

DERLEME

JİNEKOLOJİK KANSER TEDAVİSİ SIRASINDA YAŞANAN PSİKOLOJİK SORUNLARIN KADININ CİNSEL YAŞAMINA ETKİSİ*

Füsun TERZİOĞLU**

Hacer ALAN***

Alınış Tarihi: 06.01.2014

Kabul Tarihi: 07.01.2015

ÖZET

Jinekolojik kanser tedavi şekillerinden olan histerektomi, vulvektomi, total pelvik ekzantrasyonu, kemoterapi ve radyoterapi gibi işlemler kadınlarda beden imajı kaygıları, kanserin tekrarlama korkusu ve posttravmatik stres bozukluğu nedeniyle anksiyete ve depresyona neden olarak kadınların cinsel yaşamlarını olumsuz etkilemektedir.

Bu cerrahi işlemler sonrasında yaşanan organ kayıpları kadınların eşine hoş görünmeyeceği, cinsel olarak çekiciliğinin azalacağı ve cinsel yaşamının bozulacağı gibi değişik duygular yaşamalarına yol açarken, anksiyete ve depresyona olan eğilimlerini arttırmaktadır. Kadınların yaşadıkları anksiyete, sempatik aktivitenin artmasına, parasempatik sinir sisteminin inhibisyonuna neden olarak, genital vazokonjesyonu azaltmakta ve cinsel uyarının bozulmasına yol açmaktadır. Vazokonjesyonun azalması kadında lubrikasyonun azalmasına, buna bağlı olarak dispareni ve vajinismus sorunlarına neden olarak çiftlerin cinsel yaşamını olumsuz etkilemektedir.

Jinekolojik kanser tanısı almış hastalara bakım verme noktasında en avantajlı konumda olan kadın sağlığı hemşireleri, bakım sürecinde kadınların yaşadıkları psikolojik problemlerin ve cinsel sorunların farkında olmalı, cinselliği bakımın önemli bir parçası olarak ele almalıdırlar.

Anahtar Kelimeler: Anksiyete; beden imajı; cinsellik; depresyon; kanser.

ABSTRACT

The Effect of Some Psychological Problems Experienced During Gynecological Cancer Treatment Upon Women's Sexual Life

Gynecological cancer treatment procedures like hysterectomy, vulvectomy, total pelvic exenteration, chemotherapy and radiotherapy have negative effects on sex lives of women due to depression caused by concerns regarding body image, fear of cancer recurrence and post-traumatic stress disorder.

Organ losses after surgical procedures cause most women to experience various negative emotions like not being as good looking or as sexually attractive as before and fear of sexual lives will be adversely affected. These women have also increased tendency for depression and anxiety.

In addition, women may experience problems that may trigger low self-esteem such as hair loss, nausea, vomiting and weight changes due to chemotherapy and radiotherapy. During this time, the presence of depression also decreases sexual appetite and stimulation because of low serotonin and dopamine levels, leading to dyspareunia. Women's health nurses, who are most advantageous for providing health care to patients with gynecological cancer, should be aware of psychological and sexual problems of patients and should treat sexuality as an important part of caring process.

Key Words: Anxiety; body image; sexuality; depression; cancer.

GİRİŞ

Cinsellik, cinsel ilişki kurabilme yeteneğinden çok daha fazla anlamların yüklü olduğu, fiziksel ve duygusal boyutlarının ayrılamayacağı bir kavramdır (Dean 2009; Larrison 2009). Cinsellik beden imajı, öz saygı ve benlik kavramı ile sıkı bir ilişki içerisindedir. Cinsel fonksiyon dış görünüşteki ve ruhsal durumdaki değişimlerden, kişisel ve sosyal faktörlerden etkilenmektedir (Dean 2009).

Jinekolojik kanserde uygulanan radikal

histerektomi, vulvektomi, total pelvik ekzantrasyonu gibi cerrahi girişimler; radyoterapi ve kemoterapi gibi tedaviler, kadının beden imajı, benlik saygısı ve partneriyle olan cinsel yaşamını olumsuz yönde etkileyen önemli sağlık sorunlarına yol açmaktadır (Hawkins, Ussher, Gilbert, Perz, Sandoval and Sungquist 2009; Katz 2009; Park, Bae, Nam, Park, Cho, Lee et al. 2007).

Kadınların yaşam kalitelerini, fiziksel,

*Bu çalışma "1. Uluslar arası 5. Ulusal Ebelik Öğrenci Kongresinde poster bildiri olarak sunulmuştur.

** Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Doğum-Kadın Hastalıkları Hemşireliği AD (Prof.Dr.)

*** Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü (Öğr.Gör.) e-posta: alanhacer@gmail.com.

sosyal ve duygusal sağlıklarını etkilemesi bakımından kanser tedavi sürecine bağlı olarak ortaya çıkan cinsel disfonksiyon bozuklukları, üzerinde durulması gereken önemli bir sorundur. Yapılan bir çalışmada kontrol grubuna göre jinekolojik kanserli hastalarda anlamlı düzeyde depresyon düzeyinin arttığı, benlik saygılarının ise düştüğü saptanmıştır (Dansuk, Ağargün, Kars, Ağargün, Turan and Ünal 2002). Jinekolojik kanserli hastalarda yapılan başka bir çalışmada ise kadınların Genel iyilik Hali ve Yaşam Kalitesi'ne bakılmış, fonksiyonel durumlar içerisinde en fazla duygusal ve sosyal anlamda olumsuz etkilenmenin olduğu görülmüştür (Pinar, Algier, Çolak ve Ayhan 2008). Başka bir çalışmada servikal kanser tanısı alan kadınların %21'inin depresyon yaşadıkları, eş, iş ve maddi olarak değişiklik yaşayan kadınların daha fazla depresyona eğilimli oldukları saptanmıştır (McCorkle, Tang, Greenwald, Holcombe and Lavery 2006). Parker, Baile, De Moor ve Cohen (2003), jinekolojik kanser yaşayan kadınların diğer kanser türlerini yaşayanlara göre daha yüksek anksiyete ve depresyon skorları ile daha düşük iyilik hallerinin olduğunu belirtmektedir.

Kadınların çoğunluğunda; başarılı bir jinekolojik kanser tedavisi ve kanserden kurtulduktan sonra bile beden imajına yönelik kaygılar, kanserin tekrarlama korkusu ve posttravmatik stres bozukluğu nedeniyle üzüntü hali ve depresyon semptomları devam etmektedir. Psikiyatrik hastalık ve psikopatolojinin depresif duygu durumu, değişmiş benlik imajı ve artan anksiyete kadında cinsel disfonksiyon gelişmesine neden olmaktadır. Ayrıca önceki olumsuz cinsel deneyimler de yanlışlıkla kanser tedavisine atfedilebilmektedir (Kornblith and Ligibel 2003).

Kadın bu süreçte eşinin kendisini terk edeceği, cinsel çekiciliğini kaybedeceği ya da yalnız kalacağı endişesi yaşayabilir. Kadının eşi ise kanserin kendisine bulaşabileceğini ya da eşine zarar vereceğini düşünerek eşinden cinsel açıdan uzaklaşabilir. Jinekolojik kanseri olan kadın bekar ise, üreme yeteneğini, işini ve sosyal güvencesini kaybedeceğine, yeni kuracağı ilişkilerin yürümeyeceğine, ömrünün az kaldığına ilişkin endişeler yaşayabilir (Yılmaz, Bal ve Beji 2010). Kadınların deneyimledikleri tüm bu sorunlar çiftlerin hem duygusal ilişkilerini hem de cinsel yaşamını olumsuz etkilemektedir.

Bu derlemenin amacı, jinekolojik kanser tedavisi sürecinde kadınların yaşadıkları korku,

anksiyete, depresyon, beden imajında bozulma gibi sorunların cinsel yaşam üzerine etkisini incelemek ve değerlendirmektir.

Korku ve Anksiyete

Jinekolojik kanser sürecinde kadının yaşadığı korku ve anksiyetenin nedenlerini biyolojik, psikolojik ve cinsel olarak üçe ayırmak mümkündür. Korku ve anksiyeteye neden olan biyolojik sorunlar arasında jinekolojik kanser tedavilerinin yan etkilerine bağlı olarak gelişebilen anormal metabolik süreçler (hipoksi, pulmoner emboli, sepsis, deliryum, hipoglisemi, kalp yetmezliği, ağrı) ile anksiyeteye yol açan tedaviler (kortikosteroidler, nöroleptikler gibi) yer almaktadır. Ölüm, bağımlı kalma korkusu, geleceğe yönelik belirsizlik, fertilité sorunları, benlik algısında bozulma, kişilerarası ilişkilerde bozulma, roller ve fonksiyonların kaybı, ekonomik problemler ise kadınların sıklıkla yaşadıkları psikolojik sorunlardır. Jinekolojik kanser tedavileri sonucu gelişen beden imajında bozulma, cinsel istek ve uyarımda azalma, disparoni ve kadının cinsel çekiliğinin azaldığını düşünmesi ise cinsel sorunları oluşturmaktadır (Buzlu ve Daştan 2010; Larrison 2009).

Jinekolojik kanserli kadınlarla yapılan bir çalışmada; kadınların %69'u kanserin tekrar edeceğinden korkarken, %66'sı kanserin yayılacağından korkmakta, %54'ü ise geleceği ile ilgili belirsizlik yaşadığını belirtmektedir. Aynı çalışmada kadınların %45'i kendisini üzgün, %44'ü depresif hissettiğini ve anksiyete yaşadığını belirtmiştir (Steele and Margaret 2008). Kadının kanserle baş etme yeteneğini; kanserin türü, süresi, yeri, belirtileri, metastaz düzeyi, evresi, kullanılan tedavi yöntemleri gibi hastalığa yönelik özelliklerin yanında kadının stres ile baş etme yeteneği, kişilik özellikleri, kültürel tutumları, dini inançları, sosyal ve psikolojik destek mekanizmaları etkilemektedir.

Anksiyete ve Cinsel Disfonksiyon

Kadınlarda anksiyetenin cinsel disfonksiyon bozukluklarına neden olduğuna yönelik pek çok araştırma bulgusu bulunmaktadır (Basson and Shultz 2006; Meston, Hull, Levin and Sipski 2006; Steele and Margaret 2008). Yapılan çalışmalarda orgazm inhibisyonu olan kadınların %50'sinin, disparoni ve vajinismus sorunu olan kadınların %88'inin psikiyatrik tanı kriterlerine göre anksiyetelerinin olduğu, panik bozukluğu olan kadınların %44'ünün seksüel disfonksiyon yaşadıkları saptanmıştır (Basson 2010; Laurent and Simons 2009). Literatürde anksiyetenin, seksüel disfonksiyona neden olma sebebi olarak; kadında

anksiyete sırasında artan sempatik aktivitenin, parasempatik sinir sistemini inhibisyonu sonucu genital vazokonjesyonu bozduğu ve cinsel uyarının bozulduğu şeklinde açıklanmaktadır (Meston, Hull, Levin and Sipski 2006). Genital vazokonjesyonun bozulması kadında lubrikasyonu ve cinsel olarak uyarılmayı bozabilmektedir. Bozulan lubrikasyona bağlı olarak disparoni ve vajinismus çiftlerin cinsel yaşamını olumsuz etkileyebilmektedir. Cinsel uyarının olmaması cinsel ilgi azlığına, cinsel isteksizliğe ve orgazm olamama problemlerine yol açabilmektedir. Basson ve Shultz (2006), cinsellikten hoşlanmama durumunun yüksek oranda akut anksiyete ile ilgili olduğunu vurgulamış, genel cinsel disfonksiyonu ve düşük cinsel arzusu olan kadınlarda yapılan çalışmaların cinsel olarak sağlıklı kadınlarla karşılaştırıldıklarında bu gruplarda daha yüksek oranda depresyon ve anksiyete saptandığını bildirmişlerdir. Saevarsdottir, Fridriksdottir ve Gunnarsdottir (2010) çalışmalarında kemoterapi alan kanser hastalarında %16 oranında anksiyete, %6 oranında ise depresyon görüldüğünü saptamışlardır.

Sonuç olarak yapılan çalışmalar jinekolojik kanser tedavi sürecinde yüksek düzeyde anksiyete yaşayan kadınlarda cinsel disfonksiyon gelişebildiği ortaya koymaktadır.

Depresyon

Jinekolojik kanser tedavi sürecinde kadınlarda depresyon pek çok faktöre bağlı olarak görülebilmektedir. Bu faktörler anksiyetede olduğu gibi; tedavi süreci hakkındaki belirsizlik, başka organlara yayılma ve ölüm korkuları, kadın kimliğinde, beden imajında ve cinsellikte değişim, günlük yaşam aktivitelerinde güçlük ve emosyonel destek azlığına bağlı olarak gelişebilirken (Tokgöz, Yaluğ, Özdemir, Yazıcı, Uygun ve Aker 2008; Yıldırım, Özkan, Özkan, Özçınar, Güler ve Özmen 2009), radikal histerektomi operasyonunda overlerin de alınması ile östrojenin kaybı sonucu kadının menopoza girmesi ile ortaya çıkan semptomlar da genitoüriner trofik bozukluklar, nörovejetatif ve psikiyatrik belirtiler olarak kendini göstermektedir (Durmuşoğlu ve Erenus 2000; Eker 2000; Erel 2000). Östrojen hormonu birçok organ ve dokuların gelişmesinde rol oynadığı gibi santral sinir sisteminin organizasyonunda, gelişmesinde de kalıcı etkileri olabilmektedir. Otoradyolojik çalışmalar ile; hipofiz, hipotalamus, limbik ön beyin ve serebral korteksin bazı lokalizasyonlarında östrojene özel

nükleer reseptörlerin varlığı ortaya konmuştur. Limbik sistem fonksiyonları başta duyu olmak üzere, büyük oranda östrojenler tarafından etkilenmektedir. Östrojenler beyin kimyasını birçok nörotransmitter aminleri konsantrasyonunu değiştirerek etkilemektedir. Bu yüzden östrojen yetersizliğinde; sıcak basmaları, uyku bozuklukları, depresyon ve moral değişiklikleri görülebilmektedir (Durmuşoğlu ve Erenus 2000). Östrojen eksikliği depresyon oluşmasında biyokimyasal bir taban oluşturmaktadır. Serotonin metabolizmasında rol oynayan triptofan depresyon açısından önem taşımaktadır. Postmenopozal kadınlarda ve ooferektomi sonrası kadınlarda total triptofan miktarı değişmemesine rağmen serbest triptofanda azalma olmaktadır. Bu da serotonin de azalmaya neden olmaktadır. Bu nedenle beyin dokusunda azalan serotonin depresyona yol açmaktadır (Durmuşoğlu ve Erenus 2000; Öztürk ve Uluşahin 2008). Östrojen tedavisi ile plazma serbest triptofan seviyelerinde artma ile birlikte depresyon yakınmalarında azalma meydana gelmektedir. Bu sonuçlar östrojen ile depresyon arasındaki ilişkiyi ortaya koymaktadır. Depresyonun cinsel disfonksiyona yol açmasının nedeni ise dopamin nörotransmitterinde gizlidir. Depresyonda olan bireylerde kandaki dopamin düzeyi azalmaktadır. Dopaminin ise cinsel yanıt ve isteği kolaylaştırıcı etkisi olduğu kabul edilmektedir (Basson 2010; Öztürk ve Uluşahin 2008). Bazı çalışmalarda radikal histerektomiye bağlı kadının cinsel yaşamındaki sorunların, ameliyat sonrası 6 ay ile 2 yıla kadar sürebildiği belirtilmiş ve tedaviden sonra 5 yıl boyunca yorgunluğun, anksiyete ve depresyonun sürdüğü de rapor edilmiştir (Jensen, Groenvold, Klee, Thranov, Petersan and Machin 2003; Pomel, Atallah, Bouedec, Rouzier, Morice, Castaigne and Dauplat 2003). Over kanser tanısı almış ve ooferektomi geçiren kadınlarla yapılan bir çalışmada, kadınların %6'sının yıllarca depresif semptomlar taşıdığı sonucuna ulaşılmıştır (Wenzel, Donnelly, Fowler, Habbal, Taylor, Aziz and Cella 2002).

Cinsel istek ve uyarılmada azalma klinik depresyonla bağlantılı olduğu gibi düşük benlik saygısı ve sık sık kendini gösteren endişeli ve depresif düşünceler ile de ilgilidir. Kuzey Amerika'da yapılan bir çalışmada, ruhsal bozuklukların kadınların cinsel yaşamını olumsuz etkilediği belirtilmektedir. Tekrarlayan klinik depresyon hikâyesinin azalmış cinsel uyarılabilirlik, cinsel zevk ve hem fiziksel hem

de duygusal tatminsizlikle ilişkili olduğu belirlenmiştir (Basson 2010).

Depresyon seksüel disfonksiyona yol açarken, antidepresan ilaçlar da cinselliği olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Antidepresanlara bağlı olarak kadında cinsel istek azalması ya da kaybı, orgazm olamama, ağrılı orgazm, cinsel uyarılma sorunları, cinsel doyum azalması, vajinal salgılarda kuruluk, dispanoya ve vajinismus gibi sorunlar ortaya çıkabilmektedir (Öztürk ve Uluşahin 2008). Antidepresanların cinsel yaşama olumsuz etkilerinin nedenleri arasında ilaçların yol açtığı hormonal değişimler, kolinerjik/adrenerjik dengenin bozulması, periferik alfa adrenerjik antagonizma, nitrik oksit sentetazın inhibisyonu ve artan serotonin düzeyinin rolü olduğu düşünülmektedir (Goldstein, Giraldo, Kadioğlu, Lusén, Marson, Nappi et al. 2006; Öztürk ve Uluşahin 2008). Antidepresanların yol açtığı hormonal değişimler; serotonin ve dopamin geri alım mekanizmalarını inhibe etmesi ve prolaktin salınımını arttırması ile ilgilidir. Hiperprolaktineminin etkisi bazen cinsel fonksiyonu bağımsız olarak azaltan hipotiroidizm ile östrojen, androjen ve glukokortikoidlerdeki azalma sonucu gelişen hipopituitarizm ile ilişkilendirilmektedir (Basson 2010). Kanda prolaktin düzeyinin artması cinsel ilgi ve isteği azaltmaktadır. Dopamin ve serotonin düzeylerinin azalması da cinsel istek ve cevabı azaltmaktadır (Goldstein, Giraldo, Kadioğlu, Lusén, Marson, Nappi et al. 2006; Öztürk ve Uluşahin 2008). Antidepresanların neden olduğu periferik alfa adrenerjik antagonizma etkisi de vajinal kuruluğa neden olarak dispanoya neden olmaktadır (Öztürk ve Uluşahin 2008).

Antidepresanlar, cinsel isteği artırıcı nitrik oksit sentezini azaltarak da cinsel disfonksiyona yol açmaktadır. Seksüel uyarım sırasında serbest kalan nitrik oksitin nörotransmitter etkisi ile klitoral kanlanmayı arttırarak kadında cinsel uyarılma ve orgazma neden olmaktadır (Basson 2010).

Hemşirelerin jinekolojik kanser tedavisi sürecinde olan kadınlarda depresyon düzeyini bilmeleri ve antidepresanların kadınlarda cinsel disfonksiyon üzerine etkilerinin farkında olmaları önemlidir.

Beden İmajına Yönelik Sorunlar

Beden imajı, bir kişinin kendisini ve bedenini nasıl hissettiği ile ilgili bir kavramdır. Jinekolojik kanserlerin tedavi süreci kadının beden imajını önemli ölçüde etkileyebilmektedir

(Larrison 2009; Price 2009). Reis (2003)'in aktardığına göre; bir aile terapisti olan Virginia Satir, bireyin beden imajı ve benlik saygısı ile cinsel kimliği arasında güçlü bir bağ olduğunu ifade eder. Satir'e göre, her birey cinsel bir eş olarak kendini çekici hissetme gereksinimi duyar. Erkek ya da kadının cinsel benlik imajı, fiziksel olarak kendini çekici hissetme, eşin şefkat, sıcaklık, yumuşaklık gibi duygusal gereksinimlerini doyurabilme ve sevmeye becerilerinin bir bütününden oluşur (Reis 2003; Reis 2006). Kanser deneyimi ise bu öz güveni yıkabilir. Jinekolojik kanserlerde kadının beden imajını zedeleyen nedenlerin başında cerrahi girişimler gelmektedir (Pınar 2010; Sertöz, Mete, Noyan, Alper ve Kapkaç 2004; Scott and Kayser 2009). Radikal histerektomi, vulvektomi, total pelvikekzantrasyonu gibi önemli cerrahi girişimler sonrasında pek çok kadın, öncesinde olduğu gibi eşine hoş görünemeyeceği, cinsel bir eş olarak çekiciliğinin azalacağı ve cinsel yaşamının bozulacağı gibi değişik duygular yaşar (Pınar 2010; Sertöz, Mete, Noyan, Alper ve Kapkaç 2004). Özellikle histerektomi sonrası kadınların uterusu yükledikleri anlam ve kadın kimliği üzerindeki etkisi inancı nedeniyle kadınlar yoğun hüznü yaşayabilmektedir. Ülkemiz gibi geleneksel değerlere bağlı toplumlarda pek çok kadın için hala 'uterus' dişiliğin, cinselliğin, doğurganlığın ve anneliğin sembolüdür (Reis 2006). Overlerin alınması durumunda ise kadın, cinsel arzu ve isteğinin azalacağından ve erken yaşlanacağından korkmaktadır (Reis 2006; Taşkın 2011). Kemoterapi ve radyoterapiye bağlı olarak gelişebilen alopesi, bulantı kusma ve kilo değişiklikleri gibi yan etkiler de bireyin beden algısını değiştirerek benlik saygısında azalmaya neden olabilmektedir (Dean 2009; Fobair and Spiegel 2009; Hawkins, Ussher, Gilbert, Perz, Sandoval and Sungquist 2009). Tüm bu sorunlar kadınların korku, anksiyete ve depresyona eğilimlerini arttırarak cinsel yaşamlarını da olumsuz yönde etkilemektedir.

DANIŞMANLIK VE BAKIM

Onkoloji klinik ve polikliniklerinde kadınların cinsel açıdan değerlendirilmesi ve danışmanlık hizmetleri rutin olarak uygulanmamaktadır. Sağlık bakım profesyonelleri, kanser hastalığının ve uygulanan tedavilerin neden olduğu fiziksel ve psikolojik sorunları belirlemede ve cinsel sorunları bulunan kadına yardım etmede çok uygun pozisyonadadır (Reis 2003; Reis 2006). İngiltere'de 394 farklı kanser tipi olan hastalarla yapılan bir çalışmada

da kadınların sadece %37'si sağlık ekibinin herhangi bir üyesiyle tedavi sonrası gelişen cinsel sorunlarını tartışabilmiştir (Catt, Fallowfield, Jenkins, Langridge and Cox 2005). Amerika'da farklı kanser hastası 500 yetişkin birey üzerinde yapılan bir çalışmada hastaların %85'i cinsel sorunları hakkında sağlık ekibiyle konuşmak istemekte, ancak hastaların %71'i doktorların bu konuda duyarlı olmadığını ve kendilerine yardım etmeyeceğini düşünmektedir (Park, Norris and Bober 2009). Hastaların bu tür isteklerine karşılık sağlık ekibinin de cinsel konular hakkında tartışma noktasında bazı çekinceleri vardır. Bu çekinceler; kadının kişilik özelliği, hasta refakatçilerinin özelliği ve sistemden kaynaklanan sorunlardır. Kadınların yaşı, toplumsal cinsiyet faktörü, hastalığın prognozu, hastanın etnik kökeni, cinsel seçimi (lezbiyen, biseksüel vb.) ve cinsel eşinin özellikleri, hasta yakınlarının ve refakatçilerinin eğitim düzeyleri, bilgi ve tutumları, sistemle ilgili olarak ise sağlık profesyonellerinin iş yoğunluğu nedeniyle cinselliği tartışmak için yeterli zamanlarının olmaması zamanlarının önemli bir kısmını kanser tedavisi ve semptom yönetimine ayırması hastaların kanser tedavi sürecinde ruh sağlığının ve cinsel sağlığının geri plana atılmasına neden olabilmektedir (Park, Norris and Bober 2009). Cinsellik hayat boyu devam eden bir süreçtir ve sağlık personelinin cinsellik ile ilgili konuşmalardan kaçınması veya bu konuyu hasta bakım sürecine dahil etmemesi hastanın bütüncül olarak değerlendirilmesini engellemektedir.

Pınar (2010)'ın kanser tedavisi alan hastalarda hemşirelik yaklaşımlarını değerlendirmek üzere 103 hemşire ile yaptığı çalışmada; hemşireler, hastalarının %83,4'ünün cinsel sorun yaşadığını, bunların %74,8'inin yaşadıkları cinsel sorunları paylaşmadıklarını ve %94'ünün cinsel sorunlarını rahat bir şekilde ifade edemediklerini belirtmişlerdir. Aynı çalışmada hemşireler, cinsellik konusundaki iletişim güçlüklerinin nedeninin en çok "zaman yetersizliği" (%61,1), "kanser tedavisine odaklanma" (%48,5) ve "cinsel yaşamla ilgili soruların hastayı sınırlendireceği endişesi yaşadıklarını" (%41,7) belirtmişlerdir. Hemşirelerin %84,4'ü etkili bir cinsel danışmanlık verebilmenin ilk koşulunu "danışmanın yeterli bilgi ve beceriye sahip olması" olarak belirtmiş ve hemşirelerin %39,8'i hemşirelerin cinsel danışmanlık konusunda yeterli bilgiye sahip olmadıkları için gereken danışmanlık hizmetini veremediklerini

bildirmişlerdir. Hemşireler diğer sağlık profesyonellerine göre özellikle cinsel danışmanlık vermede güvene dayalı iletişim kurarak daha başarılı olabilirler. Bunun için hemşireler kendi yeteneklerinin, sınırlılıklarının, önyargılarının ve konu hakkındaki bilgi düzeylerinin farkında olması ve bu eksikliklerini giderme yönünde eğitim fırsatlarından yararlanmaları önemlidir.

Hemşirelerin hastaların cinsel açıdan değerlendirilmesi, verilecek hemşirelik girişimlerinin planlanması ve çiftlere özel cinsel danışmanlık hizmeti verebilmesi için yeterli bilgi ve beceriye sahip olmaları gerekmektedir. Hemşirelerin bu konuda sahip olması gereken bilgi ve beceriler aşağıdaki şekilde özetlenmektedir:

- Bireyin kendine özgü cinselliğini yaşamasını cesaretlendirmek ve olduğu gibi kabul etmek (Akyolcu 2008; Çavdar 2006; Reis 2006),
- Cinselliğin ve cinselliği ifade etmenin özsaygının anahtarı olduğunun farkında olmak (Akyolcu 2008),
- Cinsellik ve cinsel fonksiyon hakkında yeterli bilgiye sahip olmak ve kanser tanı ve tedavisinin bu sürece olan etkisini bilmek (Akyolcu 2008; Çavdar 2006; Reis 2006),
- Bireyin cinsellik hakkındaki tutum, değer ve inançlarının farkında olmak (Akyolcu 2008; Çavdar 2006; Reis 2006),
- Hastalarla açık ve dürüst olarak cinsellikle ilgili endişelerini tartışabilecek rahatlığa ve cesarete sahip olmak (Akyolcu 2008; Çavdar 2006),
- Hastaların yaşam biçimini, cinsel aktivite ve tercihlerini yargılamadan kabul etmek (Reis 2006),
- Hastaların sosyokültürel yapıları ve dini inançları hakkında fikir sahibi olmak (Akyolcu, 2008; Reis 2006),
- Mahremiyeti sağlamak ve sürdürmek (Akyolcu 2008; Çavdar 2006),
- Kesintisiz ve sakin bir görüşme yapabilmek için uygun zamanı belirlemek (Akyolcu 2008),
- Daha sonraki günlerde çifte soru sorabilmeleri ve tartışabilmeleri için fırsat vermek (Reis 2006),
- Gerek duyulduğunda hastayı sevk edebilmek için kendi sınırlılıklarının ve kaynaklarının farkında olmaktır (Akyolcu 2008).

Kadınların yaşadıkları korku, anksiyete, depresyon ve beden imajına yönelik olarak ise (Akyolcu 2008; Çavdar 2006; Kütmeç 2009):

- Eşlerin inandığı cinsel mitler ve önyargıların geçerlik ve etkileri, bilimsel veriler ve bireyin sosyo-kültürel düzeyine uygun olarak yapılacak açıklamalarla ortadan kaldırılmaya çalışılır.
- Anksiyetenin, cinsel yaşam üzerine etkisi tartışılır. Anksiyete ile etkili baş etme için derin nefes alma egzersizleri, fiziksel egzersizler ve gevşeme tekniklerini öğrenmesine yardım edilmelidir.
- Eşi ile ilişkilerinde yaşadığı sorunların çözümü için etkili baş etme yöntemleri (eşi ile vakit geçirme, sorunları paylaşma ve birlikte çözüm yollarını bulma) geliştirmesi için destek olunur. Eşi ile iletişimini sürdürmesi için cesaretlendirilmelidir.
- Beden imajı, benlik saygısı, özgüveni, ilişkileri, görünümünü nasıl algıladığı, kendini çekici bulma durumu gibi cinselliğe ilişkin duygularını ifade etmesi sağlanır ve bu duygularını yeniden yapılandırması için destek olunmalıdır.

Planlanan bu girişimlere ve cinsel sorunların değerlendirilmesinde kullanılan yöntemlere rağmen hemşire danışmanlık sonunda cinsel sorunları çözümleyemediği takdirde hastanın konu hakkında özelleşmiş bir uzmana sevk edilmesini sağlamalıdır.

KAYNAKLAR

Akyolcu N. Meme Kanseri Cerrahi Girişim Sonrası Cinsel Yaşam. Meme Sağlığı Dergisi 2008;4(2):77-3.

Basson R, Shultz W. Kadınlarda cinsel istek ve uyarılma bozuklukları ve cinsel ağrı. Lue TF, Basson R, Rosen R, Giuiano F, Khoury S, Montorsi F, editörler. Seksüel Tıp. 1. Baskı. İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık; 2006. p.865-68.

Basson R. Kadın Cinselliği ve Cinsel Bozukluklar. Gibbs R, Karlan B, Haney A, Nygaard I, editörler. Danforth's Obstetrik ve Jinekoloji. 10. Baskı, Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri; 2010. p.742-48.

Boehmer U, Potter J, Bowen D. Sexual Functioning After Cancer in Sexual Minority Women. The Cancer Journal 2009;15(1):65-9.

Buzlu S, Daştan N. Psikososyal Sorunlar-Anksiyete. Can G, editör. Onkoloji Hemşireliğinde Kanıt Dayalı Bakım. İstanbul Konsensüsü. 1. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2010. p 269.

Catt S, Fallowfield L, Jenkins V, Langridge C, Cox A. The Informational Roles and Psychological Health of Members of 10 Oncology Multidisciplinary Teams in the UK. British Journal of Cancer 2005;93(1):1092-7.

Çavdar İ. Meme Kanseri Hastalarında Cinsel Sorunlar. Meme Sağlığı Dergisi 2006;2(2):64-6.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Jinekolojik kanserler kadınların yaşam kalitelerini önemli oranda etkileyen ve kadınlarda en sık görülen kanser türüdür. Günümüzde kanser tanı ve tedavi teknolojilerindeki gelişmeler kanserle birlikte beklenen yaşam süresini de uzatmış, bu durum kansere ve tedavi sürecine bağlı pek çok yeni sorunları da ortaya çıkarmıştır. Bu sorunlardan biri de cinsel fonksiyon bozukluklarıdır. Cinsel fonksiyon üzerinde direkt kanserin ve kanser tedavilerinin etkisi vardır. Kanser tedavilerine bağlı gelişen psikolojik sorunlar da cinsel disfonksiyona neden olabilmektedir.

Jinekolojik kanser tedavi alan bireylerin de sağlıklı bir cinselliği deneyimleme ve sağlıklı bir cinsel hayata sahip olma hakkı vardır. Bu yüzden kanser ve cinsel yaşam başlığı adı altına lisans eğitiminde ve mezuniyet sonrası özel dal eğitim programlarında hizmet içi eğitimlerde kanser ve cinsel disfonksiyon bozukluklarına mutlaka yer verilmelidir.

Jinekolojik kanserin cinsel yaşam üzerine etkilerini belirlemeye yönelik kanıt temelli yeni çalışmaların yapılması gerekmektedir.

Dansuk R, Ağargün M, Kars B, Ağargün HP, Turan C, Ünal O. Evaluation of the Psychosocial Characteristics of Gynecologic Cancer Patients. T Klin J Gynecol Obst 2002;12(2):142-7.

Dean A. Supporting Women Experiencing Sexual Problems After Treatment for Breast Cancer. Cancer Nursing 2009;7(8):29-3.

Durmuşoğlu F, Erenus M. Nörovejetatif Semptomlar. Ertüngealp E, Seyisoğlu H, editör. Menopoz ve Osteoporoz. 1. Baskı. İstanbul: Form Reklam Hizmetleri;2000. p.23-6.

Eker E. Menopozda Psikiyatrik Sendromlar ve Cinsellik. Ertüngealp E, Seyisoğlu H, editör. Menopoz ve Osteoporoz. 1. Baskı. İstanbul: Form Reklam Hizmetleri;2000. p.39.

Erel T. Menopozda Genitoüriner Trofik Bozukluklar. Ertüngealp E, Seyisoğlu H, editör. Menopoz ve Osteoporoz. 1. Baskı. İstanbul: Form Reklam Hizmetleri;2000. p.42, 63-6.

Fobair P, Spiegel D. Concerns About Sexuality Breast Cancer. The Cancer Journal 2009;15(1):19-6.

Goldstein I, Giraldi A, Kadioğlu A, Lusen HWV, Marson L, Nappi R ve ark. Kadın cinsel fonksiyon fizyolojisi ve kadın cinsel disfonksiyonun fizyopatolojisi. Lue TF, Basson R, Rosen R, Giuiano F, Khoury S, Montorsi F, editörler. Seksüel Tıp. 1.

Baskı. İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık; 2006. p.685-17.

Hawkins Y, Ussher J, Gilbert E, Perz J, Sandoval M, Sungquist K. Changes in Sexuality and Intimacy After the Diagnosis and Treatment of Cancer. *Cancer Nursing* 2009;32(4):271-80.

Jensen PT, Groenvold M, Klee MC, Thranov I, Petersan MA, Machin D. Longitudinal Study of Sexual Function and Vaginal Changes after Radiotherapy for Cervical Cancer. *International Journal of Radiation Oncology* 2003;56(4):937-49.

Katz R. Interventions for Sexuality After Pelvic Radiation Therapy and Gynecological Cancer. *The Cancer Journal* 2009;15(1):45-7.

Kornblith AB, Ligibel J. Psychosocial and Sexual Functioning of Survivors of Breast Cancer. *Seminars in Oncology* 2003;30(6):799-13.

Kütmeç C. Kadınlarda Cinsel Fonksiyon Bozukluğu ve Hemşirelik Bakımı. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2009;4(12):111-36.

Larrison EH. Sexuality issues. In: Lockwood S, ed. *Women's Cancer*. 1st ed. Jones and Bartlett Publishers; 2009. p.209.

Laurent SM, Simons AD. Sexual Dysfunction in Depression and Anxiety: Conceptualizing Sexual Dysfunction as part of an Internalizing Dimension. *Clinical Psychology Review* 2009;29(7):573-85.

McCorkle R, Tang ST, Greenwald H, Holcombe G, Lavery M. Factors Related to Depressive Symptoms among Long-term Survivors of Cervical Cancer. *Health Care for Women International* 2006;27(1):46-58.

Meston CM, Hull E, Levin RJ, Sipski M. Kadın orgazmı. Lue TF, Basson R, Rosen R, Giuiano F, Khoury S, Montorsi F, editörler. *Seksüel Tıp*. 1. Baskı. İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık; 2006. p.785, 812.

Öztürk MO, Uluşahin A. Ruh Sağlığı Bozuklukları. 11. Baskı, Ankara: Tuna Matbaacılık; 2008. p.37-9, 269,853.

Park ER, Norris RL, Bober SL. Sexual Health Communication During Cancer Care. *The Cancer Journal* 2009;15(1):74-7.

Park SY, Bae DS, Nam JH, Park CT, Cho CH, Lee JM. et al. Quality of Life and Sexual Problems in Disease-Free Survivors of Cervical Cancer Compared with the General Population. *Cancer* 2007;110(12):2716-25.

Parker PA, Baile WF, De Moor C, Cohen L. Psychosocial and Demographic Predictors of Quality of Life in a Large Sample of Cancer Patients. *Psycho-Oncology* 2003;12(2):183-93.

Pınar G. Kanser Tedavisi Alan Hastalarda Cinsel Disfonksiyon ve Danışmanlığa İlişkin Hemşirelik

Yaklaşımları. *Gülhane Tıp Dergisi* 2010;52(4):241-45.

Pınar G, Algier L, Çolak M, Ayhan A. Jinekolojik Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesi. *Uluslar arası Hematoloji Onkoloji Dergisi* 2008;3(18):141-9.

Pomel C, Atallah D, Bouedec GL, Rouzier R, Morice P, Castaigne D, Dauplat J. Laparoscopic Radical Hysterectomy for Invasive Cervical Cancer: 8-year Experience of a Pilot Study. *Gynecologic Oncology* 2003;91(3):534-9.

Price B. Understanding Patients Accounts of Body Image Change. *Cancer Nursing Practice* 2009;8(6):29-34.

Reis N. Jinekolojik Kanser Tedavilerinin Kadın Cinsel Sağlığına Etkisi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2003;7(2):35-40.

Reis N. Jinekolojik Kanserli Hastaların Bakım ve Rehabilitasyonunda Hemşirenin Rolü. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2006;9(3):88-97.

Reis N, Coşkun A, Beji NK. Jinekolojik Kanserlerde Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Faktörler. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2006;9(2):25-35.

Saevarsdottir T, Fridriksdottir N, Gunnarsdottir S. Quality of Life of Symptoms of Anxiety and Depression of Patients Receiving Cancer Chemotherapy. *Cancer Nursing* 2010;33(1):1-10.

Sertöz ÖÖ, Elbi Mete H, Noyan A, Alper M, Kapkaç M. Meme Kanserinde Ameliyat Tipinin Beden Algısı, Cinsel İşlevler, Benlik Saygısı ve Eş Uyumuna Etkileri: Kontrollü Bir Çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2004; 15(4):264-75.

Scott JL, Kayser K. A Review of Couple-Based Interventions for Enhancing Women's Sexual Adjustment and Body Image After Cancer. *The Cancer Journal* 2009;15(1):48-56.

Steele R, Margaret I. Supportive Care Needs of Women with Gynecologic Cancer. *Cancer Nursing* 2008;31(4):288-91.

Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. 10. Baskı. Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık. 2011. p.680.

Tokgöz G, Yalug İ, Özdemir S, Yazıcı A, Uygun K, Aker T. Kanser Hastalarında Majör Depresyon Yaygınlığı ve İlişkili Etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2008;9(1):59-66.

Wenzel LB, Donnelly JP, Fowler JM, Habbal R, Taylor TH, Aziz N, Cella D. Resilience,

Reflections, and Residual Stress in Ovarian Cancer Survivorship: A gynecologic Oncology Group Study. *Psycho Oncology* 2002;11(2):142-53.

Yıldırım NK, Özkan M, Özkan S, Özçınar B, Güler SA, Özmen V. Meme Kanseri Hastalarının Tedavi Öncesi ve Sonrası Anksiyete, Depresyon,

Yaşam Kalitesi. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2009;46(1):175-81.

Yılmaz SD, Bal MD, Beji NK. Jinekolojik Kanser Tedavilerinin Kadın Cinsel Yaşamına Etkisi ve Hemşirelik Yaklaşımı. *Androloji Bülteni* 2010;40(1):75-7.