



AREL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ DERGİSİ

JOURNAL OF HEALTH SCIENCES AREL UNIVERSITY

Homepage (Web sayfası): <https://dergipark.org.tr/tr/pub/arsagbil>



<http://doi.org/10.71230/arsagbil.1856039>

Derleme Makale

Onkolojik Durumlarda Kadınlarda Cinsellik, Cinsel İşlev Bozukluğu ve Cinsel Sağlıkta Güncel Yaklaşımlar ve Kanıt Temelli Uygulamalar

Günay Arslan^{1*}, Halime Esra Meram²

¹Uzman Hemşire, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Doktora Öğrencisi, Konya, Türkiye E-mail: gunay_cosgun@hotmail.com Orcid: 0000-0003-0143-0152

² Dr. Öğretim Üyesi, Selçuk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Konya, Türkiye E-mail: esrakal87@hotmail.com Orcid: 0000-0002-9439-1369

Özet

Onkolojik hastalıklar ve tedavi süreçleri; fiziksel, hormonal ve psikolojik faktörlere bağlı olarak kadınların cinsel sağlığını olumsuz etkileyebilir ve çeşitli cinsel işlev bozukluklarına yol açabilir. Cerrahi müdahaleler, kemoterapi, radyoterapi ve hormonal tedaviler; vajinal kuruluk, dispareni, libido kaybı, orgazm bozuklukları ve beden algısında değişiklikler dahil olmak üzere çeşitli sorunlara neden olmaktadır. Devam eden sorunlarla birlikte kadınların yaşam kalitesi ve psikososyal iyi oluşları olumsuz yönde etkilenmektedir. Hemşirelik bakımında cinsel işlev bozukluklarını değerlendirme ve bakım planına dahil etme sürecinin onkolojik hasta memnuniyeti açısından önemi vurgulanmaktadır. Ayrıca cinsel işlev bozukluklarında multidisipliner iş birliği ve bütüncül bakım yaklaşımlarının tedavi sonuçlarında pozitif yönde etkileri saptanmıştır. Ancak birçok hasta cinsel işlev bozukluğuna yönelik yeterli desteği alamadığı bilinmektedir. Literatürde bu alanlarda görev yapan hemşirelerin cinsel sağlık konusundaki bilgi düzeylerinin artırılmasının önemli olduğu bildirilmektedir. Bu derleme, onkolojik hastalıklarda kadın cinsel işlev bozuklukları, cinsel sağlığını etkileyen faktörler, cinsel sağlık danışmanlığı kapsamında güncel yaklaşımlar ve kanıt temelli uygulamaları ele almayı amaçlamaktadır.

Anahtar kelimeler: Cinsel işlev bozukluğu, cinsel sağlık, kanıt temelli uygulamalar, kanser

Current Approaches and Evidence-Based Practices in Sexuality, Sexual Dysfunction and Sexual Health in Women in Oncological Conditions

Abstract

Oncological diseases and treatment processes can negatively affect women's sexual health and lead to various sexual dysfunctions due to physical, hormonal, and psychological factors. Surgical interventions, chemotherapy, radiotherapy, and hormonal treatments cause various problems, including vaginal dryness, dyspareunia, loss of libido, orgasm disorders, and changes in body image. With these ongoing problems, women's quality of life and psychosocial well-being are negatively affected. The importance of assessing and incorporating sexual dysfunction into nursing care plans for patient satisfaction in oncological patients is emphasized. In addition, multidisciplinary collaboration and holistic care approaches have been found to have positive effects on treatment outcomes in sexual dysfunctions. However, it is known that many

Başvuru: 7 Ocak 2026 **Kabul:** 22 Haziran 2026

***Sorumlu yazar:** gunay_cosgun@hotmail.com

Journal Email: sbfdergisi@arel.edu.tr

Journal Abbreviations: J. H. Sci. Arel U.
Arel Ü. S. Bil. Derg.

patients do not receive adequate support for sexual dysfunction. The literature reports that increasing the knowledge level of nurses working in these areas regarding sexual health is important. This review aims to address women's sexual dysfunctions in oncological diseases, factors affecting sexual health, current approaches within the scope of sexual health counseling, and evidence-based practices.

Keywords: Sexual dysfunction, sexual health, evidence-based practices, cancer

1.GİRİŞ

Onkolojik tedavi sürecinde olan kadınların yaşam kalitesi, hastalığın etyolojisi ve tedavi süreçlerine bağlı olarak olumsuz etkilenmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), cinselliği temel bir sağlık bileşeni olarak kabul etmektedir [1]. Ancak kanser tedavisi gören kadınlar, özellikle uzun süren tedaviler ve metastazlara bağlı cinsel işlev bozuklukları (CİB) yaşamaktadırlar. CİB, cinsel yanıt döngüsünde meydana gelen bozulmalarla karakterize olup, bireyin cinsel tatminini engelleyen tıbbi bir durum olarak tanımlanmaktadır. Kadınlarda görülen CİB, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı, (DSM-5) kriterlerine göre; cinsel ilgi/uyarılma bozukluğu, orgazm bozukluğu, genito-pelvik ağrı/penetrasyon bozuklukları olmak üzere üç ana kategoride değerlendirilmektedir.

Kanser hastalarında CİB, yaygın olarak görülmesine rağmen genellikle göz ardı edilen bir sorundur. Özellikle kemoterapi, radyoterapi, cerrahi müdahaleler ve hormon tedavilerinden dolayı vajinal kuruluk, libido kaybı, dispareni ve orgazm bozuklukları gibi çeşitli cinsel işlev sorunlarına yol açabilmektedir. CİB semptomlarının şiddeti, uygulanan tedavi türüne ve kanserin lokalizasyonuna bağlı olarak değişkenlik göstermektedir. Yapılan araştırmalar, kanser tanısı almış kadınların %40-80 oranında farklı semptomlara bağlı olarak CİB yaşadığını göstermektedir. Özellikle jinekolojik kanserler sonrası pelvik taban hasarı ve hormonal değişimler nedeniyle CİB oranlarının daha yüksek olduğu bilinmektedir [2].

CİB'nin tanısal değerlendirilme süreci profesyonel ve kapsamlı bir yaklaşım gerektirir. Değerlendirme sürecinde, hastaların tıbbi öyküsü, psikososyal durumları ve cinsel sağlık durumu detaylı bir şekilde ele alınmalıdır. Cinsel işlev sorunlarının belirlenmesi için yapılandırılmış değerlendirme formları, anketler ve ölçekler kullanılmaktadır. Tanıyı desteklemek amaçlı pelvik muayene ve laboratuvar testleri ile birlikte, menopoz sonrası hormonal değişikliklerin belirlenmesi açısından endokrin değerlendirme önem taşımaktadır. Ayrıca CİB'nin psikososyal boyutunun etkileri göz önünde bulundurulmalı ve gerektiğinde psikiyatrist ve psikologlarla iş birliği yapılmalıdır.

Kanser tedavisi alan kadınlarda cinsel sağlık sorunlarının doğru bir şekilde değerlendirilmesi ve yönetilmesi, tedavi sürecinin ayrılmaz bir parçasıdır. Sağlık bakım profesyonelleri, kanser tedavisi gören kadınların cinsel sağlıklarına yönelik etkili müdahaleleri sağlayacak bilgiye sahip olmalıdır. Bu bağlamda kanser tedavisi sürecinde cinsel sağlığı desteklemeye yönelik bütüncül bir yaklaşım benimsenmesi, hastaların genel yaşam kalitesini artırmada önemli bir rol oynamaktadır [3,4]. Bu derlemenin amacı, kanser tedavisi gören kadınlarda cinsel işlev bozukluğunun görülme prevalansı, mevcut tedavi yaklaşımları ve yöntemleri incelemek, sağlık hizmeti sağlayıcılarının süreçteki rollerini vurgulamaktır.

2.KADIN KANSER HASTALARINDA CİNSEL İŞLEV BOZUKLUĞU PREVALANS VE RİSK FAKTÖRLERİ

Kanser tedavisi alan kadınlarda, hastalık ve tedavi sürecinin yan etkilerine bağlı olarak cinsel işlev bozukluğu (CİB) gelişebilmektedir. Gelişen sorunlar ise kanser türüne, tedavi yöntemine (cerrahi, kemoterapi, radyoterapi, hormonal tedavi) ve bireysel faktörlere bağlı değişkenlik göstermektedir [5,6]. Son yıllarda yapılan araştırmalar, bu sorunun yaygınlığı ve belirleyici faktörleri üzerine önemli bulgular ortaya koymaktadır.

2.1.Cinsel İşlev Bozukluğunun Prevalansı

Kadın kanser hastalarında CİB, görülme prevalansı oldukça yüksektir. Yapılan bir sistematik derleme ve meta-analiz sonucuna göre; kanser tanısı alan kadınların %66 oranında cinsel işlev bozukluğu yaşandığı belirtilmektedir [7]. Farklı ülkelerde, farklı türde kanser hastaları ile yapılan çalışmalarda, CİB prevalansının %30 ile %80 arasında değiştiği görülmektedir. Meme kanseri tedavisinin sonucunda görülen cinsel işlev bozukluklarının yaygınlık oranları %30 ile %100 arasında değişmektedir [2,6]. Carter ve arkadaşlarının (2015) Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde çoklu kanser hastaları ile gerçekleştirdiği bir çalışmada; CİB prevalansının %93,5 olduğu sonucuna ulaşılmıştır [5]. Schover ve arkadaşları (2014) meme kanser tanısı almış kadınlarda bu oranın %92 olduğunu bildirmişlerdir [6]. Asya ülkelerinde ise benzer oranlara yakın sonuçlara ulaşılmıştır. Örneğin; Harirchi ve ark. (2012) İran'da meme kanseri hastaları ile yaptığı bir çalışmada, CİB oranının %84 olduğunu bildirmiştir [8]. Kanada'da yapılan bir çalışmada, Boquiren ve arkadaşları (2015), CİB oranının %82,5 olduğunu raporlamıştır. Bu bulgular, kanser türüne, yaş ortalamasına ve çalışmanın yapıldığı bölgeye göre değişkenlik göstermekle birlikte, CİB'nun kadın kanser hastaları arasında yaygın ve önemli bir sorun olduğunu ortaya koymaktadır [9,10,11].

Özellikle jinekolojik kanserlerde tedavi sırasında ve sonrasında pelvik taban bozukluklarının prevalansı yüksek olduğu, %70'i orta-şiddetli üriner inkontinans sorunları yaşandığı bildirilmiştir. Meme kanseri tanısı alan hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada, tedavi sonrası kadınların %63,7'sinde cinsel istek bozukluğu görülürken, %45,9'unda vajinal kuruluk ve %11,1'inde orgazm gücüyle ilgili sorunlar yaşandığı belirlenmiştir [9]. Ayrıca meme kanseri hastalarında hormonal tedavi görenlerin östrojen seviyelerinin düşmesine bağlı cinsel işlev bozukluğu riskinin arttığı belirtilmektedir [10]. Özellikle menopoz sonrası dönemde olan kadınlarda kanser tedavisinin menopoz semptomlarını şiddetlendirmesinden dolayı, bu oran daha da yükselmektedir [2,5].

Kadınlarda jinekolojik kanser türlerinin dışındaki hematolojik ve gastrointestinal sistem gibi kanserlerde cinsel işlevde bozulmalar gözlemlenmiştir. Rektum kanseri başta olmak üzere, kolorektal kanserli kadınların dispareni ve vaginal lubrikasyonda azalma şikayetlerinin, diğer kadınlara göre daha fazla yaşadıkları saptanmıştır [5,7]. Sonuç olarak elde edilen bulgular her hasta grubunun farklı risk faktörlerine sahip olduğu ve kanser türüne göre cinsel yönden işlevsel sorunlar yaşadığı görülmektedir.

2.2.Cinsel İşlev Bozukluğunun Risk Faktörleri

Kanser tanısı alan kadınlarda; CİB gelişmesinde çeşitli biyolojik, psikososyal ve tedaviye bağlı faktörlerin yanında, kanserin türü ve evresi, cinsel fonksiyonları doğrudan etkilemektedir. Jinekolojik kanserlerde özellikle tümörün lokalizasyonu ve uygulanan cerrahi işlemler cinsel işlev üzerinde belirgin etkilere sahiptir [4]. Uterus, over ve serviks kanserinde radikal cerrahiler uygulanabilmektedir. Bu tedaviler sonrası kadınlarda vajinal kısılma ve kuruluk gelişirken, dispareni gibi sorunlara neden olabilmektedir.

Tedaviye bağlı diğer faktörlerden kemoterapi, radyoterapi ve hormonal tedaviler önemli nedenler arasında bulunmaktadır. Kadınlarda kemoterapi tedavileri, östrojen seviyesinin azalmasına bağlı vajinal atrofi ve cinsel isteksizlik gelişmesinde etkili faktörlerdendir. Özellikle radyoterapi, pelvik bölgeye uygulandığında vajinal darlık, elastikiyet kaybı ve lubrikasyon sorunları gibi uzun vadeli sorunlar yaratabilir [12]. Hormonal tedaviler ise östrojen seviyelerini baskılayarak kadınların cinsel fonksiyonları üzerinde doğrudan etkili olabilmektedir. Yapılan çalışmalara göre; meme kanseri tedavisinde çok sık kullanılan seçici östrojen reseptör modülatörü (SERM) ve aromataz inhibitörlerinin, vajinal kuruluk ve libido kaybı ile ilişkili olduğu görülmüştür [10,13].

Kanser tanısı alan kadınlarda CİB'nin gelişiminde psikososyal faktörlerin de önemli etkileri bulunmaktadır. Tanı ve tedavi süreci, kadınların beden algısında ve benlik saygısını olumsuz etkilemektedir. Özellikle meme kanseri geçiren kadınlar, mastektomi veya rekonstrüksiyon

sonrası kendilerini cinsel yönden daha az çekici hissedebilir. Bu durum ise cinsel istekte azalma ve yetersizlik duygusuna neden olabilir [13]. Bunun yanında yaşanan depresyon, anksiyete ve olumsuz partner ilişkilerinin cinsel işlev üzerinde belirleyici etkileri bulunmaktadır [2,13].

3.KADIN KANSER HASTALARINDA CİNSEL İŞLEV BOZUKLUĞU VE ETYOLOJİLERİ

Cinsel sağlık, partner ilişkilerinde cinsel yakınlığın ötesine geçerek, beden imajı, arzu, uyarılma, orgazm ve tatmini içeren çok boyutlu bir yapıyı kapsamaktadır [14]. Kadın kanser hastalarında; cinsel sağlığı olumsuz yönde etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Bu faktörler birincil ve ikincil etiyojiler olarak iki başlık altında incelenebilir;

3.1.Birincil Etiyojiler

Kanserin başlıca tedavi türlerinden olan kemoterapi, radyoterapi, cerrahi işlemler ve hormon içerikli ilaçlar, hastalarda tedavi amaçlı kullanılmaktadır. Ancak bu tedaviler hastalarda bedensel değişikliğinin yanında bulantı, kusma, yorgunluk, alopesi, solukluk gibi sorunlara neden olmaktadır [15]. Ayrıca indüklenmiş menopoz, bazı diğer jinekolojik (vajinal stenoz, elastikiyet kaybı, vajinal kuruluk) şikâyetler görülebilmektedir [16].

Tedavi süreci veya sonrası kadınlardaki kanserin türüne göre CİB semptomlarında ve görülme olasılığında değişiklik bulunmaktadır. Örneğin, serviks kanseri yaşayan kadınların kanser olmayan kadınlara göre CİB yaşama riski 2,7 kat daha fazladır. Bu kadınlarda özellikle vajinal lubrikasyon ve cinsel memnuniyette azalma, disparoni, orgazm güçlüğü gibi sorunların oranlarında belirgin farklılıklar bulunmaktadır [17]. Kanseri tanısı alan kadınlarda bu tanıyı almayan kadınlara göre cinsel işlev bozukluğu görülme riski 3,5 kat daha fazladır [6,7]. Jinekolojik kanserlerde cerrahi işlemler, kemoterapi ve radyasyon tedavisinden sonra vajinal atrofi, disparoni ve hormonal değişikliklere bağlı fizyolojik yan etkilerin çok sık görüldüğü rapor edilmektedir [18]. Cerrahi müdahaleler, kadınlarda anatomik, duygusal ve hormonal durumlar dahil çeşitli değişikliklere neden olmaktadır. Mastektomi, anatomik değişikliklerin yanı sıra, meme ucunun duyu kaybına bağlı cinsel uyarılmanın azalmasına sebep olmaktadır [19]. Histerektomi ve radyoterapi tedavisinde; vajinal stenoz, kayganlık kaybı ve elastikiyetin azalmasına bağlı cinsel sorunlar görülebilmektedir [20]. Radikal vulvektomi, perineal anatomideki değişiklikler nedeniyle cinsel tepkiyi olumsuz yönde etkileyen nedenler arasındadır. Ooferektomi; premenopozal kadınlarda hormonal dengesizlik ve erken menopoz ile ilişkili cinsel işlev sorunlarına neden olabilir. Sistektomi ise vajinal kapasite ve kayganlık değişikliklerine yol açarak cinsel işlevi olumsuz etkileyebilir. Kolorektal rezeksiyon ve ostomiler ise vajinal kuruluk, disparoni ve beden imajı ile ilgili olumsuzluklara yol açabilir.

Kemoterapi, cinsel işlevin tüm alanlarını etkileyebilir ve en yaygın yan etkileri arasında vajinal kuruluk ve disparoni bulunmaktadır [20]. Endokrinolojik etkiler açısından, kemoterapiye bağlı over yetmezliği gelişebilir ve östrojen eksikliği sonucunda vajinal kuruluk ve vajinal atrofi ortaya çıkabilir [13]. Ayrıca, bazı kemoterapötik ajanlar periferik nöropatiye yol açarak perineal sinirleri etkilenmesine bağlı uyuşukluk, karıncalanma ve ağrıya neden olabilir [21]. Bunun yanı sıra, belirli kemoterapi ilaçları vajinal ve rektal mukoza toksisite nedeniyle mukozal değişikliklere yol açabilir.

Pelvik bölgeye uygulanan radyoterapi, bağırsak, mesane ve vajina üzerinde hem akut hem de kronik etkiler oluşturabilir. Akut etkiler arasında mide bulantısı, ishal, radyasyon proktiti, sistit ve vajinal mukozit yer almaktadır [22]. Kronik etkiler ise vajinal atrofi, fibroz, stenoz ve vajinal kanalın daralması gibi durumları içermektedir. Gelişen bu sorunlardan dolayı cinsel işlev ve genel ürogenital sağlık olumsuz etkilenebilmektedir. Ayrıca endokrin tedavisi, hormonal değişikliklere neden olarak cinsel işlev bozukluğuna yol açabilir. Aromataz inhibitörleri, şiddetli vajinal kuruluk, disparoni ve libido kaybı gibi yan etkilere sebep olabilirken, SERM vajinal akıntıya ve kuruluğa

neden olabilmektedir [13]. Adjuvan endokrin tedavisi, cinsel işlev üzerinde yan etkilerinden dolayı tedavi devamlılığını olumsuz yönde etkilemektedir.

3.2. İkincil Etiyolojiler

Ruh sağlığı değişiklikleri (depresyon, anksiyete, intihar gibi) kanserli hastalarda yaygın olarak görülmektedir. Depresyon ve anksiyetenin sebepleri arasında; uzun süren tedavi süreci, tekrar etme korkusu, bilgi eksikliği, yaşam tarzı değişiklikleri, kabulleneme gibi duygulardan kaynaklanabilmektedir [23,24]. Pilevarzadeh ve arkadaşlarının (2019) yaptığı sistematik derlemede; meme kanserli kadınların yaklaşık %32,2'sinin kanserle ilişkili depresif semptomlar yaşadığı sonucuna ulaşılmıştır [25]. Cerrahi müdahaleler (meme asimetrisi, cilt dokusu ve hassasiyet değişiklikleri gibi) ve alınan tedaviler sonrası değişen vücut algısı, beden imajı sorunlarından dolayı cinsel özgüven olumsuz etkilenmektedir. Campos ve arkadaşları (2022) tarafından yapılan bir çalışmada, beden imajı ile ilgili sorunların, cinsel yaşam memnuniyeti ve yaşam kalitesi arasında negatif bir ilişki olduğu sonucuna ulaşılmışlardır [26]. Ayrıca, mastektomi ve meme rekonstrüksiyonu geçiren kadınlar arasında yapılan kesitsel bir çalışmada; rekonstrüksiyon yapılan kadınların, izole mastektomi geçirenlerin kadınlara göre cinsel işlevlerinin daha iyi olduğu, beden imajına bağlı depresif semptomların daha az görüldüğü saptanmıştır [26].

Kanser tedavisi alan kadınlarda yaş, eğitim düzeyi ve medeni durum gibi sosyal belirleyiciler cinsel işlev bozukluklarında etkili faktörler olarak görülmüştür. Eğitim seviyelerinin düşük olması, tanıyı geciktirme, tedavi süreçlerini anlama gibi durumlardan dolayı sağ kalım oranlarında etkili olduğu bildirilmiştir. Bölgesel konum ve sosyoekonomik durum belirleyiciler ile yapılan küresel düzeydeki bir çalışmada, serviks kanserinin çoğunlukla 45 yaşın altındaki kadınları etkilediği sonucuna ulaşılmıştır [27]. Ayrıca kanserin teşhis ve tedavi edildiği yaş, üreme çağındaki kadınların cinsel ve zihinsel sağlık üzerinde etkileri bulunmaktadır. Bu bağlamda, cinsel işlev bozuklukları yaşam tarzına, sosyal ve fonksiyonel duruma bağlı olarak değişkenlik göstermektedir. Kadınların evli olma durumu ise mortalite riskini azalttığı saptanmıştır [28,29]. Ayrıca cinsel işlev bozukluğunun görülmesinde, erken tanı ve tedavilerin etkili olmasından dolayı, evli kadınlarda görülme olasılığı daha düşüktür [30]. Kadınlarda partner varlığı ise bireyde cinsel aktifliğin devamını sağlamaktadır. Tüm bunlara ek olarak partner ilişki kalitesinin iyi olması, evlilik süresinin yeni olması da cinsel işlevi pozitif yönde etkilemektedir [31]. Menopoz döneminde ateş basması, depresif ruh hali, uyku bozuklukları, libido kaybı ve vajinal kuruluk kadınlarda sık karşılaşılan menopoz semptomlarıdır. Kanser tedavileri genellikle menopoz semptomlarını arttırarak, cinsel işlev üzerinde olumsuz etkiler yaratabilir [22].

4.KANSER HASTALARINDA CİNSEL İŞLEV BOZUKLUĞU VE KANIT TEMELLİ YAKLAŞIMLAR

Kadın kanser hastalarının çoğu, tedavi sürecinde cinsel yönden gelişebilecek yan etkilere yeterince hazırlıklı olmadıklarını bildirmektedir. Kanser tedavisine bağlı cinsel işlev bozukluğunu yönetmenin ilk adımı, hastaları biyopsikososyal model hakkında bilgilendirmektir. Bu bağlamda hastalara kanser tedavisinin cinsel işlev üzerinde biyolojik, psikolojik ve sosyokültürel yönden etkileri kapsamlı şekilde açıklanmalıdır. Özellikle menopoz sonrası meme kanserli kadınlar, östrojen eksikliğine bağlı genitoüriner sendromun (GSM), endokrin tedavisi nedeniyle biyolojik tetiklenme durumunu fark etmeyebilirler. Hastaların bu konuda eğitilmesi ve cinsel iyileşmenin mümkün olduğu mesajının verilmesi önemlidir [32].

Kanser sağ kalanları, cinsel işlev bozukluğuna yönelik sosyal damgalama nedeniyle ek bir stres yaşayabilmektedir. Hastaların cinsel sorunları doğal bir sonuç olarak görmelerinden dolayı yardım aramayı engelleyebilir. Bu noktada sağlık profesyonellerinin, cinsel işlev bozukluğu sorunu için tedavi yöntemlerinin bulunduğu vurgulaması, hastalar açısından rahatlatıcı olabilmektedir.

4.1. Disparoni Yönetimi İlk Basamak Tedavi Yaklaşımları

Östrojen ve androjen seviyelerini düşüren meme, endometriyal, uterus veya over kanserleri için uygulanan tedaviler, genitoüriner değişikliklere bağlı olarak GSM gelişimine neden olabilir ve bu durum disparoniye yol açabilir. Vajinal kayganlaştırıcılar ve nemlendiriciler, vajinal kuruluğu ve doku hassasiyetini azaltarak semptomları hafifletici etki sağlar. Disparoni yönetiminde ilk basamak tedavi yaklaşımları şunları içermektedir:

4.1.1. Kişisel Vajinal Kayganlaştırıcılar

Kanser tedavisi gören kadınlar için vajinal kuruluk ve cinsel ilişki sırasında ağrı gibi semptomların yönetiminde kişisel kayganlaştırıcılar ve vulvovajinal nemlendiriciler önemli tedavi seçeneği olarak kullanılmaktadır. Su bazlı, silikon bazlı ve yağ bazlı olmak üzere üç türü bulunur. Su bazlı kayganlaştırıcılar en yaygın kullanılan türdür, silikon bazlı olanlar daha uzun süreli etki gösterir, ancak medikal cihazlarla kullanılmamalıdır. Yağ bazlı kayganlaştırıcılar ise daha kalıcı nemlendirme sağlasa da erkek kondomunun yapısını bozabilmektedir [32]. Meme kanseri sağ kalan hastalarda, vajinal kuruluk ve disparoni yaşayan non-hormonal ürünlerin (özellikle polikarbofil bazlı nemlendirici) kısa dönem semptomatik iyileşme sağlayabileceğini göstermiştir; ancak küçük örneklem grubu ile çalışılmasından dolayı elde edilen sonuçların güvenirliliği düşüktür (düşük kanıt düzeyi) [33].

4.1.2. Vulvovajinal Nemlendiriciler

Cinsel aktiviteden bağımsız olarak düzenli kullanımı önerilen vajinal nemlendiriciler, vulva ve vajinal dokulardaki nemin korunmasına yardımcı olur. Nemlendirici seçenekleri arasında polikarbofilik nemlendiriciler (örneğin, Replens), vajinal pH dengeli jeller (örneğin, RepHresh), hyaluronik asit içeren fitiller ve doğal yağlar bulunmaktadır. Çalışmalarda vajinal nemlendiricilerin düzenli ve uzun süreli kullanımının vajinal kuruluk, disparoni ve cinsel tatmini iyileştirmede etkili olduğu belirtilmektedir (orta ve düşük kanıt düzeyi) [34].

Hormon replasmanı içermeyen ilk basamak tedaviler, özellikle meme kanseri hastalarının için tedavi seçeneği olarak önerilmektedir [31]. Tüm tedavilerin yanında cinsel işlev bozukluğunun yönetimi yalnızca fiziksel tedavilerle sınırlı değildir. Psikolojik destek, çift terapisi ve pelvik taban kas egzersizleri gibi multidisipliner yaklaşımlar, cinsel iyilik halini iyileştirme yönünde katkı sağlayabilmektedir.

4.2. Disparoni Yönetimi İkinci Basamak Tedavi Yaklaşımları

Kanser tedavilerinde endokrin ve meme kanseri tedavisi gören özellikle menopoz sonrası kadınlarda, vulvovajinal atrofi ve disparoni gelişebilmektedir. Östrojen seviyelerinin azalması, vajinal epitelin incilmesi, elastikiyetin kaybı ve vajinal mukozanın kuruması başlıca nedenleri arasındadır. Kadınların cinsel sorunlarını azaltmak için hormonal ve hormonal olmayan çeşitli tedavi yaklaşımları bulunmaktadır.

4.2.1. Düşük Doz Vajinal Östrojen Tedavisi

Hormonal olmayan tedavi sonrası yanıt alınamayan hastalarda, önerilen düşük doz vajinal östrojen tedavisidir. Lokal olarak uygulanan östrojen kremler, tabletler ve halkalar vajinal mukozanın yenilenmesini destekleyerek, kuruluk ve disparoni semptomlarını hafifletmektedir. Çalışmalarda mevcut kanıtlar göre, vajinal östrojenin sistemik dolaşıma katılımı minimal düzeydedir ve meme kanseri nüks riskini artırmadığı saptanmıştır. Ancak meme kanseri veya endometriyal kanser hastalarında bu tedavi, bireysel bazda değerlendirilmesi gerekmektedir [35,36]. Amerikan Kadın Doğum ve Jinekoloji Uzmanları Birliği (Amerikan Collage of Obstetricians and Gynecologists, ACOG), düşük kanıt düzeyi olarak, düşük doz vajinal östrojenlerin yalnızca hormonal olmayan müdahalelere yanıt vermeyen hastalar için uygulanmasını önermektedir [37].

4.3. Hormonal Olmayan Alternatifler Tedaviler

Hormonal tedavi kullanamayan veya kullanmak istemeyen hastalarda, vajinal nemlendiriciler ve kayganlaştırıcılar önerilmektedir. Ayrıca, prasteron ve ospemifen grubu ilaçlar da östrojen içermemektedir. Bu hastalar için alternatif tedavi yöntemi olarak önerilebilir. Ancak hastalarındaki etkinliği ve güvenilirliğinin değerlendirilmesi için daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

4.3.1.Vajinal Lazer Tedavisi

Son yıllarda fraksiyonel mikroablatif karbondioksit (CO₂) lazerleri ve fototermal erbiyum katkılı itriyum alüminyum garnet (Er: YAG, ablatif olmayan) lazerleri, kanser hastalarında vajinal kuruluk ve disparoni tedavisinde kullanılmıştır. Bu tedavilerin amacı vajinal mukozanın yeniden yapılanması ve atrofiye bağlı semptomları azaltmaktır. Plasebo kontrollü bir çalışmada vajinal CO₂ lazer veya plasebo tedavisi karşılaştırılmış olup, disparoni ve cinsel ilişki kuruluğu skorlarında iyileşme görülmüştür. Ancak lazer uygulamasının plaseboya göre anlamlı bir avantajı bulunamamıştır [38]. Bu çalışma sonucuna göre enerji bazlı tedavinin etkinliği kanıtlanamamıştır. CO₂ lazer tedavisinin meme kanseri hastalarının rutin bakım kullanımına eklenmeden önce tedavi protokolleri ve hasta seçiminde uzun vadeli sonuçların daha fazla kriterlerle değerlendirilmesi önerilmektedir [38]. Lazer tedavisinin rutin kullanım önerisi için daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

4.3.2.Vajinal Stenoz Yönetimi

Özellikle pelvik bölgeye radyoterapi uygulanan hastalarda vajinal stenoz yaygın bir komplikasyondur. Radyoterapi tedavisi vajinal dokuların fibrotik hale gelmesine ve elastikiyetin kaybolmasına neden olur. Hastalarda ise vajinal darlık oluşmasına bağlı cinsel ilişki sırasında ağrı, jinekolojik muayenede zorluk ve yaşam kalitesinde düşme gibi sorunlar gelişmektedir. Vajinal kayganlaştırıcılar, vibratörler, dilatörler, pelvik taban tedavisi, flibanserin veya ospemifen ile ilgili olarak, meme kanseri tedavisini tamamlamış kadınlara özgü veri eksikliği bulunmaktadır [34].

4.3.3.Vajinal Dilatör Kullanımı

Vajinal stenozun önlenmesi ve yönetiminde en yaygın önerilen yöntemlerden biridir. Radyoterapi sonrası hastalarda düzenli vajinal dilatör kullanımı, vajinal dokuların esnekliğini koruyarak stenoz gelişimini engelleyebilmektedir. En az bir yıl boyunca haftada iki kez düzenli kullanılması önerilmektedir. Ancak hastaların düzenli kullanımı düşük olduğundan, bu konuda motivasyon ve hasta eğitimi oldukça önemlidir [37]. Mevcut korelasyonel çalışmalarına göre, vajinal dilatör tedavinin (VDT) kullanımın, radyoterapinin cinsel işlev üzerinde olumsuz etkilerini önlemede destek sağladığı saptanmıştır. Stenozu hafifletmedeki etkinliğine ilişkin yaygın bir klinik kabulün mevcut olduğu ancak, seviye I düzeyinde kanıtın bulunmadığı bildirilmektedir [39].

4.3.4.Pelvik Taban Fizik Tedavisi

Pelvik taban fizik tedavisi özellikle vajinal stenoz, disparoni ve pelvik ağrı yönetiminde etkili bir yöntemdir. Pelvik kasların güçlendirilmesi amacıyla yapılan egzersizler, vajinal dilatör tedavi başarısını artırabilmektedir. Ayrıca, kanser tedavisi gören kadınlarda vajinal stenoz gelişimine önlemek amaçlı da önerilmektedir [40]. Pelvik taban fizik tedavisinin etkinliğini değerlendiren spesifik uzunlamasına ve kontrollü çalışmalar oldukça sınırlıdır; mevcut veriler heterojen olup, güvenilir sonuçların elde edilmesi için yeterli değildir. Bu nedenle tedavi yaklaşımının kanıt düzeyi “düşük” olarak kabul edilmektedir [33]. Ayrıca Kanada Kadın Doğum ve Jinekologlar Derneği (SOGC), hormonal tedavi seçenekleri dışında, genetik yatkınlık nedeniyle meme kanseri tanısı alan ve histerektomi gibi pelvik cerrahi geçiren hastalarda vajinal stenozun önlenmesi, pelvik ağrı, disparoni, bağırsak veya mesane inkontinansının tedavisi amacıyla, pelvik taban fizyoterapisinin teşvik edilmesini önermektedir.

5.PSİKOSOSYAL DANIŞMANLIK VE SAĞLIK HİZMETİ SAĞLAYICILARI YAKLAŞIMLARI

Kanser hastalarında cinsel sağlık danışmanlığında en zor olanı danışmanlık görüşmelerinin başlatılmasıdır. Sağlık profesyonelleri, hastalarla iletişim süreci kolaylaştırmak için çeşitli modellerden yararlanmaktadır. Cinsel danışmanlık ve rehberlikte kullanılan başlıca modeller;

PLISSIT Modeli: PLISSIT Modeli bireylerin cinsel sorunlarının tartışılması ve değerlendirilmesi amacıyla kullanılan sistematik bir yaklaşımdır. Bu model, cinsel sorunlara destek sağlamanın yanında, bireylere farklı düzeylerde cinsel sorunlarını tartışma olanağını sunmaktadır. Model kullanımı; Permission (İzin verme), Limited Information (Sınırlı Bilgi), Specific Suggestions (Özel Öneriler), Intensive Therapy (Yoğun Terapi) basamakları izlenerek yapılmaktadır. Faghani ve arkadaşları (2016) yapmış oldukları çalışmada; mastektomi sonrası meme kanser hastaları ile PLISSIT modeline dayalı cinsel sağlık danışmanlığı uygulanmışlardır. Çalışma kapsamında standart bakım alan hasta ve kontrol grubu karşılaştırılmış olup, müdahale alan hastaların cinsel sağlığında önemli iyileşmeler olduğu saptanmıştır (düşük kanıt düzeyi) [33]. Güdek ve Yılmaz (2025), meme kanser tanısı alan kadınlara PLISSIT Modeli doğrultusunda verilen eğitimin etkinliğini, Kadın Cinsel İşlev Ölçeği (FSFI) bakımından değerlendirmek amaçlı randomize kontrollü çalışma yapmıştır. Çalışma sonunda eğitim sonrası FSFI puanlarını arttığı, Cinsel Uyum ve Beden İmajı Ölçeğinde ise beden imajı alt boyutunun cinsel fonksiyonlar üzerinde negatif etkisinin azaldığı belirtilmiştir (orta kanıt düzeyi) [41].

ALARM Modeli: ALARM Modeli kanserden etkilenen bireylerin cinsellikle ilgili konularda iletişim sağlama, cinsel aktivite değerlendirilmesi ve cinsel işlev sorunlarını kısa sürede belirlemek amacıyla geliştirilmiş bir modeldir. Özellikle ilk üç aşamada cinsel sorunları tedavi edilemeyen ve uzmana yönlendirilen hastalar için uygun bir yöntemdir. Tedavi gerektiren hastalarda sorunun derinliğine göre terapist ya da uzman sürece dahil olmalıdır.

ALLOW Modeli: ALLOW Modeli çözüm önerileri ve değerlendirmeleri içeren beş basamaktan oluşur, hastanın cinsellikle ilgili kaygılarını değerlendirme ve tedavi planlanmasında kullanılmak üzere geliştirilmiştir. Model cinsel sağlık eğitimi, danışmanlık hizmetlerinin yanında, yoğun tedavi programı gerektiren bireylere, cinsel tedavi olanağı sunmaktadır.

BETTER Modeli: BETTER Modeli sağlık çalışanlarının kanserli hastaların bakım sürecinde cinselliği dahil etmeleri ve destek olmaları amacı ile geliştirilmiştir. Bireyi anlama, saygı duyma ve hastaya destek sağlamayı hedefleyen altı basamaktan oluşur. Özellikle kadın kanser hastalarında cinsel sağlığının değerlendirilmesinde rehberlik etmektedir. Ölçer ve Oskay (2020) meme kanserli hastalara “BETTER Modeli’ni” kullanmış, cinsel sağlık eğitimi verdikleri hastalarda vajinal kayganlaşma, orgazm, ağrı ve cinsel sağlık ölçek puanları pozitif yönde değişirken, beden imajı puanlarının arttığını bildirilmiştir [39]. Ayrıca Sheriff ve arkadaşları (2019) ‘nın yapmış olduğu çalışmada, Kaplan’ın modelini kullanılarak meme kanseri hastalarının cinsel yanıt döngüsündeki kesintileri incelenmişlerdir. Cinsel tepki döngüsündeki kırılmaların beden imajı gibi biyolojik faktörlerden kaynaklandığı sonucuna ulaşmışlardır. Bu çalışma sonucuna göre; vücut imajı, yorgunluk ve ilaç tedavisi gibi biyolojik faktörlerin yanı sıra ağrı, anksiyete ve depresyon gibi psikolojik faktörlerin cinsel işlev üzerinde negatif yönde etkili olduğu saptanmıştır [42].

5.1. Psikososyal Danışmanlık

Kanser tedavisi gören kadınların, cinsel sağlık sorunlarının onkologlar tarafından değerlendirilmesinin önemli olduğu belirtilmektedir [3]. Ancak klinik uygulama kılavuzları önerilerine rağmen, birçok hasta cinsel işlev bozukluğuna yönelik yeterli desteği alamadığını bildirmektedir. Sağlık çalışanlarının zaman kısıtlamaları, yeterli eğitim almamış olmaları ve bu konuları hastalarla konuşmada rahatsızlık duymaları gibi gerekçeler, engelleyici nedenler arasında

yer almaktadır. Ayrıca, hastalarının cinsellik konularını konuşmada utanma, endişe veya öncelikli sağlık sorunlarından dolayı destek almak istemedikleri bildirilmektedir [1,8].

Literatürde yapılmış çalışma örneklerine bakıldığında; Lu ve arkadaşları (2022) tarafından yapılan bir meta-analizde, meme kanserinden kurtulan hastaları kapsayan hemşirelik müdahalelerinin etkilerini araştırılmıştır. Analiz sonucuna göre hasta bireylerin cinsel yaşam kalitesinde önemli düzeyde artış görülmüştür. Ayrıca cinsel işlev, cinsel tatmin, yaşam kalitesi ve depresyon durumlarında önemli iyileşmelerin olduğu gözlemlenmiştir [43]. Xu ve arkadaşlarının (2023) yapmış olduğu başka bir meta-analizde ise hasta grubuna yapılmış psikolojik müdahaleler araştırılmıştır. Bu çalışmada cinsel işlev, cinsel tatmin, cinsel ilişkiler ve cinsel sıkıntıda istatistiksel olarak anlamlı iyileşmeler gösteren benzer sonuçlar elde edilmiştir. Ayrıca, müdahale türlerinin bir alt grup analizi yapılmış olup, bilişsel davranışçı ve psikoeğitimsel terapinin cinsel işlev ve tatmin için faydalı olduğu saptanmıştır. Cinsel işlevi iyileştirmek için psikoseksüel danışmanlığın önemini vurgulamışlardır (orta ve düşük kanıt düzeyi) [34]. Bu bağlamda cinsel sağlık konusunun kanser tedavisinin her aşamasında ele alınması önerilmektedir. Özellikle kısa tarama araçları ve sonuç anketleri gibi yöntemler, cinsel sağlık konuların kolay gündeme getirilmesine olanak sağlamaktadır. Sağlık profesyonelleri etkili danışmanlık hizmeti sunabilme amaçlı rahat görüşme alanları oluşturmaktadır. Multidisipliner bir yaklaşımla hastalara bireysel veya grup terapileri gibi cinsel sağlık eğitimi ve psikososyal destek hizmeti sunulmaları önemlidir [44].

5.2. Sağlık Hizmeti Sağlayıcıları Yaklaşımları

Cinsel sağlığın değerlendirilmesi ve desteklenmesi, hastaların yaşam kalitesini artırmada önemli bir belirleyicidir. Sağlık hizmeti sağlayıcıları, hastaların doğrudan ve uzun süreli bakım sürecinde olmaları ve daha fazla etkileşimde bulunmaları nedeniyle, cinsel sağlık sorunlarını fark etme yönünden daha avantajlıdırlar. Ancak, çalışma şartlarındaki yoğun iş yükü ve zaman yönetimi zorlukları, hastalığın prognozu ve metastazlar, bu konuların konuşulmasını güçleştirebilir. Bütün bu engellere rağmen hastanın eğitim ihtiyaçlarına göre, danışmanlık hizmeti verilmelidir. Hemşirelerin bu süreçte üstlenebileceği temel görevler şunlardır:

Tarama ve değerlendirme: Cinsel işlev bozukluğunu değerlendirmek ve hastaların ihtiyaçlarını belirlemek amacıyla, Kadın Cinsel Fonksiyon Endeksi (FSFI), PROMIS SexFS ve Kanser Sonrası Kadın Hastalar İçin Cinsel Semptom Kontrol Listesi gibi kısa tarama araçlarını kullanmalıdır.

Eğitim ve farkındalık: Kanser tedavisi sırasında ve sonrasında hastaların teşhis ve tedavilerine göre cinsel işlev değişiklikleri hakkında bilgilendirme yapılmalıdır. Yapılan bu bilgilendirme, hastaların sürece uyumunu kolaylaştırabilir.

Danışmanlık ve yönlendirme: Hastaları psikososyal destek hizmetlerine yönlendirilmesi ve desteklenmesinde etkin bir rol üstlenebilir. Ayrıca, hastaların partnerleriyle iletişimi sağlamada yardımcı olarak, etkili stratejiler sunulabilir.

Bütüncül bakım: Cinsel sağlık konuları kanser hastaları için, genel sağlık ve yaşam kalitesi ile yakından bağlantılıdır. Bu nedenle, hastaların tüm durumları, bütüncül bir yaklaşımla değerlendirmesi önemlidir [45].

6.SONUÇ ve ÖNERİLER

Kanser, kadınların cinsel sağlığı üzerinde çok yönlü faktörlerle, olumsuz yönde etkilemektedir. Bu hastalarda, hastalık türü ve bireysel farklılıklara göre gelişen cinsel işlev bozuklukları değişkenlik göstermektedir. Ayrıca kanser tedavileri ve psikososyal faktörlere bağlı cinsel işlev sorunları yaşanmakta, hastaların cinsel sorunları ile ilgili yeterli danışmanlık ve destek alamadığı görülmektedir. Kanıta dayalı uygulamalar, cinsel sağlık sorunlarının yönetiminde multidisipliner bir yaklaşımın gerekliliğini ortaya koymaktadır. Hem farmakolojik hem de farmakolojik olmayan yöntemlerin kullanımı, hastaların cinsel fonksiyonlarının iyileşmesinde önemli rol oynamaktadır. Bu bağlamda, kanıta dayalı eğitim ve müdahale programları yaygınlaştırılmalıdır.

Hemşirelerin; cinsel sağlık danışmanlığında daha aktif rol alması, hastaların bu süreçte daha bilinçli ve desteklenmiş hissetmelerini sağlayacaktır. Kanseri kadınlarda bedensel sağlık ve cinsel sağlık bir bütün olarak düşünülmeli, bireyselleştirilmiş yaklaşımlar sunulmalıdır. Cinsel sağlık eğitim programlarının yaygınlaştırılması ve hizmet sağlayıcıların bu konuda daha fazla yetkinlik kazanması sağlanmalıdır. Gelecekte yapılacak çalışmalarda, cinsel sağlık müdahalelerinin uzun vadede değerlendirme ve farklı kültürel yapıdaki hastaların deneyimlerinin derinlemesine incelenmesi önerilerimizdendir.

Etik Kurul Beyanı

Bu çalışma bir derleme makalesidir; insan veya hayvan örnekleri, kişisel veri ya da anket/deneysel uygulama içermediğinden etik kurul izni gerektirmemektedir.

Çıkar Çatışması

Yazarlar çıkar çatışması olmadığını beyan ederler.

Yazarların Çalışmaya Katkıları

Halime Esra Meram: Çalışmanın kavramsal tasarımı, metodolojinin oluşturulması, akademik danışmanlık, eleştirel değerlendirme ve makalenin son halinin gözden geçirilmesi.

Günay Arslan: Literatür taraması, verilerin derlenmesi ve yorumlanması, makalenin yazımı ve düzenlenmesi.

KAYNAKÇA

1. World Health Organization. (2023). Sexual health and its link to reproductive health: An operational approach. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565985>
2. Sousa Rodrigues Guedes, T., Barbosa Otoni Gonçalves Guedes, M., de Castro Santana, R., Costa da Silva, J. F., Almeida Gomes Dantas, A., Ochandorena-Acha, M., & et al. (2022). Sexual dysfunction in women with cancer: A systematic review of longitudinal studies. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(19), 11921. <https://doi.org/10.3390/ijerph191911921>
3. Ülger, E., Alacacioğlu, A., Gülseren, A. Ş., Zencir, G., Demir, L., & Tarhan, M. O. (2014). Kanserde psikososyal sorunlar ve psikososyal onkolojinin önemi. *Turkish Journal of Oncology*, 28(2), 85–92. <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/53608>
4. Güdek, G., & Yılmaz, S. (2024). Meme kanserli kadınların cinsel sorunlarına yönelik PLISSIT model doğrultusunda verilen cinsel eğitimin etkinliği. *Androloji Bülteni*, 26(2), 88–98. <https://doi.org/10.24898/tandro.2024.28000>
5. Carter, J., Stabile, C., Seidel, B., Baser, R. E., Gunn, A. R., Chi, S., & et al. (2015). Characteristics and concerns of female cancer patients/survivors seeking treatment in a female sexual medicine program. *Supportive Care in Cancer*, 23(8), 2255–2265. <https://doi.org/10.1007/s00520-014-2573-9>
6. Schover, L. R., Yuan, Y., Sui, D., Neese, L., Jenkins, R., Rhodes, M. M., & et al. (2014). A randomized trial of internet-based interventions for sexual dysfunctions in women treated for breast cancer. *Cancer*, 120(22), 3647–3653. <https://doi.org/10.1002/cncr.28936>
7. Esmat Hosseini S, Ilkhani M, Rohani C, Nikbakht Nasrabadi A, Ghanei Gheshlagh R, Moini A. (2022). Prevalence of sexual dysfunction in women with cancer: A systematic review and meta-analysis. *Int J Reprod Biomed*. 2022 Feb 18;20(1):1-12. doi: 10.18502/ijrm.v20i1.10403. PMID: 35308323; PMCID: PMC8902793.
8. Harirchi, I., Ghaemmaghami, F., Karbakhsh, M., & Montazeri, A. (2012). Sexual function in breast cancer patients: A prospective study from Iran. *The Breast*, 21(4), 418–423. <https://doi.org/10.1186/1756-9966-31-20>
9. Haris, I., Hutajulu, S. H., Astari, Y. K., Wiranata, J. A., Widodo, I., Kurnianda, J., & et al. (2023). Sexual dysfunction following breast cancer chemotherapy: A cross-sectional study in Yogyakarta, Indonesia. *Cureus*, 15(7), e41744. <https://doi.org/10.7759/cureus.41744>
10. Chang, C. P., Ho, T. F., Snyder, J., Dodson, M., Deshmukh, V., Newman, M., & et al. (2023). Breast cancer survival and sexual dysfunction: A population-based cohort study. *Breast Cancer Research and Treatment*, 200(1), 103–113. <https://doi.org/10.1007/s10549-023-06953-9>

11. Boquiren, V. M., Esplen, M. J., Wong, J., Toner, B., & Warner, E. (2015). Sexual functioning in breast cancer survivors experiencing body image disturbance. *Psycho-Oncology*, 24(4), 515–523. <https://doi.org/10.1002/pon.3671>
12. Jensen, P. T., & Froeding, L. P. (2015). Pelvic radiotherapy and sexual function in women. *Translational Andrology and Urology*, 4(2), 186–205. <https://doi.org/10.3978/j.issn.2223-4683.2015.04.06>
13. Çil Akıncı, A., & Aksoy, S. D. (2019). Kanserli kadınlarda cinsel sorunlar. *JAREN*, 5(2), 156–162. <https://doi.org/10.5222/jaren.2019.156>
14. Öz, M., & Kısa, C. (2023). Cinsellik ve duygular: Bir gözden geçirme. *Habitus Toplumbilim Dergisi*, 4(4), 211–228. <https://doi.org/10.76474/habitus.1269734>
16. Chua, A. S., DeSantis, S. M., Teo, İ., & Fingeret, M. C. (2015). Body image investment in breast cancer patients undergoing reconstruction: A closer look at the revised appearance schema inventory. *Body Image*, 13, 33–37. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2014.12.003>
17. Damast, S., Alektiar, K. M., Goldfarb, S., Eaton, A., Patil, S., Mosenkis, J., & et al. (2012). Sexual functioning among endometrial cancer patients treated with adjuvant high-dose-rate intra-vaginal radiation therapy. *International Journal of Radiation Oncology Biology Physics*, 84(5), e187–e193. <https://doi.org/10.1016/j.ijrobp.2012.03.030>
18. Sousa Rodrigues Guedes, T., Barbosa Otoni Gonçalves Guedes, M., de Castro Santana, R., Costa da Silva, J. F., Almeida Gomes Dantas, A., Ochandorena-Acha, M., & et al. (2022). Sexual dysfunction in women with cancer: A systematic review of longitudinal studies. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(19), 11921. <https://doi.org/10.3390/ijerph191911921>
19. Uslu Şahan, F., & Er Korucu, A. (2025). Jinekolojik kanserden sağkalım sürecinde cinsel sağlık: Bütüncül bakımda hemşirenin rolü. *Androloji Bülteni*, 27(1), 45–52. <https://doi.org/10.24898/tandro.2025.35545>
20. Telli, S., & Gürkan, A. (2019). Mastektomili kadınlarda cinsel yaşam kalitesi ve ikili uyumun incelenmesi. *European Journal of Breast Health*, 16(1), 48–54. <https://doi.org/10.5152/ejbh.2019.4969>
21. Hofsjö, A., Bohm-Starke, N., Bergmark, K., Masironi, B., & Sahlin, L. (2019). Sex steroid hormone receptor expression in the vaginal wall in cervical cancer survivors after radiotherapy. *Acta Oncologica*, 58(8), 1107–1115. <https://doi.org/10.1080/0284186X.2019.1598574>
22. Runowicz, C. D., Leach, C. R., Henry, N. L., Henry, K. S., Mackey, H. T., Cowens-Alvarado, R. L., & et al. (2016). American Cancer Society/American Society of Clinical Oncology breast cancer survivorship care guideline. *Journal of Clinical Oncology*, 34(6), 611–635. <https://doi.org/10.1200/JCO.2015.64.3809>
23. Thyø, A., Laurberg, S., & Emmertsen, K. J. (2020). The impact of rectal cancer treatment on sexual health: A review of bowel and stoma dysfunction in women. *Colorectal Disease*, 22(2), 236–244. <https://doi.org/10.1111/codi.14987>
24. Carreira, H., Williams, R., Müller, M., Harewood, R., Stanway, S., & Bhaskaran, K. (2018). Associations between breast cancer survivorship and adverse mental health outcomes: A systematic review. *Journal of the National Cancer Institute*, 110(12), 1311–1327. <https://doi.org/10.1093/jnci/djy177>
25. Froeding, L. P., Ottosen, C., Rung-Hansen, H., Svane, D., Mosgaard, B., & Jensen, P. T. (2014). Sexual function and vaginal changes after radical vaginal trachelectomy in early-stage cervical cancer patients: A longitudinal study. *Journal of Sexual Medicine*, 11(3), 595–604. <https://doi.org/10.1111/jsm.12399>
26. Pilevarzadeh, M., Amirshahi, M., Afsargharehbagh, R., Rafiemanesh, H., Hashemi, S. M., & Balouchi, A. (2019). Global prevalence of depression among breast cancer patients: A systematic review and meta-analysis. *Breast Cancer Research and Treatment*, 176(3), 519–533. <https://doi.org/10.1007/s10549-019-05271-3>
27. Campos, L. S., De Nardi, S. P., Limberger, L. F., & Caldas, J. M. (2022). Sexual function, body image and quality of life in women with advanced cancer. *Sexuality and Disability*, 40(1), 141–151. <https://doi.org/10.1007/s11195-021-09722-y>

28. Ji, P., Gong, Y., Jiang, C., Hu, X., Di, G., & Shao, Z. (2020). Socioeconomic factors and disparities in diagnosis and survival among breast cancer patients: A population-based study. *Cancer Medicine*, 9(6), 1922–1936. <https://doi.org/10.1002/cam4.2842>
29. Arbyn, M., Weiderpass, E., Bruni, L., de Sanjosé, S., Saraiya, M., Ferlay, J., & Bray, F. (2020). Estimates of incidence and mortality of cervical cancer in 2018: A worldwide analysis. *Lancet Global Health*, 8(2), e191–e203. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(19\)30482-6](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(19)30482-6)
30. Aizer, A. A., Chen, M. H., McCarthy, E. P., Mendu, M. L., Koo, S., Wilhite, T. J., & et al. (2013). Marital status and survival in patients with cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 31(31), 3869–3876. <https://doi.org/10.1200/JCO.2013.49.6489>
31. Archangelo, S. D. C. V., Sabino, M., Veiga, D. F., Garcia, E. B., & Ferreira, L. M. (2019). Sexuality, depression and body image after breast reconstruction. *Clinics*, 74, e883. <https://doi.org/10.6061/clinics/2019/e883>
32. Aerts, L., Enzlin, P., Verhaeghe, J., Poppe, W., Vergote, I., & Amant, F. (2015). Sexual functioning in women after surgical treatment for endometrial cancer: A prospective controlled study. *Journal of Sexual Medicine*, 12(1), 198–209. <https://doi.org/10.1111/jsm.12764>
33. Beste, M. E., Kaunitz, A. M., McKinney, J. A., & Sanchez-Ramos, L. (2025). Vaginal estrogen use in breast cancer survivors: A systematic review and meta-analysis of recurrence and mortality risks. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 232(3), 262–270. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2024.10.054>
33. Kennedy, C. E., Yeh, P. T., Li, J., Gonsalves, L., & Narasimhan, M. (2021). Lubricants for promoting sexual health and well-being: A systematic review. *Sexual and Reproductive Health Matters*, 29(3), 2044198. <https://doi.org/10.1080/26410397.2022.2044198>
34. Seav, S. M., Dominick, S. A., Stepanyuk, B., Gorman, J. R., Chingos, D. T., Ehren, J. L., & et al. (2015). Management of sexual dysfunction in breast cancer survivors: A systematic review. *Women's Middle Age Health*, 1, 9. <https://doi.org/10.1186/s40695-015-0009-4>
35. Sarmiento, A. C. A., Costa, A. P. F., Lírio, J., Eleutério Jr, J., Baptista, P. V., & Gonçalves, A. K. (2022). Efficacy of hormonal and nonhormonal approaches to vaginal atrophy and sexual dysfunctions in postmenopausal women: A systematic review. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 44(10), 986–994. <https://doi.org/10.1055/s-0042-1756148>
36. Kaunitz, A. M., Bitner, D., Constantine, G. D., Bernick, B., Graham, S., & Mirkin, S. (2020). The effect of 17 β -estradiol/progesterone in a single oral soft capsule (TX-001HR) on increasing vasomotor symptom-free days: The REPLENISH study. *Menopause*, 27(12), 1382–1387. <https://doi.org/10.1097/GME.0000000000001615>
37. Martins, J., Vaz, A. F., Grion, R. C., Costa-Paiva, L., & Baccaro, L. F. (2021). Topical estrogen, testosterone, and vaginal dilator in the prevention of vaginal stenosis after radiotherapy in women with cervical cancer: A randomized clinical trial. *BMC Cancer*, 21, 682. <https://doi.org/10.1186/s12885-021-08274-w>
38. Jaber, S., Levin, G., Ram-Weiner, M., & Lev-Sagie, A. (2025). CO₂ laser treatment for genitourinary syndrome of menopause in women with breast cancer: A randomized, sham-controlled trial. *Cancers*, 17(7), e1241. <https://doi.org/10.3390/cancers17071241>
39. Damast, S., Jeffery, D. D., Son, C. H., Hasan, Y., Carter, J., Lindau, S. T., & Jhingran, A. (2019). Literature review on vaginal stenosis and dilator use in radiation oncology. *Practical Radiation Oncology*, 9(6), 479–491. <https://doi.org/10.1016/j.prro.2019.07.001>
40. Ölçer, Z., & Oskay, Ü. (2020). Kadın cinsel sağlığı: Kanseri hastalarına yönelik BETTER modeline dayalı cinsel danışmanlık. *Androloji Bülteni*, 22(3), 177–182. <https://doi.org/10.24898/tandro.2020.14622>
41. Güdek, G., & Yılmaz, S. (2024). Meme kanserli kadınlarda PLISSIT model doğrultusunda verilen cinsel eğitimin etkinliği: Randomize kontrollü çalışma. *Androloji Bülteni*, 26(2), 88–98. <https://doi.org/10.24898/tandro.2024.28000>
42. Sheriff, D. S., & Manopriya, T. (2019). Human sexuality and breast cancer patients. *International Journal of Research GRANTHAALAYAH*, 7(11), 207–214. <https://doi.org/10.5281/zenodo.3566730>

43. Kıyak, M., & Özkaraman, A. (2022). Kanser sonrası yaşam: Sağ kalanların gereksinimleri. İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 7(1), 99–104.
<https://doi.org/10.5152/ikcusbfd.2022.817221>
44. Boyraz, H. G., & Erbil, N. (2023). PLISSIT model for sexual counseling in gynecological cancers. Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi (KASHED), 9(1), 1–8.
45. Botti, F., Tomao, M., Barba, E., Vizza, G., Ciliberto, G., & Vici, P. (2023). Sexual dysfunctions in breast cancer patients: Evidence in context. Sexual Medicine Reviews, 11(3), 179–195.
<https://doi.org/10.1093/sxmrev/qead006>