kaba güç kullanması) ya da gerginlik yaratıcı önemli başka etkenlerden kaynaklanmamaktadır ve bir maddeye/ilaca ya da başka bir sağlık durumuna bağlanamaz.

Çalışmalardan elde edilen bulgular, orgazm sorunlarının kadınlarda en sık bildirilen ikinci cinsel sorun olduğunu göstermektedir (91). Kadın orgazm yeteneğiyle ilgili olarak sıklıkla tartışılan psikososyal faktörler arasında yaş, eğitim, sosyal sınıf, din, kişilik ve ilişki sorunları yer almaktadır**.** Beden imajı, benlik saygısı, ilişki çatışması psikolojik yönler de, bir kadının gevşeme yeteneğini olumsuz yönde etkileyebilir. Bu zorluklar, kadınların orgazm olmamalarını bir başarısızlık olarak algılamasına, utanç, suçluluk, depresyon, sıkıntı ve kaygı duygularına yol açarak kişinin yeteneği hakkındaki olumsuz inançlarını pekiştirmesine ve orgazmik zorlukları sürdürmesine yol açabilir (92, 93, 94).

Bir kadının orgazma ulaşma yeteneğini potansiyel olarak etkileyebilecek diğer faktörler arasında geçmiş cinsel istismar öyküsü, düşük duygusal zeka, içe dönüklük ve yeni deneyimlere açık olmama gibi diğer kişilik özellikleri yer alır (95).

2.4.2.3. Cinsel Organlarda-Pelviste Ağrı/ İçe Girme Bozukluğu

DSM-4'te disparoni ve vajinismus olarak ayrı ayrı tanımlanan cinsel işlev bozuklukları DSM-5'te cinsel organlarda-pelviste ağrı/içe girme bozukluğu olarak tek başlık altında toplanmıştır.

DSM-5 kriterleri ile cinsel organlarda-pelviste ağrı/içe girme bozukluğu tanısı koyabilmek için; aşağıdaki belirtilerden en az birinde sürekli ya da yineleyici güçlük çekme, bu belirtilerin en az 6 aydır sürmesi ve kişide klinik açıdan belirgin sıkıntıya neden olması gerekir.

Birleşme sırasında vajinaya girememe.

Vajinaya girme ya da girme girişimleri sırasında vulvovajinada ya da pelviste belirgin ağrı duyma.

Vajinaya girme eyleminin gerçekleşeceği beklenirken ya da vajinaya girme sırasında ya da girilmesinden ötürü, vulvovajinada ya da pelviste ağrı duymayla ilgili olarak belirgin bir korku ya da kaygı duyma.

Vajinaya girme girişimi sırasında pelvis tabanı kaslarını çok germe ya da sıkma olması.

Ayrıca bu cinsel işlev bozukluğu, cinsel kökenli olmayan bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz ya da ağır bir ilişki bozukluğundan (örn. eşin kaba güç kullanması) ya da gerginlik yaratıcı önemli başka etkenlerden kaynaklanmamaktadır ve bir maddeye/ilaca ya da başka bir sağlık durumuna bağlanamaz.

Vajinismusun prevelansı üzerine yapılan farklı çalışmalar farklı sonuçlar vermektedir. Bunun sebebi tanı ölçütlerine, çalışılan populasyona ve kadınların jinekolojik veya seks terapisi için istekliliğine bağlı olarak değişebilir. Örneğin 2000 yılında Amerika'da yapılan klinik çalışmada vajinismus prevelansının %12 ve %17 arası olduğu bildirilmiştir (96).

Batı ülkelerinde yapılan klinik çalışmalarda ise prevalansının %5-17 arasında değiştiği bildirilmektedir. Türkiye'de genel populasyonda yapılan bir çalışmada vajinismus görülme oranının %15,3 olduğu bildirilmiştir (97). Türkiye'de yapılan diğer çalışmada ise vajinismusun klinik populasyonda %43-73 arasında olduğu ve kadın cinsel işlev bozukluklarında ilk sırada yer aldığı bildirilmektedir.

Kadın cinsel işlev bozuklukları arasında özellikle vajinismusun kültürel boyutunun önemi konusunda ciddi tartışmalar vardır. Bazı yazarlar kültürel faktörlerin önemini kabul etmekle birlikte vajinismusun evrensel bir sendrom olduğu görüşünü savunmaktadır (98).

Vajinismuslu kadınların cinsellik hakkında yeterli bilgisinin olmadığı, cinsellikle ilgili negatif tutumları bulunduğu, özellikle evlilik öncesi cinsellik hakkında olumsuz yargıları olduğu birçok çalışmada belirtilmektedir (99, 100).

2.4.3. Jinekolojik Kanser Hastalarında Cinsel İşlevler

ABD'de genel populasyonda, cinsel disfonksiyon prevalansı %40, jinekolojik kanser hastalarında ise bu oran %90'dır. Jinekolojik kanserin kendisi ve uygulanan tedaviler (cerrahi, kemoterapi ve radyasyon) doğrudan cinselliği ve üreme organlarını etkilemektedir. Ayrıca cinsel işlev bozuklukları psikosoyal uyum ve yaşam kalitesinde azalma ile ilişkili bulunmuştur (101).

Erken dönem endometrium kanseri hastalarında yapılan bir çalışmada, hastaların %82'sinde cerrahi tedaviden 1-5 yıl sonra en sık ağrı olmak üzere herhangi bir cinsel disfonksiyon bulunmuştur (102). Endometrium kanseri hastaları sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığında, kanser hastalarında cerrahi operasyondan önce ve sonra daha fazla cinsel işlev bozuklukları belirlemişlerdir. Endometriyal kanser hastalarında sağlıklı bireylere göre 1. yılda daha fazla giriş disparonisi ve 2. yılda daha fazla cinsel uyarılma, istek ve giriş disparonisi bulunmuştur. Cerrahiden sonra öncesine göre cinsel fonksiyonların sıklığında değişiklik olmamıştır (103).

Jinekolojik kanser tedavileri arasında pelvik radyoterapi akut ödemde, mukoza ve submukozada inflamasyon, kalıcı ülserasyon ve nekrozdan fibroza doğru sürekli bir progresyon olarak kendini gösterir. Vajina ve vulva epiteli de radyasyonun etkilerine çok hassastır. Bu etkiler radyoterapiden 2-3 ay sonra kaybolur. Ancak bazı hastalarda epitelde soyulma, ülser formasyonu ve nekroza ilerleme olur. Uzun dönemde, vajina duvarında incelme, yapışma, atrofi ve fibroz görülür ve bunların ardından vajinal elastiklikte azalma, daralma, kısalma ve sonunda total vajinal stenoz gelişir. Radyoterapiden sonra akut dönmemde, ilk birkaç ay içinde, cinsel ilişki sırasında ciddi ağrı görülür. Daha sonra kronik değişiklikler cinsel birleşmeyi olanaksız hale getirebilir.

Cerrahi evrelemeden sonra adjuvan vajinal brakiterapi ve ERT uygulanan hastalarda %65 oranında cinsel aktivitede değişim (libido azalması ve ilişki sıklığında azalma dahil) ve %60 oranında disparoni bulunmuştur (104).

Servikal kanser hastalarında yapılan çalışmalarda da benzer sonuçlar elde edilmiştir. Serviks kanser tanılı kadınlarda, yaş olarak eşleştirilmiş kontrollere göre radyoterapi sonrası daha fazla cinsel disfonksiyon, libido azalması, cinsel hayattan memnun olmama, vajinal boyutta azalma, disparoni ve lubrikasyonda azalma yaşamışlardır (105).

3.GEREÇ ve YÖNTEM

3.1.Örneklem Seçimi

Araştırmaya Kasım 2019–Ağustos 2020 tarihleri arasında Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Radyasyon Onkolojisi polikliniğinde takip edilen ve tedavi görmüş, 18-65 yaş arası, major bir psikiyatrik rahatsızlığı bulunmayan (Şizofreni, Bipolar Bozukluk, Mental Retardasyon, Alkol-Madde Bağımlılığı), 6 ay ile 5 yıl öncesinde radyoterapi görmüş ve son 6 ayda herhangi bir kanser tedavisi almamış, aktif cinsel yaşantısı olan ve araştırmaya katılmayı kabul etmiş 41 jinekolojik kanser tanılı (20 serviks, 21 endometrium) kadın hastalar dahil edilmiştir.

ERT uygulanan tüm hastalarda volumetrik ark tekniği (VMAT) ile yoğunluk ayarlı radyoterapi uygulanmıştır. Her hastaya günlük CBCT görüntüleme tekniği ile hastaların hastaların tedavi öncesi kontrolü sağlanmıştır. Doz 46-50 Gy aralığındadır. Toplam tedavi 5-8 hafta arasında sürmüştür. VBT ise HDR iridium 192 kaynağı ile 2-3 hafta içinde fraksiyon başı 6-8 Gy uygulanmıştır. Serviks kanserli hastalara evresine göre haftalık cisplatin kemoterapisi uygulanmıştır. Tedaviden sonra 2 seneye kadar 3 ayda 1, 2 seneden sonra 6 ayda 1 ve 5 seneden sonra yılda bir olmak üzere hastalar takip edilir. Tedaviden sonra hastalara cinsel işlev bozukluğunu azaltmak amacı ile vajinal dilatasyon eğitimi verilmiştir.

Dahil edilme kriterleri

- 18-65 yaş arasında olmak
- Çalışmaya katılmayı kabul etmek
- Okuma yazma bilmek
- Jinekolojik kanser tanısı almış olmak ve metastatik hastalık olmamış olmak
- Primer ve/ veya postoperatif radyoterapi almış olmak
- Aktif cinsel yaşantısı olmak

- Sorulan soruları anlayacak mental yeterliliğe sahip olmak

Dışlanma kriterleri

- İletişim kuramayacak düzeyde yetersiz Türkçe biliyor olmak
- Demans, Şizofreni, Şizoaffektif Bozukluk, Bipolar bozukluk, Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu olmak
- Araştırmaya katılmaya engel teşkil edebilecek ciddi tıbbi durumlar

Hastalara poliklinik kontrolleri sırasında, araştırma hakkında sözel bilgi verilmiş olup, çalışmaya katılmayı kabul eden her hastaya aydınlatılmış onam formu verilmiştir.

"Tedavi Almış Jinekolojik Kanser Hastalarında Cinsel İşlev Bozuklukları ile Yaşam Kalitesi, Anksiyete ve Depresyon ilişkisinin Değerlendirilmesi" isimli ve 09.2019.857 protokol numaralı çalışmamız 04 Ekim 2019 tarihinde etik kurul tarafından onay almıştır.

3.2.Veri Toplama Araçları

Araştırmada, hastalara öncelikle psikiyatrik ve jinekolojik kanser hastalığı ve tedavisi ile ilgili bilgiler içeren Sosyodemografik Veri Formu verilmiş olup ardından depresyon ve anksiyete düzeylerini değerlendirmek için Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği verilmiştir. Cinsel işlevleri değerlendirmek için Kadın Cinsel İşlev Ölçeği (FSFI; Female Sexual Function Index), Rosenberg Benlik Saygı Ölçeği, hastalığın ve tedavisinin yaşamlarına ne kadar etki ettiğini görmek için SF-36 Yaşam Kalite Ölçeği verilmiştir.

3.2.1.Sosyodemografik Veri Formu

Katılımcıların yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, sosyoekonomik düzeyi gibi sosyodemografik verilerinin yanı sıra hastaların geçmiş psikiyatrik hastalık öyküsü,

daha önce cinsel işlevlerle ilgili bir başvuruları olup olmadığı, ek komorbidite, jinekolojik kansere yönelik almış olduğu tedaviler, tedavi süreleri ile ilgili bilgileri içeren araştırmacı tarafından hazırlanmış bir formdur.

3.2.2.Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADS)

1983 yılında Zigmond ve Snaith tarafından geliştirilen ve 1997 yılında Aydemir ve ark. tarafından Türkçeye uyarlanan Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği hastaların anksiyete ve depresyon riskini belirleyen, düzeyini ve şiddet değişimini ölçen bir kendini değerlendirme ölçeğidir (106).

Bedensel hastalığı olan hastalar ve birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuranlar için uygulanan ölçek, tanı koymak amaçlı değil sadece anksiyete ve depresyonu kısa sürede tanılayıp risk grubunu belirlemek için kullanılır. Toplam 14 sorudan yedisi (tek sayılar) anksiyeteyi ve yedisi (çift sayılar) depresyonu ölçmektedir. Dörtlü Likert tipi ölçüm kullanılır ve 0-3 arası puanlanmaktadır. Hastaların her iki alt ölçekten alabilecekleri en düşük puan 0, en yüksek puan 21'dir. HADS'ın Türkçe formunun kesme puanları anksiyete alt ölçeği (HADS-A) için 10, depresyon alt ölçeği (HADS-D) için 7 olarak saptanmıştır Bu puanların üzerinde puan alanlar depresyon ve anksiyete için riskli olarak değerlendirilir (107).

3.2.3.Kadın Cinsel İşlev Ölçeği

Orijinal adı ile Female Sexual Function Index (FSFI), Rosen ve arkadaşları tarafından 2000 yılında geliştirilen, kadın cinsel işlevini değerlendiren 19 maddeden oluşan çok boyutlu bir ölçektir. İstek, uyarılma, lubrikasyon (kayganlaşma), orgazm, doyum ve ağrı olmak üzere altı alt ölçek bulunmaktadır ve her alt ölçek maddeleri 0-1 ile 5 arasında puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en küçük ham puan 4, en yüksek ham puan 95'tir. Ölçeğin alt boyutlarının ortalaması ile faktör yükleri ile yapılan hesaplama sonrası alınabilecek en düşük puan 2, en yüksek 36 olarak belirlenmiştir (108).

Kadın cinsel işlev ölçeğinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği, 2005 yılında Aygın ve Aslan tarafından yapılmıştır. Tekrar test korelasyon katsayısı 0,75,

Cronbach Alpha katsayısı ölçeğin tamamı için 0,98 olarak belirtilmiş ve Türk kadınlarında kullanılması uygun bulunmuştur (109).

Wiegel ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada ölçeğin kesim puanı 26,55 bulunmuştur. 26,55 ve altında puana sahip olanlarda cinsel disfonksiyon olduğu kabul edilmektedir (110).

3.2.4.Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ)

1965 yılında Rosenberg tarafından geliştirilen Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ) 12 alt kategoride yer alan toplam 63 sorudan oluşmaktadır. Çuhadaroğlu (1986) tarafından Türkçe'ye uyarlanmış ve geçerlilik ve güvenirlik çalışmaları yapılmıştır. Ölçeğin ilk 6 maddesinde yer alan 10 sorudan alınan puanlar "Benlik Saygısı" boyutunu ölçmektedir. Bu çalışmada da kadınların benlik saygısı düzeylerini belirlemek amacıyla ölçeğin Benlik Saygısı alt boyutuna ait 10 maddesi kullanılmıştır. Sayısal ölçümlerle yapılan karşılaştırmalarda benlik saygısı yüksek (0-1 puan), orta (2-4 puan) ve düşük (5-6 puan) olarak değerlendirilmektedir. Rosenberg (1965) tarafından yapılan güvenirlik çalışmasında, RBSÖ'nin alt boyutları için test-tekrar güvenirlik katsayısının 0,82-0,88 ve iç tutarlık katsayısının (Cronbach alpha) 0,77-0,88 arasında değiştiği saptanmıştır. Çuhadaroğlu (1986) tarafından RBSÖ'nün Türkçe formu için yapılan güvenirlik çalışmasında, test-tekrar güvenirlik katsayısının 0.48-0,79 arasında değiştiği bulunmuştur (111).

3.2.5.Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36)

SF-36, yaşam kalitesini ölçmede kullanılan en yaygın ölçeklerden biridir. Ware ve arkadaşları tarafından 1992 yılında geliştirilmiştir (112). Ölçek, belli bir yaş ve hastalık grubuna odaklanmaksızın sağlığın fiziksel, sosyal ve ruhsal bileşenlerine ağırlık vererek yaşam kalitesini değerlendirir. Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması Koçyiğit ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (113).

SF-36 kısa ve kolay uygulanabilir olmasının yanı sıra çok geniş bir kullanım yelpazesine de sahiptir ve son 4 haftayı göz önüne alarak değerlendirilir. Ölçek 36 maddeden oluşmaktadır ve 8 boyutun ölçümünü sağlamaktadır. Bunlar; fiziksel fonksiyon (10 madde), sosyal fonksiyon (2 madde), fiziksel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları (4 madde), emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları (3 madde), mental sağlık (5 madde), enerji/yorgunluk (4 madde), ağrı (2 madde) ve sağlığın genel algılanması (5 madde)'dır. Her bir alt ölçek için ayrı ayrı olmak üzere puanlar 0 ile 100 arasında değişmektedir ve puanlar arttıkça yaşam kalitesi de artmaktadır.

3.3.İstatistiksel Yöntem

Çalışmada elde edilen veriler değerlendirilirken, analizler IBM SPSS 23.0 paket programı (IBM Corp., Armonk, NY) ile yapılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler n (%) ve ortalama±standart sapma (min-maks) ve medyan (min-maks) değerleri ile sunulmuştur. Kategorik değişkenler arasındaki ilişkilerin analizinde Pearson ki-kare testi ve Fisher's Exact test kullanılmıştır. Normallik varsayımı Shapiro Wilks testi ile kontrol edilmiştir. İki grubun puanları arasındaki farkın analizinde normal dağılıma uymadığı durumda Mann-Whitney U testi, uyduğu durumda ise Student's t testi kullanılmıştır. Üç ve daha fazla grubun puanlarının parametrik olmayan karşılaştırmasında Kruskal Wallis testi, anlamlı çıkan durumlar için post-hoc test olarak Bonferroni-Dunn testi kullanılmıştır. Sıralı (ordinal) veya normal dağılıma uymayan sürekli değişkenler arasındaki ilişkiler için Spearman korelasyon testi, normal dağılıma uyan sürekli değişkenler için Pearson korelasyon testi yapılmıştır. Hastalarda yaşam kalitesini etkileyen bağımsız faktörleri belirlemek için yaş, eğitim durumu, aylık gelir durumu, komorbidite ve FSFI skoru ile çok değişkenli lineer regresyon analizi yapılmıştır. 0,05'ten küçük p değerleri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

4.BULGULAR

Çalışmaya katılan 41 hastanın yaş aralığı 37 ile 65 arasında olup, ortalaması 54,2±8,2'ydi. Katılımcıların %97,6'sı (n=40) evli, %2,4 (n=1) bekardı. Ayrıca katılımcıların partnerleri ile birliktelik süreleri 5 ile 50 sene aralığında olup, ortalaması 30,9±10'du ve sahip oldukları çocuk sayıları 0 ile 5 arasında olup, ortalama 2'ydi.

Araştırmaya katılan kadınların %61'i (n=25) ilkokul mezunu, %17'si (n=7) okur-yazar, %9,8'i (n=4) ortaokul mezunu, %7,3'ü (n=3) lise mezunu ve %4,9'u (n=2) üniversite mezunudur. Ayrıca katılımcıların 58,6'sı (n=24) ev hanımı olup çalışmıyordu, %34,1'i (n= 14) işçi ve %7,3'ü (n=3) memurdu. Katılımcıların gelir düzeylerine bakıldığında %34,1'inin (n=14) gelir düzeyi 1500-2500 aralığında, %34,1'inin (n=14) gelir düzeyi 2500-4000 aralığında, %19,6'sının (n=8) gelir düzeyi 4000 üzerinde, %12,2'inin (n=5) gelir düzeyi 1500 altındadır. Değerlendirmeye katılanların sosyodemografik özellikleri Tablo 3'te gösterilmektedir.

Tablo 3: Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

	n:41
Yaş	54,2±8,2(37-65)
Eğitim durumu	
Okuryazar	7(17)
İlkokul	25(61)
Ortaokul	4(9,8)
Lise	3(7,3)
Üniversite	2(4,9)
Meslek	
Ev hanımı	24(58,6)
İşçi	14(34,1)
Memur	3(7,3)
Çalışma durumu	
Çalışmıyor	26(63,4)
Emekli	6(14,6)
Düzensiz çalışıyor	5(12,2)
Düzenli çalışıyor	4(9,8)
Aylık gelir durumu	
1500 altı	5(12,2)
1500-2500	14(34,1)
2500-4000	14(34,1)
4000 üstü	8(19,6)
Medeni hali	
Dul	1(2,4)
Evli	40(97,6)
Birliktelik süresi (yıl)	30,9±10(5-50)
Çocuk sayısı	2(0-5)

Bulgular ort±SS (min-maks), medyan (min-maks) veya n (%) ile gösterilmiştir.

Jinekolojik kanser hastalığına ilişkin bilgilere bakıldığında; hastaların kanser tanı anındaki yaş aralığı 33 ile 62 arasında olup, ortalaması 51,5±8,1'di. Katılımcıların %48,8'i (n=20) serviks kanseri ve %51,2 (n=21) endometrium kanseri tanısına sahipti. Kanser nedeni ile %53,7'si (n=22) cerrahi (TAH+BSO), %78'i (n=32) eksternal radyoterapi, %46,3'ü (n=19) eş zamanlı kemoterapi, %97,6'sı (n=40) brakiterapi tedavisi almıştır. Radyoterapi türlerine bakıldığında hastaların %53,7'si (n=22) sadece brakiterapi ve %46,3'ü (n=19) eksternal radyoterapi ile birlikte brakiterapi tedavisi almıştır. Katılımcıların hangi tanı ile takip edildiği ve hangi tedavileri aldıkları Tablo 4'te belirtilmiştir.

Tablo 4: Jinekolojik kanser hastalığına ilişkin bilgiler

	n:41
Tanı anında yaş	51,5±8,1(33-62)
Tanı	
Serviks_ca	20(48,8)
Endometrium_ca	21(51,2)
Cerrahi tedavi	
Hayır	19(46,3)
Evet	22(53,7)
Eksternal RT	
Hayır	9(22)
Evet	32(78)
Eş zamanlı KT	
Hayır	22(53,7)
Evet	19(46,3)
Brakiterapi	
Hayır	1(2,4)
Evet	40(97,6)

Bulgular ort±SS (min-maks), medyan (min-maks) veya n (%) ile gösterilmiştir.

Değerlendirilen kadın hastaların tamamı menopozdadır. Katılımcıların %39'unun (n= 16) ek sistemik bir hastalığı olup, % 37'si (n=15) sistemik hastalık nedeni ile ilaç kullanmaktadır. Katılımcıların hiçbirinin psikiyatrik bir öyküsü bulunmayıp, sadece 1 katılımcı migren tanısı ile essitalopram 10 mg kullanmaktadır. Ayrıca sadece 1 katılımcının ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü bulunmaktadır. Jinekolojik kanser hastalarında, menopoz durumu, eşlik eden sistemik hastalık olup olmadığı, psikiyatrik tanı ve ilaç kullanımı, ailede psikiyatrik hastalığın varlığı Tablo 5'te gösterilmektedir.

Tablo 5: Ek hastalıklara ilişkin bilgiler

	n:41
Menopoz durumu	
Hayır	0(0)
Evet	41(100)
Komorbidite	
Hayır	25(61)
Evet	16(39)
İlaç kullanımı	
Hayır	26(63)
Evet	15(37)
Psikiyatrik hastalık	
Hayır	41(100)
Evet	0(0)
Psikiyatrik ilaç kullanımı	
Hayır	40(98)
Evet	1(2)
Ailede psikiyatrik hastalık	
Hayır	40(98)
Evet	1(2)

Bulgular ort±SS (min-maks), medyan (min-maks) veya n (%) ile gösterilmiştir.

Jinekolojik kanser tanılı kadınlarda, Hastane Anksiyete ve Depresyon (HADS) ölçeğinin, anksiyete alt grup puanlarının ortalaması 6,1±3,9, depresyon alt grup puanlarının ortalaması 4,7±4 olarak bulundu.

Katılımcıların FSFI ölçek puanlarının ortalaması 22,9±6,2'ydi. FSFI ölçek puanına göre değerlendirildiğinde %68,2'inde (n=28) cinsel işlev bozukluğu olduğu belirlenmiştir. FSFI ölçeğinin kesme puanı 26,55'tir, 26,55 ve altında puana sahip olanlarda cinsel işlev bozukluğu olduğu kabul edilmektedir. FSFI ölçeğinin alt gruplarına bakıldığında istek alt grup puanlarının ortalaması 2,9±1,1, uyarılma alt grup puanlarının ortalaması 3,8±1,2, lubrikasyon alt grubu puanlarının ortalaması 3,8 ±1,1'dir. Orgazm alt grup puanlarının ortalaması 3,8±1,5, doyum alt grup puanlarının ortalaması 4,4±1 ve ağrı alt grup puanlarının ortalaması 4,2±1,7'dir.

Katılımcıların, Rosenberg Benlik Saygı Ölçeğinin, benlik saygısı alt grup puanlarının ortalaması 1±0,6'ydı.

Katılımcıların yaşam kalitesi SF-36 ölçeği ile değerlendirilmiştir. SF-36 ölçeğinin fiziksel fonksiyon alt grup puanlarının ortalaması 74,1±23,5, fiziksel rol güçlüğü alt grup puanlarının ortalaması 64,6±37,5, ağrı alt grup puanlarının ortalaması 73±21,6, genel sağlık algısı alt grup puanlarının ortalaması 57,7±16,82 bulundu. Enerji/yorgunluk alt gruplarının ortalaması 59,5±19,7, sosyal işlevsellik alt grup puanlarının ortalaması 76,8±22,1, emosyonel rol güçlüğü alt grup puanlarının ortalaması 79,7±34,1, ruhsal sağlık alt grup puanlarının ortalaması 67,5±21,1 bulundu. Hastaların HADS, FSFI, SF-36 ölçeklerinin ve alt ölçek skorlarının ortalama puanları Tablo 6'da verilmektedir. Ayrıca araştırmada kullanılan ölçeklerin güvenirlik ölçümleri için Cronbach Alpha güvenirlik katsayıları da Tablo 6'da gösterilmiştir.

Tablo 6: Hastaların ölçek ve alt ölçek skorlarına ait tanımlayıcı istatistikler ve güvenilirlik katsayıları

	Ortalama	SS	Minimum	Maksimum	Cronbach's Alpha
HADS					
Anksiyete	6,1	3,9	0	16	0,828
Depresyon	4,7	4	0	13	0,820
FSFI	22,9	6,2	10,4	34,2	0,944
İstek	2,9	1,1	1,2	4,8	0,882
Uyarılma	3,8	1,2	1,2	6	0,876
Lubrikasyon	3,8	1,1	1,2	6	0,847
Orgazm	3,8	1,5	1,2	6	0,891
Doyum	4,4	1,1	1,6	6	0,837
Ağrı	4,2	1,7	1,2	6	0,947
Benlik saygısı	1	0,6	0	3,1	0,504
SF-36					
Fiziksel fonksiyon	74,1	23,5	5	100	0,918
Fiziksel rol güçlüğü	64,6	37,5	0	100	0,796
Ağrı	73	21,6	12,5	100	0,719
Genel sağlık algısı	57,7	16,8	15	95	0,592
Enerji/yorgunluk	59,5	19,7	20	90	0,678
Sosyal işlevsellik	76,8	22,1	37,5	100	0,585
Emosyonel rol güçlüğü	79,7	34,1	0	100	0,794
Ruhsal sağlık	67,5	21,1	20	100	0,888

Bulgular ort±SS (min-maks), medyan (min-maks) veya n (%) ile gösterilmiştir.

FSFI toplam ve alt ölçek skorları ile katılımcıların yaşları ve tanı anındaki yaşlarına bakıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon bulunmamıştır. Katılımcıların eğitim durumu, meslek, çalışma durumu ve aylık gelir gibi sosyodemografik özellikleri ile FSFI toplam ve alt ölçekler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Jinekolojik kanserin tanısı ve uygulanan tedaviler, komorbidite ve komorbite nedenli ilaç kullanımı ile FSFI toplam ve alt ölçekler arasında yine istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Hastaların sosyodemografik özellikleri, kanserin tanısı ve tedavi türleri ile FSFI toplam ve alt ölçek skorları arasındaki ilişki Tablo 7 ve Tablo 8'da gösterilmiştir.

FSFI ölçeğinin toplam ve alt grupları ile HADS ölçeği arasında korelasyona bakıldığında; orgazm, doyum ve ağrı alt ölçek ve toplam puanlar ile anksiyete ölçek puanı arasında istatistiksek olarak anlamlı korelasyon bulunmuştur (sırasıyla $p=0,017$, $p=0,011$, $p=0,024$, $p=0,015$). FSFI ölçeğinin toplam ve alt grup puanları ile depresyon ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon saptanmamıştır ($p>0,050$).

FSFI ölçeğinin toplam ve alt grup puanları ile benlik saygı arasında korelasyona bakıldığında; istek, uyarılma, orgazm, doyum alt ölçek puanları ile Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği puanı arasında istatistiksek olarak anlamlı korelasyon bulunmuştur (sırasıyla $p=0,045$, $p=0,027$, $p=0,036$, $p=0,016$).

FSFI ölçeğinin toplam ve alt grup puanları ile SF-36 ölçeğinin alt grupları arasında korelasyona bakıldığında; fiziksel fonksiyon ile lubrikasyon, orgazm, uyarılma alt ölçek ve toplam puanları arasında istatistiksek olarak anlamlı korelasyon bulunmuştur (sırasıyla $p=0,018$, $p=0,025$, $p=0,015$, $p=0,016$, $p=0,024$). Fiziksel rol güçlüğü puanı ile orgazm alt ölçek puanları arasında istatistiksek olarak anlamlı korelasyon saptanmamıştır ($p=0,031$). SF-36 ağrı alt ölçek puanı ile FSFI ağrı alt ölçek ve toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulunmuştur (sırasıyla $p=0,020$, $p=0,050$). Ayrıca Enerji/yorgunluk puanı ile FSFI toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulunmuştur ($p=0,045$). Emosyonel

rol güçlüğü puanı ile orgazm alt ölçek puanları arasında istatistiksek olarak anlamlı korelasyon saptanmıştır (p=0,042).

Ruhsal sağlık ile FSFI ölçeğinin istek, doyum, orgazm alt ölçek ve toplam puanları arasında istatistiksek olarak anlamlı korelasyon bulunmuştur (sırasıyla p=0,043, p=0,032, p=0,015, p=0,006, p=0,022).

FSFI toplam ölçek puanlarına bakıldığında, SF-36 ölçeğinin fiziksel fonksiyon, enerji/yorgunluk, ağrı ve ruhsal sağlık alt ölçek puanları ile arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon saptanmıştır (sırasıyla p=0,024, p=0,049, p=0,024, p=0,022). FSFI toplam ve alt ölçekler ile diğer ölçeklerin ilişkisi Tablo 9'da gösterilmiştir.

Tablo 7: Hastaların genel özelliklerine göre FSFI ölçek ve alt ölçek skorları

	n	İstek	Uyarılma	Lubrikasyon	Orgazm	Doyum	Ağrı	Toplam Skor
Yaş								
<50	12	3,1±1,3(1,2-4,8)	4,2±1,5(1,5-6)	3,6±1,2(1,2-5,4)	3,9±1,6(1,6-6)	4,4±1,2(2-6)	4,1±1,5(2-6)	23,2±7,3(11,1-34,2)
≥50	29	2,8±1,1(1,2-4,8)	3,6±1,1(1,2-5,4)	3,8±1,1(1,2-6)	3,8±1,4(1,2-5,6)	4,5±1,1(1,6-6)	4,2±1,8(1,2-6)	22,8±5,8(10,4-32,6)
p		0,550	0,191	0,572	0,876	0,766	0,811	0,857
Eğitim durumu								
Okuryazar	7	3(1,2-3,6)	4,2(1,8-4,8)	3,6(2,4-6)	4,4(1,2-5,6)	4,8(2,4-6)	4,8(1,6-6)	25,2(15,7-28,4)
İlkokul	25	3,6(1,2-4,2)	4,2(1,2-5,7)	3,6(1,2-5,4)	4,4(1,2-5,6)	4,8(1,6-5,2)	3,6(1,2-6)	23,6(10,4-31,2)
Ortaokul	4	3,3(1,2-4,8)	4,1(2,7-6)	3,9(3,3-5,4)	4(1,6-6)	4,8(3,2-6)	4,8(3,2-6)	24,7(15,6-34,2)
Lise	3	2,4(2,4-4,8)	3,3(2,7-5,4)	4,8(3,6-6)	5,2(2,8-5,6)	5,6(4,8-6)	5,6(3,6-6)	28,1(19,9-32,6)
Üniversite	2	3,3(3-3,6)	4,4(3,6-5,1)	3,5(3-3,9)	4,8(4-5,6)	6(6-6)	4,6(4,4-4,8)	26,5(24,9-28,1)
p		0,870	0,955	0,577	0,718	0,054	0,731	0,651
Meslek								
Ev hanımı	24	3(1,2-4,8)	4,2(1,5-6)	3,9(1,2-6)	4,4(1,2-6)	4,8(2-6)	4,6(1,6-6)	24,9(11,1-34,2)
İşçi	14	3,3(1,2-4,8)	3,6(1,2-5,7)	3,6(1,2-5,4)	3,4(1,2-5,6)	4,2(1,6-6)	3,6(1,2-6)	22(10,4-32,6)
Memur	3	2,4(2,4-3,6)	4,2(2,7-5,1)	3,6(3-4,2)	4,4(2,8-5,6)	5,2(4,8-6)	4,8(3,6-6)	26,4(19,9-28,1)
p		0,939	0,954	0,642	0,645	0,079	0,731	0,677
Çalışma durumu								
Çalışmıyor	26	3(1,2-4,8)	3,9(1,2-6)	3,8(1,2-6)	4,4(1,2-6)	4,8(2-6)	4,6(1,6-6)	24,9(11,1-34,2)
Emekli	6	3(1,2-4,8)	4,4(2,7-5,4)	3,9(3-5,4)	4,8(2,8-5,6)	5(3,6-6)	5,4(1,2-6)	27,3(15,8-32,6)
Düzensiz çalışıyor	5	1,2(1,2-4,2)	2,7(2,4-5,7)	3,3(2,1-5,1)	1,6(1,2-5,6)	3,6(1,6-5,2)	3,6(1,2-6)	15,7(10,4-31,2)
Düzenli çalışıyor	4	3,6(3-4,2)	4,2(3,3-5,1)	3,9(3,6-4,8)	4(3,2-4,8)	4,8(4,4-4,8)	4(2-6)	24(21,1-29,1)
p		0,432	0,751	0,536	0,478	0,220	0,623	0,397
Aylık gelir durumu								
1500 altı	5	3(1,2-4,2)	4,5(2,7-4,5)	3,6(2,1-5,4)	3,2(1,6-5,2)	4,8(1,6-4,8)	2(1,2-6)	21,1(10,4-30,1)
1500-2500	14	3(1,2-4,8)	3,3(1,8-6)	3,6(1,8-5,4)	4,4(1,2-6)	4,8(2-6)	4,8(1,2-6)	23,9(12,3-34,2)
2500-4000	14	3,6(1,2-4,2)	4,1(1,2-5,7)	3,9(1,2-6)	4,6(2,4-5,6)	4,8(2,8-6)	4,2(2-6)	25,7(13,8-31,2)
4000 üstü	8	2,7(1,2-4,8)	3,9(1,5-5,4)	3,5(1,2-4,8)	3,8(1,6-5,6)	4,8(3,2-6)	4,2(2-6)	23,5(11,1-32,6)
p		0,560	0,839	0,405	0,659	0,668	0,564	0,752

Bulgular ort±SS (min-maks) veya medyan (min-maks) ile gösterilmiştir. Kruskal-Wallis test, Student's t test

Tablo 8: Hastaların tanısı, aldıkları tedaviye göre FSFI ölçek ve alt ölçek skorları

	n	İstek	Uyarılma	Lubrikasyon	Orgazm	Doyum	Ağrı	Toplam Skor
Tanı								
Serviks	20	2,7±1,1(1,2-4,8)	3,8±1,3(1,5-6)	3,9±1,3(1,2-6)	3,8±1,6(1,2-6)	4,4±1,3(1,6-6)	4,1±1,7(1,2-6)	22,7±7(10,4-34,2)
Endometrium	21	3,1±1,1(1,2-4,8)	3,8±1,2(1,2-5,4)	3,7±1(1,2-5,4)	3,8±1,3(1,2-5,6)	4,5±0,9(2,8-6)	4,2±1,7(1,6-6)	23,1±5,5(12,9-32,6)
p		0,245	0,892	0,696	0,987	0,789	0,753	0,803
Cerrahi tedavi								
Hayır	19	2,7±1,1(1,2-4,8)	3,8±1,3(1,5-6)	3,7±1,3(1,2-6)	3,7±1,7(1,2-6)	4,4±1,3(1,6-6)	3,9±1,8(1,2-6)	22,2±7,1(10,4-34,2)
Evet	22	3,1±1,1(1,2-4,8)	3,8±1,2(1,2-5,4)	3,8±1(1,2-5,4)	3,9±1,3(1,2-5,6)	4,5±1(2,8-6)	4,4±1,6(1,6-6)	23,5±5,4(12,9-32,6)
p		0,231	0,905	0,770	0,636	0,972	0,342	0,504
ERT/Brakiterapi								
Brakiterapi	9	3,6(1,2-4,2)	3,6(1,2-5,4)	3,6(2,4-5,4)	4,4(1,2-5,6)	4,8(2,8-6)	4(1,6-6)	24,8(12,9-30,1)
ERT+Brakiterapi	32	3(1,2-4,8)	4,2(1,5-6)	3,8(1,2-6)	4,4(1,2-6)	4,8(1,6-6)	4,6(1,2-6)	24,5(10,4-34,2)
p		0,566	0,841	0,566	0,653	0,343	0,938	0,769
Eş zamanlı KT								
Hayır	22	3,1±1,1(1,2-4,8)	3,8±1,2(1,2-5,4)	3,9±1,1(1,2-6)	4±1,3(1,2-5,6)	4,5±1(2,8-6)	4,4±1,6(1,6-6)	23,7±5,6(12,9-32,6)
Evet	19	2,7±1,1(1,2-4,8)	3,7±1,3(1,5-6)	3,6±1,2(1,2-6)	3,7±1,6(1,2-6)	4,4±1,2(1,6-6)	3,9±1,7(1,2-6)	22±6,9(10,4-34,2)
p		0,302	0,787	0,433	0,577	0,715	0,271	0,380
Komorbidite								
Hayır	25	3±1,1(1,2-4,8)	3,9±1,3(1,2-6)	3,9±1(1,2-6)	4,1±1,4(1,2-6)	4,6±1,1(2,4-6)	4,1±1,7(1,2-6)	23,5±6(11,1-34,2)
Evet	16	2,7±1,1(1,2-4,2)	3,6±1(1,8-4,8)	3,6±1,3(1,2-6)	3,5±1,5(1,2-5,6)	4,3±1,2(1,6-6)	4,3±1,7(1,2-6)	21,9±6,5(10,4-30,1)
p		0,325	0,451	0,517	0,230	0,369	0,743	0,424
İlaç kullanımı								
Hayır	26	3±1,1(1,2-4,8)	3,9±1,3(1,2-6)	3,9±1(1,2-6)	4,1±1,4(1,2-6)	4,6±1,1(2,4-6)	4,2±1,7(1,2-6)	23,7±6(11,1-34,2)
Evet	15	2,5±1,2(1,2-4,2)	3,4±1(1,8-4,5)	3,6±1,4(1,2-6)	3,3±1,5(1,2-5,6)	4,1±1,2(1,6-5,2)	4±1,7(1,2-6)	21±6,4(10,4-30,1)
p		0,174	0,218	0,455	0,115	0,148	0,803	0,183

Bulgular ort±SS (min-maks) veya medyan (min-maks) ile gösterilmiştir.Student’s t test, Mann-Whitney U test.

Tablo 9: Hastaların FSFI ölçek ve alt ölçek skorları ile diğer ölçek ve alt ölçek skorları arasındaki korelasyon

	İstek		Uyarılma		Lubrikasyon		Orgazm		Doyum		Ağrı		Toplam Skor	
Değişkenler	**r**	**p**	**r**	**p**	**r**	**p**	**r**	**p**	**r**	**p**	**r**	**p**	**r**	**p**
HADS														
Anksiyete	-0,235	0,139	-0,140	0,383	-0,176	0,271	-0,370	**0,017**	-0,394	**0,011**	-0,352	**0,024**	-0,376	**0,015**
Depresyon	-0,268	0,090	-0,110	0,495	-0,058	0,720	-0,292	0,064	-0,208	0,191	-0,073	0,648	-0,207	0,194
Benlik saygısı	-0,315	**0,045**	-0,346	**0,027**	-0,177	0,269	-0,328	**0,036**	-0,374	**0,016**	-0,054	0,739	-0,300	0,056
SF-36														
Fiziksel fonksiyon	0,189	0,237	0,171	0,284	0,367	**0,018**	0,349	**0,025**	0,377	**0,015**	0,243	0,125	0,351	**0,024**
Fiziksel rol güçlüğü	0,218	0,171	0,146	0,364	0,102	0,524	0,337	**0,031**	0,219	0,169	0,055	0,732	0,255	0,107
Ağrı	0,261	0,099	0,237	0,136	0,203	0,204	0,193	0,228	0,206	0,197	0,363	**0,020**	0,309	**0,049**
Genel sağlık algısı	0,190	0,233	0,065	0,687	0,206	0,195	0,159	0,321	0,187	0,241	0,094	0,559	0,182	0,256
Enerji/yorgunluk	0,276	0,081	0,247	0,119	0,268	0,090	0,278	0,079	0,389	**0,012**	0,256	0,106	0,353	**0,024**
Sosyal işlevsellik	0,183	0,253	0,155	0,334	0,158	0,325	0,296	0,061	0,254	0,109	0,296	0,060	0,291	0,065
Emosyonel rol güçlüğü	0,188	0,238	0,166	0,301	0,069	0,667	0,319	**0,042**	0,265	0,094	0,241	0,130	0,285	0,071
Ruhsal sağlık	0,318	**0,043**	0,306	0,052	0,141	0,380	0,335	**0,032**	0,426	**0,006**	0,204	0,201	0,357	**0,022**

Pearsonkorelasyon testi, Spearman korelasyon testi.

Araştırmaya katılan tüm kadın hastalar ERT ve/veya brakiterapi almıştır. ERT ile birlikte brakiterapi alan ve sadece brakiterapi alan gruplar karşılaştırıldığında, bu iki grup arasında anksiyete ve depresyon skorları arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0,05).

Radyoterapi türleri ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki incelendiğinde, ERT ile birlikte Brakiterapi alan grupta, SF-36'nın "enerji/yorgunluk" alt ölçek puanları, sadece brakiterapi alan gruba göre istatistiksel olarak daha yüksek bulunmuştur (p=0,048). Radyoterapi türleri ile anksiyete ve depresyon ilişkisi, cinsel işlev bozuklukları açısından fark olup olmadığı ve yaşam kalitesi üzerine etkileri Tablo 10'da verilmiştir.

Tablo 10: ERT/Brakiterapi tedavisi alan ve sadece brakiterapi alan hastaların ölçek ve alt ölçek skorları

	Yok (n:9)	**Var (n:32)**	**p**
HADS			
Anksiyete	8(2-16)	6(0-16)	0,092
Depresyon	4(1-12)	3(0-13)	0,327
FSFI	24,8(12,9-30,1)	24,5(10,4-34,2)	0,769
İstek	3,6(1,2-4,2)	3(1,2-4,8)	0,566
Uyarılma	3,6(1,2-5,4)	4,2(1,5-6)	0,841
Lubrikasyon	3,6(2,4-5,4)	3,8(1,2-6)	0,566
Orgazm	4,4(1,2-5,6)	4,4(1,2-6)	0,653
Doyum	4,8(2,8-6)	4,8(1,6-6)	0,343
Ağrı	4(1,6-6)	4,6(1,2-6)	0,938
Benlik saygısı	0,8(0,3-1,8)	1(0-3,1)	0,889
SF-36			
Fiziksel fonksiyon	60(5-100)	77,5(15-100)	0,429
Fiziksel rol güçlüğü	50(0-100)	75(0-100)	0,588
Ağrı	77,5(12,5-100)	77,5(37,5-100)	0,999
Genel sağlık algısı	55(35-80)	57,5(15-95)	0,359
Enerji/yorgunluk	50(20-75)	67,5(20-90)	**0,048**
Sosyal işlevsellik	75(37,5-100)	87,5(37,5-100)	0,546
Emosyonel rol güçlüğü	100(0-100)	100(0-100)	0,525
Ruhsal sağlık	60(20-84)	78(24-100)	0,195

Bulgular medyan (min-maks) ile gösterilmiştir.Mann-Whitney U test.

Hastalarda fiziksel fonksiyon, ağrı, enerji/yorgunluk ve ruhsal sağlık skorlarını etkileyen faktörler çoklu lineer regresyon analizi ile Tablo 9'da incelenmiştir. Model 1'de fiziksel fonksiyon ve Model 2'de ağrı skorları ile ilişkili faktörler incelenmiş, fakat yaş, eğitim durumu, aylık gelir durumu, komorbidite ve FSFI skoru ile fiziksel fonksiyon ve ağrı skoru arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Model 3'te komorbidite varlığının enerji/yorgunluk skorunu negatif yönde etkilediği belirlenmiştir (β=-0,423; p=0,013). Model 4'te komorbidite varlığı (β=-0,415; p=0,010) ruhsal sağlık skoru ile negatif yönde ilişkili bulunurken FSFI skorunun (β=0,339; p=0,022) ruhsal sağlık skorunu pozitif yönde etkilediği saptanmıştır.

Tablo 11: Hastalarda fiziksel fonksiyon, ağrı, enerji/yorgunluk ve ruhsal sağlık skorlarını etkileyen faktörler çoklu lineer regresyon analizi ile belirlenmesi

	Fiziksel fonksiyon						95% ConfidenceInterval	
Model 1	**B**	**SE**	**β**	**t**	**Sig.**	**VIF**	**Lower**	**Upper**
(Constant)	57,051	29,448		1,937	0,061	-	-2,732	116,834
Yaş	-0,102	0,497	-0,036	-0,206	0,838	1,236	-1,111	0,907
Eğitim durumu	3,158	4,604	0,133	0,686	0,497	1,533	-6,189	12,504
Aylık gelir durumu	0,446	4,578	0,018	0,097	0,923	1,389	-8,848	9,739
Komorbidite	-7,782	8,36	-0,164	-0,931	0,358	1,264	-24,753	9,189
FSFI skor	0,902	0,619	0,238	1,458	0,154	1,091	-0,354	2,158
R=0,381; R^2=0,145; p=0,333								
	Ağrı						**95% ConfidenceInterval**	
Model 2	**B**	**SE**	**β**	**t**	**Sig.**	**VIF**	**Lower**	**Upper**
(Constant)	52,148	26,027		2,004	0,053	-	-0,689	104,985
Yaş	0,042	0,439	0,016	0,097	0,924	1,236	-0,849	0,934
Eğitim durumu	0,421	4,069	0,019	0,103	0,918	1,533	-7,84	8,681
Aylık gelir durumu	0,534	4,046	0,023	0,132	0,896	1,389	-7,68	8,749
Komorbidite	-13,902	7,388	-0,319	-1,882	0,068	1,264	-28,901	1,097
FSFI skor	0,963	0,547	0,277	1,761	0,087	1,091	-0,147	2,073
R=0,454; R^2=0,206; p=0,135								
	Enerji/yorgunluk						**95% ConfidenceInterval**	
Model 3	**B**	**SE**	**β**	**t**	**Sig.**	**VIF**	**Lower**	**Upper**
(Constant)	5,824	22,665		0,257	0,799	-	-40,188	51,837
Yaş	0,662	0,383	0,275	1,729	0,093	1,236	-0,115	1,438
Eğitim durumu	-1,162	3,543	-0,058	-0,328	0,745	1,533	-8,356	6,032
Aylık gelir durumu	2,083	3,524	0,100	0,591	0,558	1,389	-5,07	9,236
Komorbidite	-16,907	6,434	-0,423	-2,628	**0,013**	1,264	-29,968	-3,845
FSFI skor	0,89	0,476	0,279	1,868	0,070	1,091	-0,077	1,857
R=0,532; R^2=0,283; p=0,033								
	Ruhsal sağlık						**95% ConfidenceInterval**	
Model 4	**B**	**SE**	**β**	**t**	**Sig.**	**VIF**	**Lower**	**Upper**
(Constant)	18,572	22,903		0,811	0,423	-	-27,923	65,066
Yaş	0,454	0,387	0,177	1,174	0,248	1,236	-0,331	1,239
Eğitim durumu	2,322	3,581	0,109	0,648	0,521	1,533	-4,947	9,591
Aylık gelir durumu	0,782	3,560	0,035	0,22	0,827	1,389	-6,446	8,01
Komorbidite	-17,692	6,501	-0,415	-2,721	**0,010**	1,264	-30,891	-4,494
FSFI skor	1,15	0,481	0,339	2,39	**0,022**	1,091	0,173	2,127
R=0,597; R^2=0,356; p=0,007								

5.TARTIŞMA

Jinekolojik kanserler içerisinde endometrium ve serviks kanseri en sık görülen kanserlerdir. Jinekolojik kanser tanısı alan hastalarda ilişkisel ve cinsel sorunlar daha sıktır, çünkü bu kanser, kadın kimliği üzerinde güçlü bir olumsuz etkiye sahiptir ve kendi cinsellik algısını tehdit eder (1, 101). Hem kanserin kendisi hem de tedaviler depresyon, anksiyete, benlik saygısında azalma, uyku bozuklukları gibi psikiyatrik sorunlara, cinsel işlev bozukluklarına yol açabilmekte, yaşam kalitesini olumsuz yönde etkiyebilmektedir (114, 115). Bu çalışmada da, jinekolojik kanser hastalarında tedavi sonrası cinsel işlevler değerlendirilmiş olup, cinsel işlev bozuklukları, anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin araştırılması amaçlanmıştır.

Depresyon ve anksiyete, kanser tanısı alan hastaları etkileyen yaygın psikiyatrik durumlar arasındadır. Depresyon ve aksiyete belirtileri, kanser hastalarında tanı, tedavi veya nüksler sırasında ortaya çıkan strese bağlı olarak meydana gelebilir. Kansere yakalanma düşüncesi, kişinin kendi algısı, kendi sağlığı, kadın ve anne olarak kendi kimliği ve genel olarak kendi iyiliği için gerçek bir yas anlamına gelir (116). Kanser hastalarında karşılaşılan anksiyete ve depresyon, ayrıca hastaların yaşam kalitesini düşürür ve tıbbi tedaviye uyumunu olumsuz yönde etkiler (117).

Kanser türüne göre yapılan analizler sırasıyla akciğer, jinekolojik ve hematolojik kanserli hastaların kanser tanısı sırasında en yüksek düzeyde sıkıntı bildirdiklerini göstermiştir (1).

Çalışmamızda jinekolojik kanser nedeni ile tedavi görmüş kadın hastalar içerisinde depresyon oranı %24,4 ve anksiyete oranı %12,2 bulunmuştur. Jinekolojik kanser hastalarında psikiyatrik komorbiteleri araştıran çalışmalarda; jinekolojik kanser (servikal, endometriyal veya over kanseri) tedavisi gören beş kadından yaklaşık birinde depresyon olduğu gösterilmiştir (118). Yine benzer bir çalışmada jinekolojik kanser tedavisi gören kadınların %22,5'inde depresyon görüldüğü, sadece

endometriyal kanser tanılı hastalarda yapılan bir çalışmada ise, postoperatif anksiyete ve depresyon insidansının sırasıyla %15,55 ve %32,77 olduğu bulunmuştur (119). Bu veriler jinekolojik kanser hastalarında sık olarak görülen depresyon ve anksiyete belirtilerinin taranmasının tüm hastalar için önemli olduğunu göstermektedir.

Çalışmamızda kanser tedavisi görmüş remisyonda kadınlar arasında depresyon ve anksiyete gibi psikiyatrik komorbiditeyi etkileyebilecek diğer faktör katılımcıların ekonomik durumu ve eğitim düzeyidir. Çalışmaya katılan hastaların %80,4'inin evlerine giren aylık gelirin geçim sınırının altında olduğu görülmektedir (4000tl ve altı). Düşük sosyoekonomik durumun depresyon için risk faktörlerinden biri olduğu bilinmektedir. Eğitim seviyelerine bakıldığında, katılımcıların %87,8'inin ilköğretim mezunu olduğu ya da daha öncesinde eğitime son verdikleri görülmektedir. Çalışmamızda bulunan düşük gelir ve düşük eğitim seviyesinin kanser hastalarında depresyonla ilişkili olduğu başka çalışmalarda da gösterilmiştir (120).

Kanser tedavilerindeki gelişmeler, kanser hastalarının uzun vadeli sağ kalımlarını arttırdığı anlamına gelir. Bu durum daha fazla insanın hastalıklarının uzun vadeli etkileriyle yaşamasına neden olur. Cinsel işlev bozukluğu da özellikle jinekolojik kanser tedavilerinin çok sık görülen ve hafife alınan uzun vadeli bir komplikasyonudur (121). Genel populasyonda, kadın cinsel sorunları oldukça yaygındır ve kadınların %43'ünü etkiler (122, 123). Jinekolojik kanser hastalarında ise tahmini cinsel işlev bozukluğu prevalansı %40 ile %100 arasındadır (102, 123, 124). Çalışmamızda cinsel işlevler kesitsel olarak değerlendirildiğinde, katılımcıların %68,3'ünde FSFI puanı 26,55'den düşük olan bir tür cinsel işlev bozukluğu saptanmıştır. Jinekolojik kanser hastalarında, cinsel işlev bozukluğunu değerlendiren benzer çalışmalara bakıldığında, en az 3 ay önce tedavi görmüş 73 katılımcısı bulunan bir çalışmada kadınların %56,1'i kanserin cinsel işlevler üzerinde etkisi olduğunu bildirmiştir (125). Erken evre endometriyal kanser hastalarına birincil cerrahi tedaviden 1 ila 5 yıl sonra (n=72) FSFI uygulanmış ve kadınların %89'u (FSFI) puanı 26'dan düşük olan bir tür cinsel işlev bozukluğundan bahsetmiştir (104). Ülkemizde yapılan bir çalışmada jinekolojik kanser tedavisi gören kadınlarda

%80 oranında cinsel işlevi sürdürememe şikayetlerinin olduğu bulunmuştur (126). Çalışmamızda sağlıklı kontroller yer almamaktadır, ancak sağlıklı kontrollerle karşılaştırılan çalışmalarda jinekolojik kanser hastalarında cinsel işlev bozukluğu görülme oranı daha yüksek bulunmuştur. Bununla birlikte, yaş eşleştirilmiş kontrol populasyonu ile karşılaştırılan bir çalışmada, katılımcılar önemli ölçüde daha fazla vajinal kuruluk ve daha düşük cinsel ilgi, aktivite ve zevk bildirmişlerdir (43).

Kadın cinsel işlev bozukluğunun etiyolojisini belirlemek için duygusal, fiziksel ve diğer komorbid hastalıkların farklı yönleri ve ilaç kullanımı da dikkate alınmalıdır. Çünkü cinsel işlevler, hastalık, ağrı, anksiyete, öfke, stresli durumlar ve ilaçlardan etkilenebilir. Anksiyete ve depresyon gibi duygusal bozukluklar, cinsel istek, cinsel uyarılma ve orgazmdaki azalma ile ilişkilidir (127, 128).

Çalışmamızda anksiyete ve depresyon ile cinsel işlev bozuklukları incelendiğinde orgazm, doyum ve ağrı alt ölçek puanlarının anksiyete ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Depresyon ile cinsel işlevler arasındaki ilişki incelendiğinde alt ölçekler ile depresyon arasında bir ilişki bulunamamıştır. Katılımcıların uzun birliktelik süreleri göz önüne alındığında eşler arasında depresyonun cinsel işlevler üzerinde belirgin stresör olmadığı, bu alanda meydana gelen problemlerin partnerlerle daha iyi iletişim, artan karşılıklı anlayış, daha dikkatli cinsel temas ile çiftler arasındaki çözülebildiği düşünülebilir. Jinekolojik kanserin çift ilişkileri üzerinde olumlu bir etkiye sahip olabileceğine dair kanıtlar vardır, çalışmalar bazı kadınların çift iletişiminde iyileşme ve karşılıklı anlayışın arttığını, ilişkilerinde ve duygusal yakınlıkta bir iyileşme bildirdiklerini göstermektedir (129, 130, 131, 132). Ancak anksiyete ile cinsel işlevler arasındaki ilişki incelendiğinde, cinsel ilişki sırasında ağrının olması, ilişki öncesi ağrı ile ilgili kaygılarını tetikleyebileceği, cinsel ilişkiden alınan doyumu ve orgazm yaşantısını da azaltabileceği düşünülebilir (133).

Çalışmamızda benlik saygısı ile cinsel işlevler incelendiğinde istek, uyarılma, orgazm ve doyum alt ölçekleri ile ilişkili bulunmuştur. Özellikle jinekolojik kanserler kadınların, kadınlık ve cinsel çekicilik duygularını oldukça etkiler bu da azalmış cinsel güven, azalmış benlik saygısı ile ilişkili olabilir (134, 135).

Hipertansiyon, diyabet, metabolik sendrom, tiroid bozuklukları cinsel işlev bozukluğu ile ilişkili iyi bilinen hastalıklardır (136, 137). Beta-bloker gibi antihipertansiflerin yanı sıra diüretiklerin de cinsel yan etkileri iyi bilinmektedir (138). Çalışmamızda katılımcıların %39'unda komorbidite bulunmaktadır ancak cinsel işlevler açısından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu vakaları daha da karmaşık hale getiren, antidepresan ilaçların, özellikle seçici serotonin geri alım inhibitörlerinin (SSRI'lar) etkileridir, bunlar cinsel isteği daha da bastırabilir ve yaygın olarak uyarılma ve orgazmları inhibe edebilir (139, 140).

Çalışmamızda, sadece bir hasta migren tanısı ile SSRI kullanmaktaydı. Bu yüzden bu ilişki değerlendirilememiştir.

Jinekolojik kanser tedavileri de, bireyin cinsel işlevlerini ve cinsel sağlığını olumsuz etkilemektedir. Serviks kanser hastalarında yapılan bir çalışmada, tedavi sonrası hastaların %32,9'unda ilişki sırasında ağrı, %25,9'unda değişen cinsel yaşam saptanmıştır. Ayrıca cinsel istekte azalma, vajinal kuruluk, vajinada kısalma ve darlık olduğu bulunmuştur (141, 142).

Pelvik radyoterapi sonrası kadınlarda, pelvik ve özellikle vajinaya verilen radyasyonun alanına ve toplam dozuna bağlı olarak değişen derecelerde vajinal değişiklikler gelişir. Erken menopoza ek olarak radyoterapinin, vajinal kısalma, azalmış vajinal elastikiyet, kısa ve uzun vadede azalmış vajinal lubrikasyon, disparoni, azalmış cinsel ilişki sıklığı, orgazm zorluğu, azalmış cinsel istek, cinsel ilişkiye yeniden başlamak ile ilgili duyulan kaygı ve olumsuz beden imaji, benlik saygısında değişiklik ile ilişkili olduğu bulunmuştur (7, 143, 144, 145). Cerrahi ile birlikte birincil radyoterapi veya sadece radyoterapi alan kadınların, radyoterapi almayan kadınlara göre tedavi sonrasında cinsel ilişki sırasında ağrı ve cinsel zevk kaybı yaşama olasılığının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (128). Yapılan başka bir çalışmada ise radyoterapi ile cinsel fonksiyon bozukluğu arasında anlamlı fark saptanmamıştır (146).

Yakın zamanda yapılan bir araştırma, brakiterapi gibi modern radyoterapi tekniklerinin, azalmış vajinal etki nedeni ile cinsel işlevlerin daha erken başlaması ile ilişkili bulunmuştur (147). Ancak cinsel işlev bozukluğu ile uygulanan tedavilerin karşılaştırıldığı bir başka çalışmada ise cerrahi evrelemeyi takiben adjuvan VBT (n=32) veya ERT (n= 43) alan endometriyal kanser hastalarında cinsel fonksiyon ve vajinal morbidite ileriye dönük olarak değerlendirilmiş, VBT ve ERT hastaları arasında cinsel işlevde hiçbir farklılık olmadığını göstermiştir. Yapılan son dönem çalışmalarda da ERT ile VBT arasında vajinal toksisite arasında fark saptanmamıştır. Bununla birlikte, yaş eşleştirilmiş bir kontrol populasyonu ile karşılaştırıldığında, çalışmadaki katılımcılar önemli ölçüde daha fazla vajinal kuruluk ve daha düşük cinsel ilgi, aktivite ve zevk bildirmişlerdir (44). Farklı çalışmalardan elde edilen sonuçlar, jinekolojik kanser tedavisinde yer alan radyoterapinin cinsel sağlığa etkisinin halen tartışılmalı bir konu olduğunu göstermektedir.

Çalışmamızda da benzer şekilde cinsel işlev bozuklukları ile radyoterapi türleri karşılaştırıldığında ERT ile brakiterapi birlikte (n=32) alan ve sadece brakiterapi (n=9) alan endometrium ve serviks kanser tanılı hastalarda cinsel işlevlerde farklılık saptanmamıştır.

Jinekolojik maligniteler için tedavi neredeyse tamamen yaşamın uzamasına odaklanmıştır ve yaşam kalitesi ile ilgili konular geri planda kalmıştır. Kanserin ve tedavilerinin yaşam kalitesi üzerindeki etkilerinin hastanın, psikofiziksel ve cinsel sağlığı üzerindeki etkilerinin göz ardı edilmesi, cinsel bozukluklarının, anksiyetenin ve depresyonun daha da kötüleşmesine neden olur. Bu durumda stres seviyesinin, hastalığın ve prognozunun kötüleşme riskini arttırır (148, 149).

Çalışmamızda cinsel işlev bozuklukları ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki incelendiğinde benzer sonuçlar bulunmuştur. Fiziksel fonksiyon ile lubrikasyon, orgazm, uyarılma alt ölçek ve FSFI toplam puanları arasında ayrıca fiziksel rol güçlüğü ve emosyonel rol güçlüğü puanı ile orgazm alt ölçek arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulundu.

FSFI ağrı alt ölçek ve toplam puanları ile SF-36 ağrı alt ölçek puanı arasında istatistiksek olarak anlamlı korelasyon saptanmıştır. Ruhsal sağlık puanları ile istek, doyum, orgazm alt ölçek ve toplam puanları arasında istatistiksek olarak anlamlı korelasyon saptanmıştır. Ayrıca FSFI toplam puanları ile enerji/yorgunluk puanı arasında istatistiksek olarak anlamlı fark bulundu.

FSFI toplam ölçek puanlarına bakıldığında, SF-36 ölçeğinin fiziksel fonksiyon, enerji/yorgunluk, ağrı ve ruhsal sağlık alt ölçek puanları ile arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulundu. Bu verilerden yola çıkarak hastalarda fiziksel fonksiyon, ağrı, enerji/yorgunluk ve ruhsal sağlık gibi yaşam kalitesini oluşturan alt ölçek skorlarını etkileyen faktörler çoklu lineer regresyon analizi ile incelenmiştir. FSFI skoru, ruhsal sağlık skoru ile pozitif yönde ilişkili bulunmuştur. Çalışmamıza benzer şekilde bu alanda yapılan birçok araştırma da cinsel sorunların, kadınların yaşam kalitesini etkileyebileceğini göstermektedir (9, 10, 11). Bu çalışmalar, jinekolojik kanser sonrası ortaya çıkan cinsel zorluğun, yaşamın uzaması için gerekli tedavilerin kaçınılmaz sonuçlarından biri olduğu göstermektedir. Tedavi sonrası uyumu kolaylaştırmak için aktif ve olumlu başa çıkma yöntemlerini desteklemek, çiftin iletişim becerilerini arttırmak, tedaviye bağlı bedensel ve yan etkiler hakkında bilgi vermek, vajinal dilatasyon eğitimi verilmesi önerilmektedir. Yapılan bir çalışmada vajinal dilatasyonun tedavi sonrası yan etkilerin görülmesini azalttığını gösterilmiştir (150).

Tedavi türlerine yaşam kalitesini değerlendiren bir çalışmada, tedaviden sonraki ilk 2 yıl boyunca PORTEC-2'deki hastalar tarafından bildirilen yaşam kalitesi analizi, ERT alanlarda daha fazla gastrointestinal semptomlar, bildirdiklerini göstermiştir. Bu da günlük aktivitelerde kısıtlama ve sosyal işlevsellikte azalma ile sonuçlanır (44). Yapılan başka bir çalışma ise VBT'nin yaşam kalitesi üzerinde önemli ölçüde daha az yan etkiye sahip olduğu gösterilmiştir (151).

Ayrıca teknolojik gelişmeler sonucunda radyoterapinin normal dokuları daha az etkilediği ve bunun sonucunda yan etkilerde azalma ve yaşam kalitesinde artışlar saptanmıştır (152).

Orta riskli endometriyal kanserli 714 kadın hastayı içeren PORTEC-1 çalışmasında, hastaların yaşam kalitesi SF-36 ile değerlendirilmiş olup, pelvik radyasyonla tedavi edilen hastalarda SF-36 Fiziksel fonksiyon (p=0,004) ve Fiziksel rol güçlüğü (p=0,003) konusunda daha düşük puanlar bildirilmiştir (153).

Çalışmamızda yaşam kalitesi ile radyoterapi türleri karşılaştırıldığında enerji/yorgunluk alanında ERT ile brakiterapi birlikte alan grubun daha az etkilendiği görülmüştür. Ayrıca jinekolojik kanser tanılı hastaların fiziksel fonksiyonlarında, sosyal işlevselliklerinde ERT ile brakiterapi birlikte alan grup ile sadece brakiterapi alan grup arasında hiçbir farklılık saptanmamıştır.

6.SONUÇ ve ÖNERİLER

Jinekolojik kanserlerin cinsel sağlık üzerindeki etkisi sadece hastalık sürecinin değil, aynı zamanda tedavilerin de bir komponentidir. Cinsel sorunlar hem kısa hem de uzun vadede psikolojik, fizyolojik ve sosyal refah üzerinde etkiye neden olur. Bu çalışmanın sonunda jinekolojik kanserli hastaların tedavisinden sonra saptanan cinsel işlev bozuklukları ile yaşam kalitesi arasında anlamlı korelasyon bulunmuştur. Bu sonuçtan hareketle cinsel işlevlerin yaşam kalitesinin önemli bileşenlerinden biri olan ruhsal sağlığın belirleyicisi olduğu saptanmıştır.

Cinsel işlev bozukluğuna katkıda bulunan psikolojik, kişilerarası ve sosyokültürel faktörler, kanserin nüksetme korkusu, anksiyete, depresyon, beden imajıyla ilgili endişeler, cinsel ağrı ve ilişki faktörlerine psikiyatrist müdahalesi gerekebilir. Çünkü bu alanda yapılan çalışmalar kısa psikoseksüel müdahalelerin başarılı olduğunu göstermektedir.

Özetle; jinekolojik kanser hastalarında, tedaviyi takiben psikiyatrik belirtilerin eşlik ettiği, yaşam kalitesi ve cinsel işlevlerin olumsuz etkilendiği göz önünde bulundurularak hastaların cinsel zorlukların etkili tedavisi için, koordineli bilgi, destek ve semptom yönetimi sağlanmalıdır. Bu da cinselliğin fiziksel ve psikoseksüel yönlerine odaklanan multidisipliner bir yaklaşımı gerektirir. Doğrudan kanser ve uygulanan tedavilere bağlı veya eşlik eden depresif, anksiyeteye belirtilerine ikincil görülebilen cinsel işlev bozukluklarını araştırmak için örneklemin geniş olduğu yeni araştırmalara ve müdahale çalışmalarına gereksinim vardır.

7.KAYNAKLAR

1. Carter J, Stabile C, Gunn A, et al. The physical consequences of gynecologic cancer surgery and their impact on sexual, emotional, and quality of life issues. *J Sex Med.* 2013;10:21–34.

2. Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer statistics, 2016. *CA: Cancer J Clin* 2016;66:7–30.

3. Lindau ST, Abramsohn EM, Matthews AC. A manifesto on the preservation of sexual function in women and girls with cancer. *Am J Obstet Gynecol* 2015;213:166–74.

4. Damast S, Alektiar KM, Goldfarb S, et al. Sexual functioning among endometrial cancer patients treated with adjuvant high-dose-rate intra-vaginal radiation therapy. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2012;84:e187–93.

5. Bruner D, Lanciano R, Keegan M, et al. Vaginal stenosis and sexual function following intracavitary radiation for the treatment of cervical and endometrial carcinoma. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1993;27:825–30.

6. Mirabeau-Beale KL, Viswanathan AN. Quality of life (QOL) in women treated for gynecologic malignancies with radiation therapy: a literature review of patient – reported outcomes. *Gynecol Oncol* 2014;134:403–9.

7. Burns M, Costello J, Ryan-Woolley B, Davidson S. Assessing the impact of late treatment effects in cervical cancer: an exploratory study of women's sexuality. *European Journal of Cancer Care* 2007;16(4):364–72.

8. Cleary V, Hegarty J. Understanding sexuality in women with gynaecological cancer. *European Journal of Oncology Nursing* 2011;15(1):38–45

9. Sekse RJT, Raaheim M, Blaaka G, Gjengedal E. Life beyond cancer: women's experiences 5 years after treatment for gynaecological cancer. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2010;24(4):799–807.

10. Ananth H, Jones L, King M, Tookman A. The impact of cancer on sexual function: a controlled study. *Palliative Medicine* 2003;17(2):202–5.

11. Juraskova I, Butow P, Robertson R, Sharpe L, McLeod C, Hacker N. Post-treatment sexual adjustment following cervical and endometrial cancer: a qualitative insight. *Psycho-Oncology* 2003;12(3):267–79.

12. American Cancer Society (ACS). Cancer facts & figures. https://www.cancer.org/research/cancer-facts-statistics/all-cancerfactsfigures/all-cancer-facts figures-2018. html. Temmuz 2018

13. Hoffman B.L., Schorge J.O., Schaffer J.I., Halvorson L.M., Bradshaw K.D., Cunningham F.G.Uterin Sarkomlar. [çev.] Gökhan Yıldırım. Williams Jinekoloji. s.l: Nobel Tıp Kitabevleri, 2015, 34, s. 839-850.

14. National Cancer Institute. Surveillance, Epidemiology, and End Results Program. https://seer.cancer.gov/ . Temmuz 2018.

15. SEER Cancer Statistics Review, 1975-2015, National Cancer Institute. Bethesda, MD, https://seer.cancer.gov/csr/1975_2015/ , based on November 2017 SEER data submission, posted to the SEER web site, April 2018. National Cancer Institute, Bethesda, MD, 2018. (Accessed October 5, 2018, at https://seer.cancer.gov/csr/1975_2015.).

16. T.C.Sağlık Bakanlığı Kanser Dairesi Başkanlığı. 2015 Yılı Türkiye Kanser İstatistikleri. https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/istatistik/2015- RAPOR._uzuuun.pdf. Kasım 2018.

17. Amant F, Coosemans A, Debiec-Rychter M, et al. Clinical management of uterine sarcomas. *Lancet Oncol*. 2009; 10:1188–1198.

18. Schonfeld SJ, Hartge P, Pfeiffer RM, et al. An aggregated analysis of hormonal factors and endometrial cancer risk by parity. *Cancer*. 2013; 119:1393–1401.

19. Shapiro S, Kelly JP, Rosenberg L, et al. Risk of localized and widespread endometrial cancer in relation to recent and discontinued use of conjugated estrogens. *N Engl J Med.* 1985; 313:969–972.

20. Mu N, Zhu Y, Wang Y, et al. Insulin resistance: a significant risk factor of endometrial cancer. *Gynecol Oncol.* 2012; 125:751–757.
21. Bergman L, Beelen ML, Gallee MP, et al. Risk and prognosis of endometrial cancer after tamoxifen for breast cancer. Comprehensive Cancer Centres' ALERT Group. Assessment of Liver and Endometrial cancer Risk following Tamoxifen. *Lancet.* 2000; 356:881–887.
22. Cook LS, Nelson HE, Stidley CA, et al. Endometrial cancer and a family history of cancer. *Gynecol Oncol.* 2013; 130:334–339.
23. Berek J.S. Berek&Novak's Gynecology. Uterine Cancer. s.l: Lippincott Williams Wilkins, 2007, 33, s. 1343-1402.
24. Burke W. M., Orr J., Leitao M., Salom E., Gehrig P., Olawaiye A. B. et al. Endometrial cancer: A review and current management strategies: Part I. 2014, *Gynecologic Oncology,* s. 385-392.
25. Pecorelli S. Revised FIGO staging for carcinoma of the vulva, cervix, and endometrium. *Int J Gynaecol Obstet.* 2009; 105:103–104.
26. Manfredi R, Mirk P, Maresca G, et al. Local-regional staging of endometrial carcinoma: role of MR imaging in surgical planning. *Radiology.* 2004;231:372 378.
27. Rossi EC, Kowalski LD, Scalici J, et al. A comparison of sentinel lymph node biopsy to lymphadenectomy for endometrial cancer staging (FIRES trial): a multicentre, prospective, cohort study. *Lancet Oncol.* 2017; 18:384–392.
28. National Comprehensive Cancer Network. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Uterine cancer. https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/ pdf/uterine.pdf (Accessed on May 05, 2020).
29. Randall ME, Filiaci VL, Muss H, et al. Randomized phase III trial of whole abdominal irradiation versus doxorubicin and cisplatin chemotherapy in advanced endometrial carcinoma: a Gynecologic Oncology Group Study. *J Clin Oncol* 2006;24: 36.

30. Nag S, Erickson B, Parikh S, et al. The American Brachytherapy Society recommendations for high-dose-rate brachytherapy for carcinoma of the endometrium. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2000; 48:779.
31. Salani R, Backes FJ, Fung MF, et al. Posttreatment surveillance and diagnosis of recurrence in women with gynecologic malignancies: Society of Gynecologic Oncologists recommendations. *Am J Obstet Gynecol* 2011; 204:466.
32. Mourits MJ, Bijen CB, Arts HJ, et al. Safety of laparoscopy versus laparotomy in early-stage endometrial cancer: a randomised trial. *Lancet Oncol.* 2010; 11: 763–771.
33. Janda M, Gebski V, Brand A, et al. Quality of life after total laparoscopic hysterectomy versus total abdominal hysterectomy for stage I endometrial cancer (LACE): a randomised trial. *Lancet Oncol.* 2010; 11: 772–780.
34. Matsuo K, Machida H, Shoupe D, et al. Ovarian conservation and overall survival in young women with early-stage low-grade endometrial cancer. *ObstetGynecol.* 2016; 128: 761-770.
35. Colombo N, Creutzberg C, Amant F, et al. ESMO-ESGO-ESTRO Consensus Conference on Endometrial Cancer: diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol.* 2016; 27: 16–41.
36. Citrin, D. E. (2017). Recent developments in radiotherapy. *New England Journal of Medicine*, 377(11), 1065–1075. https://doi.org/10.1056/NEJMra1608986
37. Creutzberg CL, van Stiphout RG, Nout RA, et al. Nomograms for prediction of outcome with or without adjuvant radiation therapy for patients with endometrial cancer: a pooled analysis of PORTEC-1 and PORTEC-2 trials. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2015; 91: 530-539.
38. Burke WM, Orr J, et al. Endometrial cancer: a rewiew and current management strategies: part II. *Gynecol Oncol* 2014; 134: 393-402.
39. Keys HM, Roberts JA, Brunetto VL, et al. A phase III trial of surgery with or without adjunctive external pelvic radiation therapy in intermediate risk

endometrial adenocarcinoma: a Gynecologic Oncology Group study. *Gynecol Oncol.* 2004;92: 744-751.

40. Creutzberg CL, Nout RA, Lybeert ML, et al. Fifteen-year radiotherapy outcomes of the randomized PORTEC-1 trial for endometrial carcinoma. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 2011;81: e631-e638.
41. Meyer LA, Bohlke K, Powell MA, et al. Postoperative radiation therapy for endometrial cancer: American Society of Clinical Oncology clinical practice guideline endorsement of the American Society for Radiation Oncology evidence-based guideline. *J Clin Oncol*. 2015; 33: 2908-2913.
42. Brooks, R. A., Fleming, G. F., Lastra, R. R., Lee, N. K., Moroney, J. W., Son, C. H., Tatebe, K., & Veneris, J. L. Current Recommendations and Recent Progress in Endometrial Cancer. 2019;258–279. https://doi.org/10.3322/caac.21561
43. Nout RA, Putter H, Jurgenliemk-Schulz IM, et al. Five- year quality of life of endometrium cancer patients treated in the randomised Post Operative Radiation Therapy in Endometrial cancer (PORTEC-2) trial and comparison with norm data. *Eur J Cancer* 2012; 48: 1638-1648.
44. Nout RA, Putter H, Jurgenliemk-Schulz IM, et al. Quality of life after pelvic radiotherapy or vaginal brachytherapy for endometrial cancer: first results of the randomized PORTEC-2 trial. J Clin Oncol 2009; 27: 3547-3556.
45. De Boer SM, Nout RA, Jurgenliemk-Schulz IM, et al. Long-Term impact of Endometrium cancer diagnosis and treatment on health- related Quality of life and cancer survivorship: results from the randomized PORTEC-2 trial. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2015; 93:797-809.
46. Bailey HH, Chuang LT, duPont NC, et al. American Society of Clinical Oncology Statement: human papillomavirus vaccination for cancer prevention. *J Clin Oncol.* 2016;34:1803–1812.
47. WHO cervical cancer. https://www.who.int/cancer/prevention/diagnosis-screening/cervical-cancer/en/.

48. Cancer Genome Atlas Research N, Albert Einstein College of M, Analytical Biological S, et al. Integrated genomic and molecularcharacterization of cervical cancer. *Nature.* 2017;543:378–384.
49. Wang CC, Lai CH, Huang YT, et al. HPV genotypes predict survival benefits from concurrent chemotherapy and radiation therapy in advanced squamous cell carcinoma of the cervix. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 2012;84:e499–e506.
50. Cannistra SA, Niloff JM. Cancer of the uterine cervix. *N Engl J Med.*1996;334:1030–1038.
51. Xu H, Egger S, Velentzis LS, et al. Hormonal contraceptive use and smoking as risk factors for high-grade cervical intraepithelial neoplasia in unvaccinated women aged 30-44 years: a case-control study in New South Wales, Australia. *Cancer Epidemiol*. 2018;55:162–169.
52. Agarwal SS, Sehgal A, Sardana S, et al. Role of male behavior in cervical carcinogenesis among women with one lifetime sexual partner. *Cancer*. 1993;72:1666–1669.
53. Herbst AL, Cole P, Norusis MJ, et al. Epidemiologic aspects and factors related to survival in 384 Registry cases of clear cell adenocarcinoma ofthe vagina and cervix. *Am J Obstet Gynecol.* 1979;135:876–886.
54. Hoffman B.L., Schorge J.O., Schaffer J.I., Halvorson L.M., Bradshaw K.D., Cunningham F.G. Williams Jinekoloji.Serviks Kanseri. [çev.] Gökhan Yıldırım. s.l. : Nobel Tıp Kitabevleri, 2015, 30, s. 769-789.
55. Bhatla N, Aoki D, Sharma DN, Sankaranarayanan R. Cancer of the cervix uteri. *Int J Gynaecol Obstet 2018*; 143 Suppl 2:22.
56. Saslow D, Solomon D, Lawson HW, et al. American Cancer Society, American Society for Colposcopy and Cervical Pathology, and American Society for Clinical Pathology screening guidelines for the prevention and early detection of cervical cancer. *CA Cancer J Clin.* 2012;62:147–172.
57. Huh WK, Ault KA, Chelmow D, et al. Use of primary high-risk human papillomavirus testing for cervical cancer screening: interim clinical guidance. *Obstet Gynecol.* 2015;125:330–337.

58. Pecorelli S, Zigliani L, Odicino F. Revised FIGO staging for carcinoma of the cervix. *Int J Gynaecol Obstet.* 2009;105:107–108.
59. Bhatla N, Berek JS, Fredes MC, et al. Revised FIGO staging for carcinoma of the cervix uteri. *Int J Gynecol Obstet.* 2019;145(1):129–135.
60. Logsdon MD, Eifel PJ. Figo IIIB squamous cell carcinoma of the cervix: an analysis of prognostic factors emphasizing the balance between external beam and intracavitary radiation therapy. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 1999;43:763–775.
61. Hoskins WJ. Prognostic factors for risk of recurrence in stages Ib and IIa cervical cancer. *Baillieres Clin Obstet Gynaecol*. 1988;2:817–828.
62. Regier, D. A., Narrow, W. E., Rae, D. S., Manderscheid, R. W., Locke, B. Z., & Goodwin, F. K. (1993). The de facto US mental and addictive disorders service system. Epidemiologic catchment area prospective 1-year prevalence rates of disorders and services. *Archives of General Psychiatry*, 50(2), 85–94
63. Mausbach, B. T., Decastro, G., Schwab, R. B., Tiamson-Kassab, M., & Irwin, S. A. (2020). Healthcare use and costs in adult cancer patients with anxiety and depression. *Depression and Anxiety*, January, 1–8. https://doi.org/10.1002/da.23059
64. Walker J, Hansen CH, Martin P, et al. Prevalence, associations, and adequacy of treatment of major depression in patients with cancer: a cross-sectional analysis of routinely collected clinical data. *Lancet Psychiatry.* 2014;1:343–350.)
65. Evans DL, McCartney CF, Nemeroff CB, Raft D, Quade D, Golden RN, et al. Depression in women treated for gynecological cancer: clinical and neuroendocrine assessment. *Am J Psychiatry* 1986;143:447–51.
66. Stafford L, Judd F. Long-term quality of life in Australian women previously diagnosed with gynaecologic cancer. *Support Care Cancer*. 2011;19:2047Y2056

67. Golden RN, McCartney CF, Haggerty JJ, Raft D, Nemeroff CB, Ekstrom D, et al. The detection of depression by patient self-report in women with gynecologic cancer. *Int J Psychiatry Med* 1991;21:17–27.
68. Greer, J.A., Pirl, W.F., Park, E.R., Lynch, T.J., Temel, J.S. Behavioral and psychological predictors of chemotherapy adherence in patients with advanced non-small cell lung cancer. *Journal of Psychosomatic Research* 2008;65, 549–552
69. Sigmund F, Cinsellik Üzerine. Kapkın E (çev). 3rd edition. Payel Yayınevi, İstanbul; 2015.
70. Kinsey, A. C., Pomeroy, W. R., & Martin, C. E. Sexual behavior in the human male. 1948. *American Journal of Public Health*, 2003;93(6), 894–898. https://doi.org/10.2105/AJPH.93.6.894
71. Masters WH., ve ark., Masters and Johnson on Sex and Human Loving. 3. ed. 1986, Boston: Little Brown & Company.
72. Masters WH, Johnson VE. Human sexual inadequacy. Boston:Little Brown; 1970.
73. İncesu, C. Cinsel işlevler ve cinsel işlev bozuklukları. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 2004;3, 3–13.
74. Yeung, J., & Pauls, R. N. Anatomy of the Vulva and the Female Sexual Response. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America* 2016;43(1), 27–44. https://doi.org/10.1016/j.ogc.2015.10.011
75. Exton, M. S., Bindert, A., Krüger, T., Scheller, F., Hartmann, U., & Schedlowski, M. Cardiovascular and endocrine alterations after masturbation-induced orgasm in women. *Psychosomatic Medicine* 1999;61(3), 280–291. https://doi.org/10.1097/00006842-199905000-00005
76. Meston CM, Levin RJ, Sipski ML, et al. Women's orgasm. *Annu Rev Sex Res* 2004;15:173–257.
77. Lorrain DS, Riolo JV, Matuszewich L, et al. Lateral hypothalamic serotonin inhibits nucleus accumbens dopamine: implications for sexual satiety. *J Neurosci* 1999; 19(17):7648–52.

78. Kaplan, H. S. Hypoactive sexual desire. *Journal of Sex and Marital Therapy* 1977;3(1), 3–9. https://doi.org/10.1080/00926237708405343
79. Basson, R. The Female Sexual Response : A Different Model Th e Fem ale Sex ual Response : A Different Model. *Journal of Sex & Marital Therapy* 2000*;*26(1), 51–65.
80. Rosen, R. C., & Barsky, J. L. Normal Sexual Response in Women. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America* 2006;33(4), 515–526. https://doi.org/10.1016/j.ogc.2006.09.005
81. Hatzimouratidis, K., & Hatzichristou, D. Sexual dysfunctions: Classifications and definitions. *Journal of Sexual Medicine* 2007;4(1), 241–250. https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2007.00409.x
82. Sungur MZ, Gündüz A. A comparison of DSM-IV-TR and DSM-5 definitions for sexual dysfunctions: Critiques and challenges. *The journal of sexual medicine* 2014; 11(2):364-73.
83. Clayton, A. H., & Valladares Juarez, E. M. Female Sexual Dysfunction. *Psychiatric Clinics of North America* 2017;40(2), 267–284. https://doi.org/10.1016/j.psc.2017.01.004
84. American Psychological Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th Edition. Arlington; 2013.
85. Both, S. Recent Developments in Psychopharmaceutical Approaches to Treating Female Sexual Interest and Arousal Disorder. *Current Sexual Health Reports* 2017;9(4), 192–199. https://doi.org/10.1007/s11930-017-0124-3
86. Parish, S. J., & Hahn, S. R. Hypoactive Sexual Desire Disorder: A Review of Epidemiology, Biopsychology, Diagnosis, and Treatment. *Sexual Medicine Reviews,* 2016; 4(2), 103–120. https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2015.11.009
87. Dennerstein, L., Koochaki, P., Barton, I., & Graziottin, A. Hypoactive sexual desire disorder in menopausal women: A survey of Western European women. *Journal of Sexual Medicine*, 2006;3(2), 212–222. https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2006.00215.x
88. Levine S. Sexual life. New York: Plenum Press; 1992

89. Leiblum, S. R., Koochaki, P. E., Rodenberg, C. A., Barton, I. P., & Rosen, R. C. Hypoactive sexual desire disorder in postmenopausal women: US results from the Women's International Study of Health and Sexuality (WISHeS). Menopause 2006; 13(1), 46–56. https://doi.org/10.1097/01.gme.0000172596.76272.06
90. Jannini EA, Rubio-Casillas A, Whipple B, et al. Female orgasm(s): one, two, several. *J Sex Med* 2012;9:956-965.
91. Laumann EO, Gagnon JH, Michael RT, Michaels S. The social organization of sexuality: Sexual practices in the United States. *Chicago: University of Chicago Press;* 1994.
92. Mah K, Binik YM. Are orgasms in the mind or the body? Psychosocial versus physiological correlates of orgasmic pleasure and satisfaction. *J Sex Marital Ther 2005*;31:187-200.
93. Braun V, Wilkinson S. Socio-cultural representations of the vagina. J Reprod *Infant Psychol* 2001;18(1):17–32.Female Sexual Dysfunction
94. Schick VR, Calabrese SK, Rima BN, et al. Genital appearance dissatisfaction: im- plications for women's genital image self-consciousness, sexual esteem, sexual satisfaction, and sexual risk. *Psychol Women* Q 2010;34(3):394–404.
95. Burri AV, Cherkas LM, Spector TD. Emotional intelligence and its association with orgasmic frequency in women. *J Sex Med* 2009;6(7):1930–7.
96. Leiblum SR. Vaginismus: A most perplexing problem. In: Leiblum SR, Rosen R, eds. *Principles and practice of sex therapy. New York: The Guilford Press;* 2000:181–202.
97. Dogan, S. Vaginismus and accompanying sexual dysfunctions in a Turkish clinical sample. *Journal of Sexual Medicine* 2009;6(1), 184–192. https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2008.01048.x
98. Crowley, T., Goldmeier, D., & Hiller, J. Diagnosing and managing vaginismus. *BMJ* (Online) 2009; 339(7714), 225–229. https://doi.org/10.1136/bmj.b2284

99. Silverstein JL. Origins of psychogenic vaginismus. *Psychotherapy and psychosomatics* 1989; 52(4):197-204.

100. Konkan R, Bayrak M, Gönüllü OG, Senormanci Ö, Sungur MZ. Sexual function and satisfaction of women with vaginismus. *Dusunen Adam* 2012; 25(4):305.

101. Huffman, L. B., Hartenbach, E. M., Carter, J., Rash, J. K., & Kushner, D. M. Maintaining sexual health throughout gynecologic cancer survivorship: A comprehensive review and clinical guide. *Gynecologic Oncology*, 2016; 140(2), 359–368. https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2015.11.010

102. Onujiogu, N., Johnson, T., Seo, S., Mijal, K., Rash, J., Seaborne, L., Rose, S., & Kushner, D. M. Survivors of endometrial cancer: Who is at risk for sexual dysfunction? *Gynecologic Oncology* 2011; 123(2), 356–359. https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2011.07.035

103. Aerts, L., Enzlin, P., Verhaeghe, J., Poppe, W., Vergote, I., & Amant, F. Sexual functioning in women after surgical treatment for endometrial cancer: A prospective controlled study. *Journal of Sexual Medicine* 2015; 12(1), 198–209. https://doi.org/10.1111/jsm.12764

104. Nunns D, Williamson K, Swaney L, Davy M. The morbidity of surgery and adjuvant radiotherapy in the management of endometrial carcinoma. *Int J Gynecol Cancer*. 2000 May;10(3):233-238. doi: 10.1046/j.1525-1438.2000.010003233.x.

105. Jeppesen, M. M., Mogensen, O., Dehn, P., & Jensen, P. T. Needs and priorities of women with endometrial and cervical cancer. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology* 2015; 36(3), 122–132. https://doi.org/10.3109/0167482X.2015.1059417

106. Zigmund AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983; 67:361-370.

107. Aydemir Ö, Güvenir T, Küey L, Kültür S. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlik Güvenilirlik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1997;8:280-287

108. Rosen C, Brown J, Heiman S, Leiblum C, Meston R, Shabsigh D, Ferguson R, 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.

109. Aygin D, Aslan FE. Kadın Cinsel İşlev Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlaması. *Turkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences* 2005; 25(3):393-9.

110. Wiegel M, Meston C, Rosen R. The female sexual function index (FSFI): cross-validation and development of clinical cutoff scores. *Journal of sex & marital therapy* 2005; 31(1):1-20

111. Çuhadaroğlu, F. Adölesanlarda Benlik Saygısı, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Ana Bilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Ankara, 1986

112. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992; 30: 473-483.

113. Koçyiğit H, Aydemir Ö, Fişek G, Ölmez N, Memiş A. Kısa Form-36 (KF-36)'nın Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği: Romatizmal hastalığı olan bir grup hasta ile çalışma. *İlaç ve Tedavi Dergisi* 1999; 12: 102-106.

114. Izycki D, Wozniak K, Izycka N. Consequences of gyne- cological cancer in patients and their partners from the sexual and psychological perspective. *Prz Menopauzalny*. 2016;15:112–116.

115. Vitale SG, La Rosa VL, Rapisarda AMC, et al. Comment on: "The consequences of gynaecological cancer in patients and their partners from the sexual and psychological perspective". *Prz Menopauzalny*. 2016;15: 186–187.

116. Grassi L, Gritti P, Rigatelli M, et al. Psychosocial prob- lems secondary to cancer: an Italian multicentre sur- vey of consultation-liaison psychiatry in oncology. Italian Consultation-Liaison Group. *Eur J Cancer*. 2000; 36:579–585.

117. DiMatteo, M.R., Lepper, H.S., Croghan, T.W. Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of

anxiety and depression on patient adherence. *Archives of Internal Medicine* 2000;160, 2101–2107

118. Holt, K. A., Mogensen, O., Jensen, P. T., & Hansen, D. G. Goal setting in cancer rehabilitation and relation to quality of life among women with gynaecological cancer. *Acta Oncologica*, 2015; 54(10), 1814–1823. https://doi.org/10.3109/0284186X.2015.1037009
119. Wang, B., Li, B., Tan, S., Zhai, J., & Chen, M. Risk factors for anxiety and depression in Chinese patients undergoing surgery for endometrial cancer. *Canadian Journal of Physiology and Pharmacology* 2019. doi:10.1139/cjpp-2019-0302
120. Lukasiewicz ME, Graziottin A. Women' sexuality after gynecologic cancers. In: Studd J, Seang LT, Chervenak FA, eds. Current Progress in Obstetrics and Gynaecology, Vol. 3, 2nd edn. *Mumbai: Kothari Medical*; 2015:95–116.
121. Lindau ST, Gavrilova N, Anderson D. Sexual morbidity in very long term survivors of vaginal and cervical cancer: A comparison to national norms. *Gynecol Oncol.* 2007;106:413–418.
122. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United Sates: Prevalence and predictors. *JAMA.* 1999;281:537–544.
123. Dunn KM, Croft PR, Hackett GI. Sexual problems: A study of the prevalence and need for health care in the general population. *Fam Pract.* 1998;15:519–524.
124. Shankar A, Prasad N, Roy S, et al. Sexual dysfunction in females after cancer treatment: an unresolved wssue. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2017;18:1177–1182).
125. Bourgeois-Law G, Lotocki R. Sexuality and gynaecological cancer: a needs assessment. *The Canadian Journal of Human Sexuality* 1999;8(4): 231–40
126. Bilge Ç, Kaydırak M, Aslan E. Jinekolojik Kanserin Cinsel Yaşam Üzerindeki Etkileri. SDU Journal of Health Science Institute / *SDÜ Saglik Bilimleri Enstitüsü Dergisi* . 2016, Vol. 7 Issue 3, p31-38. 8p.

127. Gilbert E, Ussher JM, Perz J. Sexuality after gynaecological cancer: a review of the material, intrapsychic and discursive aspects of treatment on women's sexual wellbeing. *Mauritas* 2011;70(1):42e57.
128. Cull A, Cowie VJ, Farquharson DIM, Livingstone JRB, Smart GE, Elton RA. Early stage cervical cancer: psychosocial and sexual outcomes of treatment. *British Journal of Cancer* 1993;68:1216–20
129. Rasmusson E-M, Thomé B. Women's wishes and need for knowledge concerning sexuality and relationships in connection with gynecological cancer disease. *Sexuality and Disability* 2008;26(4):207–18)
130. Lamb MA, Sheldon TA. The sexual adaptation of women treated for endometrial cancer. *Cancer Practice* 1994;2(2):103–13.
131. Butler L, Banfiled V, Sveinson T, Allen K, Downe-Wanboldt B, Alteneder RR. Con- ceptualizing sexual health in cancer care. *Western Journal of Nursing Research* 1998;20(6):683–705.
132. Kylstra WA, Leenhouts GHMW, Everaerd W, et al. Sexual outcomes following treatment for early stage gynecological cancer: a prospective multicenter study. *International Journal of Gynecological Cancer* 1999;9(5): 387–95.
133. Bukovic D, Silovski H, Silovski T, Hojsak I, Sakic K, Hrgovic Z. Sexual functioning and body image of patients treated for ovarian cancer. *Sexuality and Disability* 2008;26:63–73.
134. Ussher JM, Perz J, Gilbert E, The Australian Cancer and Sexuality Study Team. Perceived causes and consequences of sexual changes after cancer for women and men: a mixed method study. *BMC Cancer* 2015;15(268):1243e1248. http:// dx.doi.org/10.1186/s12885-015.
135. Andersen BL, Woods XE, Copeland LJ. Sexual self-schema and sexual morbid- ity among gynaecologic cancer survivors. *Journal of Counselling and Clinical Psychology* 1992;65(2):221–9.
136. Manolis A, Doumas M. Sexual dysfunction: the "prima ballerina"of hypertension-related quality-of-life complications. *J Hypertens* 2008;26, 2074–84.

137. Enzlin P, Mathieu C, Van Den Bruel A, et al. Prevalence andpredictors of sexual dysfunction in patients with type 1 diabetes. *Diabetes Care* 2003;26, 409–14.

138. Ko DT, Hebert PR, Coffey CS, et al. Beta-blocker therapy and symptoms of depression, fatigue, and sexual dysfunction. *JAMA* 2002;288, 351–7.

139. Croft H, Settle E Jr, Houser T, et al. A placebo-controlled comparison of the antidepressant efficacy and effects on sexual functioning of sustained-release bupropion and sertraline. *Clin Ther* 1999;21, 643–58.

140. Montejo AL, Llorca G, Izquierdo JA, et al. Incidence of sexual dysfunction associated with antidepressant agents: a prospective multicenter study of 1022 outpatients. Spanish Working Group for the study of psychotropic-related sexual dysfunction. *J Clin Psychiatry* 2001;62, 10–21.

141. Thapa N, Maharjan M, Xiong Y, et al. Impact of cervical cancer on quality of life of women in Hubei, China. *Sci Rep* 2018;8, 11993

142. Tine Jensen PT , Froeding LP. Pelvic radiotherapy and sexual function in women. *Transl Androl Urol.* 2015 Apr;4(2):186-205. doi: 10.3978/j.issn.2223-4683.2015.04.06)

143. Bergmark K, Avall-Lundqvist E, Dickman PW, Henningsohn L, Steineck G. Vagi- nal changes and sexuality in women with a history of cervical cancer. *The New England Journal of Medicine* 1999;340(18):1383–9.

144. Andersen BL, Van Der Does J. Surviving gynecologic cancer and coping with sexual morbidity: an international problem. *International Journal of Gynecological Cancer* 1994;4(4):225–40

145. Stead ML, Fallowfield L, Selby P, Brown JM. Psychosexual function and impact of gynaecological cancer. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology* 2007;21(2):309–20.)

146. Moroney MR, Flink D, Sheeder J et al. Radiation therapy is not an independent risk factor for decreased sexual function in women with gynecologic cancers. *Reports of Practical Oncology & Radiotherapy* 2018; 23(5): 331,336.

147. Jensen PT, Froeding LP. Pelvic radiotherapy and sexual func- tion in women. *Transl Androl Urol* 2015;4(2):186e205.

148. Mielcarek P, Nowicka-Sauer K, Kozaka J. Anxiety and depression in patients with advanced ovarian cancer: a prospective study. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2016;37:57–67.

149. Manne SL, Kashy DA, Virtue S, et al. Acceptance, social support, benefit-finding, and depression in women with gynecological cancer. *Qual Life Res.* 2018;27:2991–3002.

150. Jeffries SA, Robinson JW, Craighead PS, et al. An effective group psychoeducational intervention for improving compliance with vaginal dilation: A randomized controlled trial. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2006; 65:404–411.

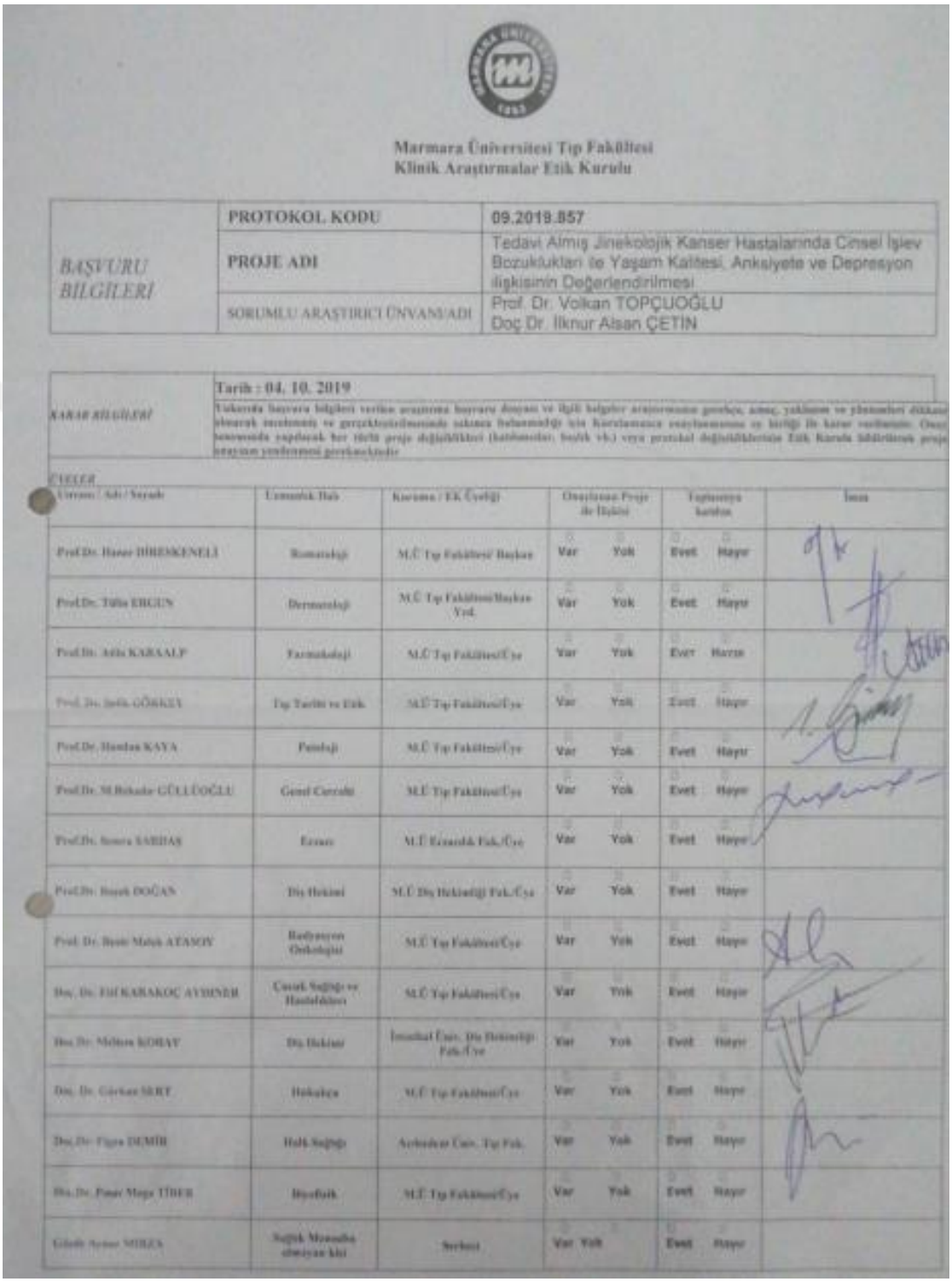
151. Karabuga H, Gultekin M, Tulnay G, et al. Assessing the quality of life in patients with endometrial cancer treated with adjuvant radiotherapy. *Int J Gynecol Cancer* 2015; 25:1526–33

152. Kirchheiner K, Nout RA, Czajka-Pepl A, et al. Health related quality of life and patient reported symptoms before and during definitive radio(chemo)therapy using image-guided adaptive brachytherapy for locally advanced cervical cancer and early recovery - A mono-institutional prospective study. *Gynecol Oncol* 2015; 136:415-23.

153. Scholten AN, van Putten WL, Beerman H, Smit VT, Koper PC, Lybeert ML, et al. Postoperative radiotherapy for Stage 1 endometrial carcinoma: long-term outcome of the randomized PORTEC trial with central pathology review. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2005;63:834–8.

8.EKLER

Ek-1: Etik Kurul Onay Formu



Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

BAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	09.2019.857
	PROJE ADI	Tedavi Almış Jinekolojik Kanser Hastalarında Cinsel İşlev Bozuklukları ile Yaşam Kalitesi, Anksiyete ve Depresyon ilişkisinin Değerlendirilmesi
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI/ADI	Prof. Dr. Volkan TOPÇUOĞLU Doç Dr. İlknur Alsan ÇETİN

KARAR BİLGİLERİ	Tarih : 04. 10. 2019 Yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ve ilgili bilgiler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve gerçekleştirilmesinde sakınca bulunmadığı için Kurulumuzca onaylanmasına ve birliği ile karar verilmiştir. Onay tanımında yapılacak her türlü proje değişiklikleri (katılımcılar, başlık vb.) veya protokol değişikliklerinin Etik Kurulu bildirilerek proje onayının yenilenmesi gerekmektedir

ÜYELER

Ünvanı / Adı / Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu / EK Üyeliği	Onaylanan Proje ile İlişkisi	Toplantıya katılım	İmza
Prof.Dr. Hanar DİRESKENELİ	Romatoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/ Başkan	Var Yok	Evet Hayır	
Prof.Dr. Tülin ERGUN	Dermatoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/Başkan Yrd.	Var Yok	Evet Hayır	
Prof.Dr. Atila KARAALP	Farmakoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Prof. Dr. İnfik GÖRKEY	Tıp Tarihi ve Etik	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Prof.Dr. Handan KAYA	Patoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Prof.Dr. M.Bekaslar GÜLLÜOĞLU	Genel Cerrahi	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Prof.Dr. Sonra SARDAŞ	Eczacı	M.Ü Eczacılık Fak./Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Prof.Dr. Buşak DOĞAN	Diş Hekimi	M.Ü Diş Hekimliği Fak./Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Prof. Dr. Resit Malek ATASOY	Radyasyon Onkoloğisi	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Doç. Dr. Elif KARAKOÇ AYDINER	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Doç.Dr. Melton KORAY	Diş Hekimi	İstanbul Üniv. Diş Hekimliği Fak./Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Doç. Dr. Gürkan SERT	Hukukçu	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Doç.Dr. Figen DEMİR	Halk Sağlığı	Acıbadem Üniv. Tıp Fak.	Var Yok	Evet Hayır	
Doç.Dr. Pınar Maya TİBER	Biyofizik	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Gülsüm Aynur MIRZA	Sağlık Mensubu olmayan kişi	Serbest	Var Yok	Evet Hayır	

Ek-2: Gönüllü Onam Formu

I- Araştırmayla İlgili Bilgiler

"Tedavi Almış Jinekolojik Kanser Hastalarında Cinsel İşlev Bozuklukları ile Yaşam Kalitesi, Anksiyete ve Depresyon ilişkisinin Değerlendirilmesi" bir klinik araştırma çalışmasıdır. Buna yönelik yapılan çalışmalarda; cinsel işlev bozukluğu, jinekolojik kanser tedavilerinin çok sık ve hafife alınan uzun vadeli bir komplikasyonudur. Sağlıklı bir cinsellik 4 fazı içerir; istek, uyarılma, orgazm, boşalma. Kadın cinsel İşlev Bozukluğu; istek, uyarılma, orgazm ve cinsel ağrı bozukluklarını içerir. Araştırmalar, tedavi sonrası anatomik ve fiziksel değişikliklerin, istek, uyarılma, orgazm, genital duyarlılık, cinsel ilişi sıklığındaki değişiklikleri içeren kadın cinselliği üzerine etkilerini ayrıca intrapsişik deneyimlerin de kadın cinselliği üzerinde değişikliğe yol açtığı göstermektedir. Önerilen bu projenin amacı radyoterapi almış jinekolojik kanser hastalarında, cinsel sağlık sorunlarını ele almak, cinsel disfonksiyon ve cinsel doyum ölçeğinin yaşam kalitesi ve algılanan stres üzerine etkisinin, anksiyete ve depresyon düzeylerinin belirlenmesidir.

Araştırmaya Ekim 2019- Mart 2020 tarihleri arasında Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Radyasyon Onkolojisi polikliniğinde takip edilen ve tedavi görmüş, 18-65 yaş arası, major bir psikiyatrik rahatsızlığı bulunmayan (Şizofreni, Bipolar Bozukluk, Mental Retardasyon, Alkol-Madde Bağımlılığı), 6 ay ile 10 yıl öncesinde radyoterapi görmüş ve son 6 ayda herhangi bir kanser tedavisi almamış jinekolojik kanser tanılı (serviks, endometrium) kadın hastalar alınacaktır. Araştırmaya 18-65 yaş arasında toplam 80 kişi katılacaktır. Katılımcı grubunun 40'ı jinekolojik kanser tanılı hastalardan, 40'ı herhangi bir kanser tanısı almamış kişilerden oluşacaktır.

Hastalar poliklinik kontrollerine geldiklerinde araştırma hakkında sözel bilgi verilecek olup, çalışmaya katılmak isteyenlere aydınlatılmış onam formu verilecektir. Görüşmelerin tümü araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği ile poliklinik şartlarında, ortalama 45-60 dakikalık zaman içinde yapılacaktır. Hastalara öncelikle sosyodemografik verileri, psikiyatrik ve jinekolojik kanser hastalığı ve tedavisi ile ilişkili bilgiler içeren görüşme formunun ardından kadın hastaların cinsel işlevlerini

değerlendirmek için Kadın Cinsel İşlev Ölçeği, cinsel doyumu değerlendirmek için Golombok-Rust Cinsel Doyum Envanteri, depresyon ve anksiyete düzeylerini değerlendirmek için Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği, Rosenberg Benlik Saygı Ölçeği ,hastalığın ve tedavisinin yaşamlarına ne kadar etki ettiğini görmek için Yaşam Kalite Ölçeği uygulanacaktır.

II- Gönüllünün Haklarıyla İlgili Bilgiler

Bu çalışmaya katılma gönüllülük esasına dayalıdır. Bu çalışmaya katılma ya da katılmama kararınız Marmara Üniversitesi'yle eğer varsa mevcut ya da gelecek ilişkilerinizi, Marmara Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde almakta olduğunuz sağlık hizmeti etkilemeyecektir. Katılma kararı alırsanız, istediğiniz zaman çalışmadan ayrılmakta özgürsünüz; Marmara Üniversitesi'yle ilişkilerinizi, Marmara Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde almakta olduğunuz sağlık hizmeti etkilemeyecektir. Araştırmadan ayrılma kararı alırsanız önceden araştırmacıları haberdar etmenizi rica ediyoruz. Araştırmacı tarafından gerek görülen durumlarda araştırmadan çıkarılabilirsiniz. Araştırmayı kabul etmemeniz durumunda veya herhangi bir nedenle çalışma programından çıkarılmanız veya çıkmanız halinde, hastalığınız ile ilgili tedavisinde bir aksama olmayacaktır. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili gönüllünün herhangi bir parasal sorumluluk altına girmeyeceksiniz, ayrıca size de bir ödeme yapılmayacaktır. Bu formun bir örneği size verilecektir. Sayın Dr. ..... tarafından ..... (kurum adı) ..... (anabilim dalı adı, ünite adı vb.)'da tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya "katılımcı" (denek) olarak davet edildim. Eğer bu araştırmaya katılırsam hekim ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim. Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir

zarar verilmemesi amacıyla araştırmacı tarafından araştırmadan çıkartılabileceğimi de biliyorum. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır. İster doğrudan, ister dolaylı olsun araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorunumun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğimi biliyorum. Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte, Dr. Burcu Sarıcı'ya Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Mimar Sinan Caddesi No: 41 Üst Kaynarca Fevzi Çakmak Mahallesi / Pendik 34899 İstanbul TEL: 02166570606 (dahili 6406) arayabileceğimi biliyorum. Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımıma ve hekim ile olan ilişkime herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde "katılımcı" (denek) olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. İmzalamış bulunduğum bu form kâğıdının bir kopyası bana verilecektir.

III - GÖNÜLLÜ ONAY FORMU

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Tarih:

Gönüllünün Adı-soyadı İmzası:

Telefon No:

Adresi:

Açıklamaları yapan araştırmacının Adı-Soyadı:

İmzası:

Rıza alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin Adı-soyadı:

İmzası:

Ek-3: Sosyodemografik Veri Formu

Adı- Soyadı : TARİH

1- Telefon numarası:

2- Yaşı:

3- Cinsiyeti :

4- Medeni durumu:

   a- Bekar
   b- Evli
   c- Eşi vefat etmiş
   d- Boşanmış

5- Evlilik (birliktelik) süresi:

6- Çocuk sayısı:

7- Eğitim durumu:

   a- Okur-yazar
   b- İlkokul mezunu
   c- Ortaokul mezunu
   d- Lise mezunu
   e- Üniversite mezunu

8- Mesleği:

9- Çalışma durumu:

   a- Düzenli çalışıyor
   b- Düzensiz çalışıyor
   c- Emekli
   d- Çalışmıyor

10- Gelir düzeyi:

a- <1500 TL
b- 1500-2500 TL
c- 2500-4000 TL
d- >4000 TL

11- Menopoz durumu:

12- Tıbbi hastalık :

13- Tıbbi hastalık nedeni ile halen kullanmakta olduğunuz ilaçlar ?

14- Kanser türü ? (Endometrium ya da seviks)

15- Kanser tanısı alma yaşı ?

16- Kaç yıldır kanser tanınız var ?

17- Kanser nedeni ile almış olduğu tedaviler ?

a- KTX: ne zaman?, ne kadar süre ile, verilen tedaviler?
b- CTX: ne zaman ? operasyon türü ?
c- RTX: ne zaman ? türü ? doz?

18- Radyoterapi ile birlikte cinsel hayatınızda bir sorun başladı mı?

19- Radyoterapi öncesi cinsel hayatınızda bir sorun var mıydı?

20- Cinsellikle ilgili sorun halen devam ediyor mu? (Evet ise açıklayınız)

21- Geçirilmiş psikiyatrik hastalık öyküsü?

a-Var
b-Yok

22- Kullanmakta olduğunuz psikiyatrik bir ilaç var mı?

23- Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü

a- Var (Tanı: ……)
b- Yok

Ek-4: Hastane Anksiyete-Depresyon Ölçeği

Hastanın Adı Soyadı: ..... Tarih: ...../...../.....

Her maddeyi okuyun ve son birkaç gününüzü göz önünde bulundurarak nasıl hissettiğinizi en iyi ifade eden yanıtın yanındaki kutuyu işaretleyin. Yanıtınız için çok düşünmeyin, aklınıza ilk gelen yanıt en doğrusu olacaktır.

1. Kendimi gergin "patlayacak gibi" hissediyorum.

- ☐3 Çoğu zaman
- ☐2 Birçok zaman
- ☐1 Zaman zaman, bazen
- ☐0 Hiçbir zaman

2. Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum.

- ☐0 Aynı eskisi kadar
- ☐1 Pek eskisi kadar değil
- ☐2 Yalnızca biraz eskisi kadar
- ☐3 Hiçbir zaman

3. Sanki kötü bir şey olacakmışgibi bir korkuya kapılıyorum.

- ☐3 Kesinlikle öyle ve oldukça da şiddetli
- ☐2 Evet, ama çok da şiddetli değil
- ☐1 Biraz, ama beni pek endişelendirmiyor
- ☐0 Hayır, hiç de öyle değil

4. Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum.

- ☐0 Her zaman olduğu kadar
- ☐1 Şimdi peko kadar değil
- ☐2 Kesinlikle o kadar değil
- ☐3 Artık hiç değil

5. Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor.

- ☐3 Çoğu zaman
- ☐2 Birçok zaman
- ☐1 Zaman zaman, çok sık değil
- ☐0 Yalnızca bazen

6. Kendimi neşeli hissediyorum.

- ☐3 Hiçbir zaman
- ☐2 Sık değil
- ☐1 Bazen
- ☐0 Çoğu zaman

7. Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi rahat hissediyorum.

- ☐0 Kesinlikle
- ☐1 Genellikle
- ☐2 Sık değil
- ☐3 Hiçbir zaman

8. Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum.

- ☐3 Hemen hemen her zaman
- ☐2 Çok sık
- ☐1 Bazen
- ☐0 Hiçbir zaman

9. Sanki içim pır pır ediyormuş gibi birtedirginliğe kapılıyorum.

- ☐0 Hiçbir zaman
- ☐1 Bazen
- ☐2 Oldukça sık
- ☐3 Çok sık

10. Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.

- ☐3 Kesinlikle
- ☐2 Gerektiği kadar özen göstermiyorum
- ☐1 Pek o kadar özen göstermeyebilirim
- ☐0 Her zamanki kadar özen gösteriyorum

11. Kendimi sanki hep bir şey yapmak zorundaymışım gibi huzursuz hissediyorum.

- ☐3 Gerçekten de çok fazla
- ☐2 Oldukça fazla
- ☐1 Çok fazla değil
- ☐0 Hiç değil

12. Olacakları zevkle bekliyorum.

- ☐0 Her zaman olduğu kadar
- ☐1 Her zamankinden biraz daha az
- ☐2 Her zamankinden kesinlikle daha az
- ☐3 Hemen hemen hiç

13. Aniden panik duygusuna kapılıyorum.

- ☐3 Gerçekten de çok sık
- ☐2 Oldukça sık
- ☐1 Çok sık değil
- ☐0 Hiçbir zaman

14. İyi bir kitap, televizyon ya da radyo programından zevk alabiliyorum.

- ☐0 Sıklıkla
- ☐1 Bazen
- ☐2 Pek sık değil
- ☐3 Çokseyrek

Mavi renkli kutu içinde şıkları olan sorular anksiyete, turuncu renkli altı çizgili şıkları olan sorular depresyon skorlarını verir.

0-7 puan: normal ||| 8-10puan: sınırda ||| 11ve üstü anormal

Toplam Puan: Depresyon Anksiyete

Ek-5: Kadın Cinsel İşlev Ölçeği

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

Teşekkür ederiz.

* *Cinsel aktivite :* Cinsel birleşme, sevişme ve kendini tatmin dahil olmak üzere tüm cinsel faaliyetler.

** *Cinsel ilişki :* Kadın ile erkeğin cinsel birleşmesi (sertleşmiş kamışın/erkeklik organının kadının hazneşine girmesi)

*** *Cinsel uyarılma:* Sevişme, şehvet duygu ve düşüncelerin belirmesi ile vajinanın ıslanması ve benzeri durumlar

**** *Orgazm : Bizir, hazne, rahim, makat ve ait kanın ve tüm vücudu saran kuvvetli ritmik kasılmalar olması.*

Tüm sorularda yalnız bir kutuyu işaretleyiniz.

1. Son 4 hafta içinde, ne sıklıkta cinsel istek duydunuz?
   - ☐ Hemen hemen her zaman
   - ☐ Çoğu zaman (15 günden fazla)
   - ☐ Bazen (15 günde)
   - ☐ Birkaç kez (15 günden az)
   - ☐ Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

2. Son 4 hafta içinde, cinsel istek veya ilgi düzeyinizi (derecenizi) nasıl değerlendirirsiniz?
   - ☐ Çok yüksek
   - ☐ Yüksek
   - ☐ Orta
   - ☐ Düşük
   - ☐ Çok düşük veya hiç

3. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite* veya cinsel ilişki** sırasında ne sıklıkta uyarıldığınızı hissettiniz?
   - ☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
   - ☐ Hemen hemen her zaman
   - ☐ Çoğu zaman (15 günden fazla)
   - ☐ Bazen (15 günde)
   - ☐ Birkaç kez (15 günden az)
   - ☐ Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

4. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite* veya cinsel ilişki** sırasındaki uyarılma düzeyinizi nasıl derecelendirirsiniz?
   - ☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
   - ☐ Çok yüksek
   - ☐ Yüksek
   - ☐ Orta
   - ☐ Düşük
   - ☐ Çok düşük veya hiç

5. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite* veya cinsel ilişki** sırasında cinsel bakımdan uyarılacağınızdan ne derecede emindiniz?
   - ☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
   - ☐ Çok emindim
   - ☐ Emindim
   - ☐ Oldukça emindim
   - ☐ Az emindim
   - ☐ Çok az / hiç emin değildim

6. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite* veya cinsel ilişki** sırasında uyarılma durumunuz sizin için ne sıklıkta tatminkardı?
   - ☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
   - ☐ Hemen hemen her zaman
   - ☐ Çoğu zaman (15 günden fazla)
   - ☐ Bazen (15 günde)
   - ☐ Birkaç kez (15 günden az)
   - ☐ Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

7. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite* veya cinsel ilişki** sırasında hazneniz ne sıklıkla ıslandı / kayganlaştı ?
   - ☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
   - ☐ Hemen hemen her zaman
   - ☐ Çoğu zaman (15 günden fazla)
   - ☐ Bazen (15 günde)
   - ☐ Birkaç kez (15 günden az)
   - ☐ Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

8. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite* veya cinsel ilişki** sırasında haznenizin ıslanması / kayganlaşmasındaki zorluk derecesi nasıldı?
   - ☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
   - ☐ Çok çok zor veya imkansızdı
   - ☐ Çok zordu
   - ☐ Zordu
   - ☐ Biraz zordu
   - ☐ Hiç zorluk çekmedim

9. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite* veya cinsel ilişkiniz** bitene kadar cinsel organınızın ıslaklığını / kayganlığını ne sıklıkta koruyabildiniz?
   - ☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
   - ☐ Hemen hemen her zaman
   - ☐ Çoğu zaman (15 günden fazla)
   - ☐ Bazen (15 günde)
   - ☐ Birkaç kez (15 günden az)
   - ☐ Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

10. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite* veya cinsel ilişkiniz** bitene kadar haznenizin sıkıştığını / kaygan lığını konuyabilme zorluğunuzun sıklığı neydi?
- ☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- ☐ Hemen hemen her zaman
- ☐ Çoğu zaman (15 günden fazla)
- ☐ Bazen (15 günde)
- ☐ Birkaç kez (15 günden az)
- ☐ Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

11. Son 4 hafta içinde, cinsel uyanlma*** veya cinsel ilişkide** ne sıklıkta orgazm**** oldunuz?
- ☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- ☐ Hemen hemen her zaman
- ☐ Çoğu zaman (15 günden fazla)
- ☐ Bazen (15 günde)
- ☐ Birkaç kez (15 günden az)
- ☐ Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

12. Son 4 hafta içinde, cinsel uyanlma*** veya cinsel ilişki** sırasında orgazma**** ulaşmak sizin için ne kadar zordu?
- ☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- ☐ Çok çok zordu / imkansızdı
- ☐ Çok zordu
- ☐ Zordu
- ☐ Biraz zordu
- ☐ Hiç zorluk çekmedim

13. Son 4 hafta içinde, cinsel uyanlma*** veya cinsel ilişki** sırasında orgazma**** ulaşmanız ne kadar tatminkardı?
- ☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- ☐ Çok tatminkardı
- ☐ Genellikle tatminkardı
- ☐ Yansında tatminkardı, yansında tatminker değildi
- ☐ Genellikle tatminker değildi
- ☐ Hiç tatminker değildi

14. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite* veya cinsel ilişkiniz** sırasında sizve eşiniz arasındaki duygusal yakınlık ne kadar tatminkardı?
- ☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- ☐ Çok tatminkardı
- ☐ Genellikle tatminkardı
- ☐ Yansında tatminkardı, yansında tatminker değildi
- ☐ Genellikle tatminker değildi
- ☐ Hiç tatminker değildi

15. Son 4 hafta içinde, eşinizle cinsel ilişkiniz** sizin için ne kadar tatminkardı?
- ☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- ☐ Çok tatminkardı
- ☐ Genellikle tatminkardı
- ☐ Yansında tatminkardı, yansında tatminker değildi
- ☐ Genellikle tatminker değildi
- ☐ Hiç tatminker değildi

16. Son 4 hafta içinde, genel olarak cinsel hayatınız sizin için ne kadar tatminkardı?
- ☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- ☐ Çok tatminkardı
- ☐ Genellikle tatminkardı
- ☐ Yansında tatminkardı, yansında tatminker değildi
- ☐ Genellikle tatminker değildi
- ☐ Hiç tatminker değildi

17. Son 4 hafta içindeki, cinsel ilişkinizde haznenize giriş sırasında ne sıklıkta ağrı veya rahatsızlık duydunuz?
- ☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- ☐ Hemen hemen her zaman
- ☐ Çoğu zaman (15 günden fazla)
- ☐ Bazen (15 günde)
- ☐ Birkaç kez (15 günden az)
- ☐ Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

18. Son 4 hafta içindeki, cinsel ilişkinizde haznenize girişten sonra ne sıklıkta ağrı veya rahatsızlık duydunuz?
- ☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- ☐ Hemen hemen her zaman
- ☐ Çoğu zaman (15 günden fazla)
- ☐ Bazen (15 günde)
- ☐ Birkaç kez (15 günden az)
- ☐ Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

19. Son 4 hafta içindeki, hazneye giriş sırasında veya sonrasında duyduğunuz ağrı / rahatsızlığın derecesini nasıl değerlendirirsiniz?
- ☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- ☐ Çok yüksek
- ☐ Yüksek
- ☐ Orta
- ☐ Düşük
- ☐ Çok düşük veya hiç

Ek-6: Rosenberg Benlik Saygı Ölçeği

Adı Soyadı:

ROSENBERG BENLIK SAYGISI OLÇEGI

D – 1

MADDE 1

1. Kendimi en az diğer insanlar kadar değerli buluyorum.

a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

2. Bazı olumlu özelliklerim olduğunu düşünmiyorum.

a. ÇOK DOGRU b. DOGRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

3. Genelde kendimi başarısız bir kişi olarak görme eğilimindeyim.

a. ÇOK DOGRU b. DOGRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

MADDE 2

4. Ben de diğer insanların birçoğunun yapabildiği kadar birşeyler yapabilirim.

a. ÇOK DOGRU b. DOGRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

5. Kendimde gurur duyacak fazla bir şey bulamıyorum.

a. ÇOK DOGRU b. DOGRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

MADDE 3

6. Kendime karşı olumlu bir tutum içindeyim.

a. ÇOK DOGRU b. DOGRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

MADDE 4

7. Genel olarak kendimden memnunum.

a. ÇOK DOGRU b. DOGRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

MADDE 5

8. Kendime karşı daha fazla saygı duyabilmeyi isterdim.

a. ÇOK DOGRU b. DOGRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

MADDE 6

9. Bazen kesinlikle kendimin bir işe yaramadığını düşünüyorum.

a. ÇOK DOGRU b. DOGRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

10. Bazen kendimin hiç de yeterli bir insan olmadığını düşünüyorum.

a. ÇOK DOGRU b. DOGRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

Ek-7: SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği

Aşağıdaki sorular sizin kendi sağlığınız hakkındaki görüşünüzü, kendinizi nasıl hissettiğinizi ve günlük aktivitelerinizi ne kadar yerine getirebildiğinizi öğrenmek amacındadır. Size en uygun yanıtı verin.

B1

1) Genel olarak sağlığınız için aşağıdakilerden hangisini söyleyebilirsiniz?

Mükemmel	Çok iyi	İyi	Orta	Kötü
❑1	❑2	❑3	❑4	❑5

B2

2) Bir yıl öncesi ile karşılaştırdığınızda şu anki genel sağlık durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?

Bir yıl öncesinden	Çok daha iyi	Biraz iyi	Hemen hemen aynı	Biraz daha kötü	Çok daha kötü
	❑1	❑2	❑3	❑4	❑5

B3

Aşağıdaki sorular bir gün içinde yapabileceğiniz işlerle (aktivitelerle) ilgilidir. Sağlığınız bu aktiviteleri kısıtlıyor mu? Eğer kısıtlıyorsa, ne kadar?

	Evet, Çok Kısıtlı	Evet, Biraz Kısıtlı	Hayır, Hiç Kısıtlı Değil
3) Koşmak, ağır kaldırmak, ağır sporlara katılmak gibi ağır etkinlikler	❑1	❑2	❑3
4) Bir masayı çekmek, elektrik süpürgesini itmek ve ağır olmayan sporları yapmak gibi orta dereceli etkinlikler	❑1	❑2	❑3
5) Market poşetlerini kaldırmak veya taşımak	❑1	❑2	❑3
6) Birkaç kat merdiven çıkmak	❑1	❑2	❑3
7) Bir kat merdiven çıkmak	❑1	❑2	❑3
8) Eğilmek, diz çökmek, çömelmek, diz çökmek	❑1	❑2	❑3
9) Bir kilometreden fazla yürümek	❑1	❑2	❑3
10) Birkaç yüz metre yürümek	❑1	❑2	❑3
11) Yüz metre yürümek	❑1	❑2	❑3
12) Kendi başına banyo yapmak ve giyinmek	❑1	❑2	❑3

B4

Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınızın sonucu olarak, işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizde, aşağıdaki sorunlardan biriyle karşılaştınız mı?

	Evet	Hayır
13) Çalışma yaşamınızda veya diğer aktivitelerinizde geçirdiğiniz zamanı kısalttınız mı?	❑1	❑2
14) Arzu ettiğinizden daha az şeyi mi tamamlayabildiniz?	❑1	❑2
15) Çalışma veya diğer yaptığınız işlerin çeşidinde kısıtlama yaptınız mı?	❑1	❑2
16) Çalışma yaşamınızda veya diğer aktivitelerinizi yapmakta güçlük çektiniz mi? (Aşırı efor - çaba sarf ettinizmi?)	❑1	❑2

B5

Son 4 hafta boyunca, duygusal sorunlarınızın (örneğin çökkünlük veya kaygı) sonucu olarak işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizle ilgili aşağıdaki sorunlarla karşılaştınız mı?

	Evet	Hayır
17) Çalışma yaşamınızda veya diğer aktivitelerinizde geçirdiğiniz zamanı kısalttınız mı?	❑1	❑2
18) Arzu ettiğinizden daha az işi mi tamamlayabildiniz?	❑1	❑2
19) İşinizde veya diğer aktivitelerinizle ilgili işleri her zamanki kadar dikkat vererek yapamadınızmı?	❑1	❑2

B6

20) Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız, aileniz, arkadaş veya komşularınızla olan olağan sosyal etkinliklerinizi ne kadar etkiledi?

Hiç Etkilemedi	Çok Az	Orta Derecede	Epeyce	Çok Fazla
❑1	❑2	❑3	❑4	❑5

B7

21) Son 4 hafta içinde vücudunuzda ne kadar ağrı oldu?

Hiç Olmadı	Çok Az	Hafif	Orta	Çok	Pek Çok
❑1	❑2	❑3	❑4	❑5	❑6

B8

22) Son 4 hafta boyunca ağrınız, normal işinizi (hem ev işlerinizi hem ev dışı işinizi düşününüz) ne kadar etkiledi?

Hiç Etkilemedi	Biraz etkiledi	Orta Derecede	Epey Etkiledi	Çok Etkiledi
❑1	❑2	❑3	❑4	❑5

B9

Aşağıdaki sorular sizin son 4 hafta boyunca neler hissettiğinizle ilgilidir. Her soru için, sizin duygularınızı en iyi karşılayan yanıtı, son 4 haftadaki sıklığını göz önüne alarak seçiniz.

	Sürekli	Çoğu zaman	Epey zaman	Bazen	Ara sıra	Hiç bir zaman
23) Kendinizi yaşam dolu olarak hissettiniz mi?	❑1	❑2	❑3	❑4	❑5	❑6
24) Çok sinirli biri oldunuz mu?	❑1	❑2	❑3	❑4	❑5	❑6
25) Hiçbir şeyin sizi neşelendiremeyeceğikadar moraliniz bozuk ve kötü oldu mu?	❑1	❑2	❑3	❑4	❑5	❑6
26) Kendinizi sakin ve huzurlu hissettiniz mi?	❑1	❑2	❑3	❑4	❑5	❑6
27) Çok enerjik oldunuz mu?	❑1	❑2	❑3	❑4	❑5	❑6
28) Kendinizi kalbi kırık ve üzgün hissettiniz mi?	❑1	❑2	❑3	❑4	❑5	❑6
29) Kendinizi yıpranmış, bitkin hissettiniz mi?	❑1	❑2	❑3	❑4	❑5	❑6
30) Mutlu, sevinçli bir insan oldunuz mu?	❑1	❑2	❑3	❑4	❑5	❑6
31) Yorgunluk hissettiniz mi?	❑1	❑2	❑3	❑4	❑5	❑6

B10

32) Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız sosyal etkinliklerinizi (arkadaş veya akrabalarınızı ziyaret etmek gibi) ne sıklıkta etkiledi?

Sürekli	Çoğu zaman	Bazen	Ara sıra	Hiç bir zaman
❑1	❑2	❑3	❑4	❑5

B11

Aşağıdaki her bir ifade sizin için ne kadar doğru veya yanlıştır? Her bir ifade için en uygun olanını işaretleyiniz.

	Kesinlikle doğru	Çoğunlukla doğru	Emin değilim	Çoğunlukla yanlış	Kesinlikle yanlış
33) Ben diğer insanlara göre daha kolay hastalanıyorum	❑1	❑2	❑3	❑4	❑5
34) Tanıdığım kişiler kadar sağlıklıyım.	❑1	❑2	❑3	❑4	❑5
35) Sağlığımın kötüleşmekte olduğunu sanıyorum.	❑1	❑2	❑3	❑4	❑5
36) Sağlığım mükemmeldir.	❑1	❑2	❑3	❑4	❑5

ÖZGEÇMİŞ

Burcu SARICI
Psikiyatri, Asistan Doktor
Sağlık Bakanlığı Marmara Üniversitesi
Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi
GSM: +90(552) 3424190
Email: burcumatt@gmail.com

EĞİTİM

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi (2008-2014)
75. Yıl Karabük Anadolu Lisesi (2004-2008)

UZMANLIK EĞİTİMİ

Sağlık Bakanlığı Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi (02/2016-halen)

YAYINLAR ve ÇALIŞMALAR

Poster sunum: Electroconvulsive Therapy in A Pregnant Woman With Psychotic Exacerbation 9th International Congress on Psychopharmacology (2017)

PROFESYONEL ÜYELİKLER

Türkiye Psikiyatri Derneği (TPD)
Türk Tabipler Birliği (TTB)

TIBBİ TECRÜBE

Karabük Eğitim ve Araştırma Hastanesi (09/2014-11/2014) , Pratisyen Hekim.

HOBİ ve BECERİLER

Yabancı Dil: İngilizce

ALINAN SERTİFİKALAR VE KURSLAR

Kognitif Davranışçı Terapi Eğitimi, Prof. Dr.Mehmet Zihni Sungur, Eylül2016 – halen,İstanbul.

Cinsellik, Cinsel İşlev Bozuklukları ve Cinsel Tedaviler Eğitimi, CETAD, Kasım2018 – halen, İstanbul.