

JİNEKOLOJİK KANSER HASTALARINDA YAŞANAN CİNSEL SORUNLAR VE BU SORUNLARIN GİDERİLMESİNDE KULLANILAN MODEL VE YAKLAŞIMLAR

SEXUAL PROBLEMS OF PATIENTS WITH GYNECOLOGIC CANCER AND APPROACHES USED IN MODELS FOR COPING WITH THEM

Doç. Dr. Ümran OSKAY* Araş. Gör. Şükran BAŞGÖL*

*İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

ÖZET

Tüm bireyler için yaşam kalitesinin önemli bir göstergesi olan cinsellik, kanser hastaları için de aynı ölçüde değerlidir. Bu nedenle de kadının cinsel yaşamı; jinekolojik kanser tanısı ve bu tanının kişisel anlamından, kadında görülen fiziksel etkilerinden, farklı tedavi şekillerinin yakın ve uzun dönemli yan etkilerinden olumsuz olarak etkilenir. Jinekolojik kanser deneyimleyen kadınların, yaşam kalitelerini etkileyen, tanı ve tedavi sürecinde yaşadıkları çok boyutlu endişe/kaygıları vardır. Sağlık bakım profesyonelleri, kadınları jinekolojik kanser tanısından itibaren bütüncül olarak değerlendirerek, kadınların cinsel kaygılarını çözümlenmeye yönelik girişimlerde bulunur. Yaşanılan cinsel sorunların ifade edilmesi ve cinsel kaygılarla başa çıkma konusunda kadınları cesaretlendirir. Cinsel yaşamlarının değerlendirilmesinde PLISSIT, ALARM, BETTER gibi çeşitli modelleri rehber alarak bireye özgü değerlendirme yapar, gereksinimler doğrultusunda danışmanlık ve eğitim hizmeti sunar. Sunulan eğitim ve psikososyal bakım; jinekolojik kanser hastalarının yaşadıklarını cinsel kaygının etkin yönetimine ve yaşam kalitelerini arttırmaya olanak sağlar. Bu derlemede, jinekolojik kanser deneyimleyen kadınların tanı ve tedavi sürecinde cinselliğe bağlı yaşadıkları sorunlar ve bu sorunların giderilmesinde kullanılan model ve yaklaşımlar literatür doğrultusunda tartışılacaktır.

Anahtar sözcükler: Jinekolojik kanser, cinsellik, cinsel kaygı, cinselliği değerlendirme, model, hemşirelik.

ABSTRACT

Sexuality is an important indicator of the quality of life for all individuals and it is also equally valuable for patients with cancer. So that, women's sex life may be affected negatively by gynecological cancer diagnosis and personal meaning of this diagnosis, the physical effects seen in women, the near and long-term side effects of various treatment modalities. Women experienced

gynecological cancer, have multi-dimensional anxiety/ concerns, affecting their quality of life, in the process of diagnosis and treatment. Health care professionals provide holistic assessment to women and some interventions to resolve their sexual concerns. They encourages women to express their sexual problems and deal with their sexual concerns. Evaluating of sexual life with guiding of some models like PLISSIT, ALARM, and BETTER, makes individualized assessment. So that, they provide consulting and education in accordance with the requirements of the patients. These provided education and psychosocial care allow gynecological cancer patients to manage their sexual anxiety effectively and improve quality of life.

Key words: *Gynecologic cancer, sexuality, sexual anxiety, sexual assessment, model, nursing*

GİRİŞ

Günümüzde gelişen teknoloji ile yeni tedavi yöntemlerinin kullanılması, kanser hastalarının yaşam sürelerini uzatmaktadır. Ancak bireyler ve aileleri bu süreçte bedensel, bilişsel, sosyal ve ekonomik açıdan çok boyutlu olumsuzluklar yaşayabilmekte, yaşam kaliteleri önemli ölçüde değişebilmektedir. Yaşam kalitesinin önemli bir bileşeni olan cinsellik, kadınlar için arzu edilebilir olma, çocuk doğurma yeteneği ve beden imajını kapsamasının yanı sıra emosyonel, entelektüel ve sosyokültürel bileşenleri de içine alan bir kavramdır. Jinekolojik kanserler ve tedavileri nedeniyle kadınlar fizyolojik, psikolojik, sosyolojik ya da bu faktörlerin bütünü ile çok yönlü olarak etkilenmektedir. Jinekolojik kanser tanısı konması ve beraberinde uygulanan tedaviler, kadının cinsel fonksiyonlarının ve cinsel sağlığının olumsuz yönde etkilenmesine neden olmaktadır. Jinekolojik kanser tanısı konan kadınlarla yapılan çalışmalarda cinsel fonksiyon bozukluğunun yanı sıra yüksek oranda cinsel yaşamlarıyla ilgili kaygı yaşadıkları da saptanmıştır (Bourgeois-Law ve Lotocki 1999, Juraskova ve ark. 2003, Stattford ve Judd 2011). Kadınların yaşadıkları cinsel kaygılar, tanı ve tedavi sürecindeki girişimlere bağlı olarak kadının cinsel yaşamını olumsuz yönde etkilemeye devam edebilir (Krychmann ve ark. 2006). Bu derlemenin amacı, jinekolojik kanser deneyimleyen kadınların tanı ve tedavi sürecinde cinselliğe bağlı yaşadıkları sorunlar ve bu sorunların giderilmesinde kullanılan model ve yaklaşımları literatür doğrultusunda tartışmaktır.

Jinekolojik Kanserlerde Uygulanan Tedavilerin Cinsel Sağlığa Etkileri

Kadının cinsel yaşamı, jinekolojik kanser tanısı ve bu tanının kişisel anlamından, kadında görülen fiziksel etkilerinden, farklı tedavi şekillerinin yakın ve uzun dönemli yan etkilerinden olumsuz olarak etkilenir. Jinekolojik kanser nedeniyle üreme organlarının kaybı ile sonuçlanan cerrahi girişim, birçok kadın için cinsel kimliğe ve beden imajına tehdit olarak algılanmakta ve kendisini cinsel açıdan yetersiz ve eksik hissetmesine neden olmaktadır. Yapılan çalışmalarda cerrahi girişim sonrası kadınlarda cinsel ilişkide doyuma ulaşamama, disparoni, orgazm olamama ve memnuniyet duygusu yaratmayan bir cinsel ilişki yaşandığı saptanmıştır (Green ve ark. 2000, Tangjitgamol ve ark. 2007, Jensen 2007). Kanser tedavileri arasında sıklıkla kullanılan kemoterapi tedavisi sistemik yan etkilerinin yanı sıra menopoz semptomlarına ve infertiliteye neden olabilmektedir. Kemoterapi sonrası cinsel ilgi ve istekte azalma, vajinal kuruluk, disparoni, orgazm olamama ve cinsel çekicilikte

azalma gibi cinsel sorunlar ortaya çıkabilmektedir (Wilmoth ve Spinelli 2000, Usta ve ark. 2005, Sheppard ve Whiteley 2006, Gershenson ve ark. 2007). Tedavide radyoterapinin kullanılması da, kadının cinselliğinde ve fertilitesinde değişikliklere neden olmaktadır. Pelvik radyoterapi sonrasında vajinal kuruluk, stenoz ve adhezyonlar gözlenmekte ve kadınlarda cinsel istekte, uyarılmada, orgazm olabilmeye ve ilişki sıklığında azalmaya ve şiddetli dispareniye neden olmaktadır (Wilmoth ve Spinelli 2000, Klee ve ark. 2000, İrdesel 2006). Kemoterapi ve radyoterapiye bağlı görülebilen çeşitli yan etkiler, kadınlarda fazlasıyla korku ve kaygıya neden olabilmektedir. Bu durumda ise eş ile olan etkin iletişim ve sağlık profesyoneli danışmanlığı tedavinin temelini oluşturmaktadır.

Jinekolojik Kanser Hastalarında Cinsel Yaşamla İlgili Kaygılar

Kadınların yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyen kanserde endişe/kaygılar; fiziksel, psikolojik ve sosyal olmak üzere. hem tanı hem de tedavi sürecinde yaşanmaktadır. Yaşanan bu kaygıların nedenleri aşağıdadır (Reis 2003, Usta ve ark. 2005, Abbott- Anderson ve Kwekkeboom 2012).

Fiziksel kaygılar: kadınların dispareni, vajinal sorunlar (*vajinal kayganlıkta azalma, vajina boyutlarında değişim, vajinal atrofi vb.*), cinsel aktivitede, cinsel doyum/memnuniyette ve cinsel duyarlılıkta azalma, uyarılma gücü, orgazm sorunları, post koidal kanama, cinsel aktiviteyi engelleyen yorgunluk, menopozal semptomlara ilişkin yaşanmaktadır.

Psikolojik kaygılar: kadınların kötü beden imajı, kadınlık algısında azalma, kendini yaşlı hissetme, eksiklik duygusu, cinsel aktiviteye ilginin azalması, cinsel aktiviteden alınan zevkin azalması, cinsel performansla ilişkin korkular, kanseri eşine bulaştırma korkusu, kanser metastazı veya zarar görme nedeniyle ağırlı cinsel ilişki yaşama korkusu ve infertil olma stresine ilişkin yaşanmaktadır.

Sosyal kaygılar ise : kadınların önceki rol ve beklentilerin sürdürülmesi, eşyle cinsel yaşamın sürdürülmesi, eşin duygusal açıdan uzaklaşması, eşin cinsel aktivite ilgi düzeyinde değişiklik hissetmesi, iletişim güçlükleri, eşin kadının bedenindeki değişikliklere verdiği olumsuz tepki, gelecekte eşi ile ilişkilerindeki yakınlığın olumsuz etkilenmesine ilişkin yaşanmaktadır.

Jinekolojik kanserlerde tedavi sürecinde kadında kaygıya neden olan cinselliğe ilişkin sorunlar tablo 1’de özetlenmiştir (Usta ve ark. 2005, Çavdar 2006, Vural ve Vural 2013). Kadının tedavi sürecinde cinsel fonksiyonlarında meydana gelen tablodaki değişiklikler ve kadında yarattığı kaygı, ilacın tipine, ilacın dozuna, tedavi süresine, kadının yaşına ve tedaviden sonra geçen süreye göre değişebilmektedir (Reis 2003).

Jinekolojik Kanser Hastalarında Cinsel Yaşamın Değerlendirilmesi

Cinsel yaşamın değerlendirmesi kanser tanılması ile eş zamanlı başlamalıdır. Sağlık bakım profesyonelleri tarafından yapılan kapsamlı cinsel değerlendirme, kadın ve eşinin hem bireysel hem birlikte ayrıntılı cinsel öykülerinin alınmasını içerir. Hemşirenin alacağı cinsel öykü hastanın genel sağlık durumu, cinsellikle ilgili tutumu, kanser hastalığı ve cinsellikle ilgili inanışları, mitleri, geçmişteki ve mevcut cinsel yaşamını içermelidir (Krychmann ve ark. 2006, Emilee ve ark. 2010).

Tablo1:Jinekolojik Kanserlerde Tedavi Sürecinde Cinselliğe İlişkin Kaygıya Neden Olan Sorunlar

Emosyonel değişiklikler (korku, anksiyete, kayıp) → Cinsel çekicilikte azalma → Azalmış cinsel istek → Cinsel aktivitede azalma	
Cerrahi tedavi süreci	Genital organlarda yapısal değişiklikler → - Disparoni - Uyarılmanın azalması - Vajinal kuruluk - Orgazm olamama → Menopoz öncesi organların cerrahi olarak alınması → - Erken menopoz - Fertilitenin sonlanması
Radyoterapi tedavi süreci →	Vajinal değişiklikler → - Vajinal kuruluk - Vajinal daralma - Vajina boyutunda değişme - Azalmış cinsel istek - Disparoni - Stenoz, fibroz

Kanser tedavilerinin kadın cinsel sağlığı üzerindeki etkileri genel olarak iki düzeyde değerlendirilir.

1. Birinci düzey değerlendirme: Bu değerlendirmenin amacı; hastalığa ve uygulanan tedavilere bağlı olarak ortaya çıkan sorunların belirlenmesidir. Değerlendirmede, kadının genel sağlık durumu, cinsellikle ilgili tutumu, geçmişteki ve mevcut cinsel yaşamı, kanser hastalığı ve cinsellikle ilgili inanışlarına yer verilmelidir (Oskay ve ark. 2011).

Değerlendirme, hastayı zorlamadan, açık uçlu sorularla yapılmalıdır. Değerlendirmede önemli bir nokta, konuşmaya daha genel sorulardan başlanarak özel sorulara geçilmesidir (Demirgöz ve Beji 2009). Örneğin;

- İlişkinizin başlamasından bu yana düşündüğünüzde cinsel yaşamınızı nasıl tanımlarsınız?

- Kanser tanısından sonra cinsel yaşamınızda dikkatinizi çeken bir değişiklik oldu mu?

- Bir değişiklik varsa bu sizin için ne anlam ifade ediyor?

- Kanser tedavisi cinsel yaşamınızı nasıl etkiledi?

Sağlık profesyoneli hasta değerlendirmesinde cinsel öykü alırken aşağıdaki noktalara dikkat etmelidir. Bunlar;

- Mahremiyetin sağlandığı rahat bir ortam hazırlanması,
- Anlaşılır, yalın ve saygılı bir dil kullanılması,
- Hastayı rahatsız etmeyecek konulardan görüşmeye başlanması,
- Aktif dinleme yöntemlerinin kullanılması,
- Bilgilerin gizliliğinin sağlanması,
- Mümkün olduğu kadar cinsel partnerin katılımının sağlanması,
- Açık uçlu sorular ile sorunların saptanmasıdır.

2. İkinci düzey değerlendirme: Birinci düzey değerlendirmede tanımlanan bir cinsel sorunun üzerine odaklanılmasıdır. Sağlık profesyonelleri tarafından kullanılan çeşitli modeller, cinsel yaşamın değerlendirilmesinde kolaylık sağlamaktadır. PLISSIT (Permission- Limited Information- Specific Suggestions- Intensive Therapy) modeli, IMB (Information- Motivation- Behavioral Skills) modeli, ALARM (Activity- Libido- Arousal- Resolution- Medical History) modeli, Kaplan modeli, Triphasic model ve BETTER (Bring up the topic- Explaining that sexuality is part of quality of life- Telling the patient about resources- Timing is key- Educate patients on secondary sexual effects of treatment- Record all assessments and interventions in the medical record) modeli sık kullanılan modeller arasındadır (Shell 2002, Taylor ve Davis 2006).

PLISSIT Modeli: Annon tarafından 1976'da geliştirilen bu model 4 aşamadan oluşmaktadır.

- (P- Permission) İzin verme: Hastanın cinselliğe ilişkin düşünce ve endişelerini ifade etmesine izin verme
- (LI- Limited Information) Sınırlı bilgi verme: Hastalığın ve uygulanan tedavilerin, cinsel yaşam üzerindeki etkileri hakkında bilgi verme ve bilinen yanlış bilgileri düzeltme.
- (SS- Specific Suggestions) Özel öneriler verme: Destek ve verilen sınırlı bilginin yeterli olmadığı durumlarda hastaya özel önerilerde bulunma
- (IT- Intensive Therapy) Yoğun Tedavi: Danışmanın yeterli olmadığı durumlarda hastayı yönlendirme

Kanser ve tedavisine bağlı ortaya çıkan cinsel yaşama ilişkin sorunlar ve bu sorunların neden olduğu kaygıların giderilmesine yönelik PLISSIT modelinin izlenmesi ile yararlı danışmanlık sağlanarak, sorunları tespiti ve tedavisi yapılabilmektedir.

IMB Modeli: HIV ve cinsel yolla bulaşan hastalıkları önlemek amacıyla Fisher & Fisher tarafından 1992 yılında geliştirilmiştir. Özellikle cinsel sağlık ve üreme sağlığı için davranış değişikliği sağlamak için kullanıldığında oldukça etkin bir modeldir (Fisher ve ark. 2006, Oskay ve ark. 2011).

- (I- Information) Bilgi verme: PLISSIT modelinde olduğu gibi bu aşamada kadına cinsellik ve cinsel aktivitelere ilişkin duygu ve düşüncelerini ifade etmesine izin vermeyi içerir.
- (M- Motivation) Motivasyon: Bu aşama bilgi verme aşaması ile birlikte bir sonraki aşama için temel oluşturur. Bilgi verilmiş bireyde olumlu davranış yaratmak ya da olumsuz davranışı olumluya değiştirmek için bireye güçlü bir motivasyon sağlanmasını içerir.
- (B- Behavioral Skills) Davranış geliştirme: Bilgi verme ve motivasyon sağlandıktan sonra davranışların olumlu yönde gelişmesinin beklenmesidir.

Modele göre bireylerin cinsellik ve üreme sağlığı konusunda bilgilerinin olması, motivasyonu arttırarak olumlu davranış geliştirmeyi sağlamaktadır. İyi bilgilendirilmiş bireyler, güçlü bir şekilde motive olmakta ve bu motivasyon da bireyde olumlu davranış değişikliğini sağlamaktadır. Sağlık profesyonelleri, IMB modeli ile bireylerin olumsuz risk davranışlarını değiştirerek ve cinsel kaygılarını gidererek, bireylerde cinsel sağlığı geliştirmede davranış becerileri edinmelerini sağlayacaklardır.

ALARM Modeli: Andersan & Lamb tarafından 1995'te geliştirilen bu model 5 aşamadan oluşmaktadır (Hordern 2008).

- (A- Activity) Cinsel aktivite: Cinsel aktivite sıklığının değerlendirilmesi
- (L- Libido) Cinsel istek: Cinsel ilişkiye istek veya ilginin değerlendirilmesi
- (A- Arousal) Uyarılma ya da orgazm: Uyarılma ve orgazmın değerlendirilmesi
- (R- Resolution) Çözülme: Cinsel ilişki sonrası rahatlama\çözülmenin değerlendirilmesi
- (M- Medical History) Tıbbi öykü: Cinselliği etkileyen tıbbi öykünün alınması

Kaplan Modeli: Helen Kaplan tarafından 1979'da geliştirilen bu model, cinsel yanıt döngüsünde istek evresinin de tanımlanması gerekliliğini ileri sürmektedir. Cinsel sağlığının değerlendirilmesinde bireylerin cinsel fonksiyon şikayetlerinin yanı sıra, psikolojik durumlarını, aile ve psikososyal yaşamlarını, genel sağlık öykülerini, kültürel ve dini inançlarını ve geçmişteki cinsel deneyimlerini vb. değerlendirerek bireye özgü önerilerde bulunmayı kapsar (Oskay ve ark. 2011).

Triphasic Model

Hastanın cinsel fonksiyonlarının değerlendirilmesinde cinsel yanıt döngüsü aşamalarından üç fazı temel alarak (cinsel istek, uyarılma ve orgazm) cinsel problemleri sınıflandırır. Bu şekilde faza özgü sorunlar çözümlenir. Kanser tedavisinin aktif fazında cinsel istekte azalma görülürken, tedavi sonrası lubrikasyonda azalma görülür. Bu nedenle hastanın değerlendirilmesinde, cinsel yanıt döngüsünün hangi aşamasında sorun olduğunun tespiti, problemin çözümü için büyük önem taşır (Rosen ve ark. 2000).

BETTER Modeli: Mick ve ark. tarafından 2004'te geliştirilen bu model altı aşamadan oluşmaktadır. Bu model özellikle kanser hastalarında cinselliğin değerlendirilmesi ve cinselliğe ilişkin iletişim kurulması amacıyla geliştirilmiştir. Baş harfleri ile kısaltılan modelin açıklaması: (Hordern 2008).

- B- Bring up the topic: Cinsellikle ilgili konuların gündeme getirilmesi
- E- Explaining that sexuality is part of quality of life: Cinselliğin yaşam kalitesinin bir parçası olduğunu ve bu konuda tartışmanın önemli olduğunu açıklanması
- T- Telling the patient about resources: Hastaya sorunları çözmek için başka kaynaklar olduğunu söyleme ve gerektiği durumda uzmana yönlendirilmesi
- T- Timing is key: Hastanın konuşmak için hazır olduğu, istediği zamanda tartışılması
- E- Educate patients on secondary sexual effects of treatment: Hastanın tedavinin cinsel yaşam üzerine olumsuz ya da olumlu, geçici ya da kalıcı etkileri konusunda eğitilmesi
- R- Record all assessments and interventions in the medical record: Tüm değerlendirmenin ve girişimlerin tıbbi öyküye kaydedilmesi

BETTER modeli, diğer modellere göre bireysel zamanlama ve hastanın ihtiyaçları doğrultusunda, sağlık profesyonelleri ve hasta arasında daha kapsamlı tartışmayı içerir. Cinsel fonksiyondan çok yaşam kalitesi içerisinde cinselliğin tartışılması, hastalar ile sağlık profesyonelleri arasında açık iletişimin teşvik edilmesi sağlanır.

Sağlık profesyonellerinin, bu modeller rehberliğinde, hastaları için yapacakları en önemli girişim danışmanlık ve eğitim olmalıdır (Barbera ve ark. 2011).

Hastaların Değerlendirilmesinde, Sağlık Profesyonelleri İçin İzlenecek Yol (Krebs 2008, Akyolcu 2008).

- ✓ Cinselliğin anlaşılması ve yaşam kalitesi perspektifi içerisinde değerlendirilmesi
- ✓ PLISSIT, BETTER, ALARM gibi modeller kullanarak hastaların bireysel değerlendirilmesi ve ihtiyaçları doğrultusunda bilgi sağlanması
- ✓ Cinsel kaygıların ve sorunların ortaya çıkarılması
- ✓ Objektif bir dinleyici olunması, kaba ve sabırsız olunmaması
- ✓ Hastanın cinselliği konusunda varsayımlarda bulunmaktan kaçınılması, inanç, davranış ve duygularına ilişkin yargılayıcı olunmaması
- ✓ Değerlendirmede standart ölçek/ formların kullanılması
- ✓ Açık-uçlu geniş sorular sorulması
- ✓ Hasta ve partnerinin soru sormalarının teşvik edilmesi
- ✓ Mahremiyete saygı gösterilmesi
- ✓ Sorunun giderilmesinde kullanabilecekleri kaynaklar konusunda bilgilendirilmeleri ve tedavi gerektiren durumlarda ilgili uzmana yönlendirilmeleri

Jinekolojik Kanser Hastalarında Sağlıklı Cinsel Yaşam İçin Etkin Danışmanlık

Etkin danışmanlıkta hemşirenin sorumluluğu, hastanın yaşadığı cinsel sorunları ifade etmesi için cesaretlendirmek ve meydana gelen değişikliklerle ilgili bilgi vermek, baş etmede yararlanabileceği destek kaynaklarının belirlenmesine yardımcı olmaktır. Hemşire cinsel sorunları tartışmaya başlamadan önce, amacını açıklamalı, hasta ile dostça bir iletişim kurarak, hasta/eşinin cinsel yaşam, beden imajı ve tedavinin etkilerine ilişkin kaygılarını ifade etmelerine olanak sağlamalıdır. Hastayı yargılamadan, yorum yapmadan, dikkatli ve sakin bir şekilde dinlemelidir. Cinsel yaşamda, hastanın kültürel ve dini inançlarının da etkili olduğu gerçeğini göz ardı etmemelidir. Hasta/eşinin gereksinimlerine ve öğrenmek istedikleri konulara öncelik vermeli; soruları yanıtlarken açık ve samimi olmalı ve tedavi gerektiren durumlarda ilgili uzmana yönlendirmelidir (Wilmoth ve Spinelli 2000, Shell 2002, Akyolcu 2008, Scott ve Kayser 2009).

Hasta iletişimde, açık- uçlu soruların sorulması ve genel problemlerin ifade edilerek hastanın cevap vermesinin kolaylaştırılması sıklıkla kullanılan yöntemlerdir. Açık uçlu sorular hastanın korku ve endişelerinin derinlemesine anlaşılmasına olanak sağlar. Tablo 2'de hasta ile iletişimi başlatan, kanser ile cinsel fonksiyonun değerlendirilmesinde kullanılabilecek açık uçlu sorulara örnek verilmiştir (Stilos ve ark. 2007).

Tablo 2: Hasta İle İletişimi Başlatan Açık- Uçlu Sorular

Tanı- tedavi sürecinde
<ul style="list-style-type: none">• Bu tanı eşiniz ile olan ilişkinizi nasıl etkiledi?• Kanser tanısı almış birçok birey, tedavi sırasında cinsel ilişkilerinden kaygı duymaktadırlar. Sizin bu konuda ne tür kaygı ve sorularınız var?• Kanser tanısı almış birçok birey ve eşinin, tedavi bittikten sonra cinsel ilişkiyi sürdürmeye yönelik soruları mevcut. Siz hangi konuda bilgi almak isterdiniz?• Kanser tedavisi ve cinselliğe ilişkin çeşitli kaygılarınız olabilir. Sizin bu konuda ne tür kaygılarınız var?
Tedavi sonrası
<ul style="list-style-type: none">• Kanser tanısı almış birçok birey, tedavi sonrası sıklıkla cinsel yaşamlarında değişiklik ifade ederler. Sizin cinsel deneyiminiz değişti mi? Bu konuda tartışmak ister misiniz?• Aynı tedaviyi alan kadınlar, genellikle benzer şikayetleri tanımlarlar. Siz ne tür şikayetler yaşadınız?
Palyatif bakım sırasında
<ul style="list-style-type: none">• Sağlığınız ilişkilerinizi nasıl etkiliyor?• Cinsel ihtiyaçlarınızı karşılamada sizin ya da eşinizin ne tür kaygı ya da soruları var?• Cinsel yaşamınızı sürdürmeniz konusunda sizin ya da eşinizin ne tür kaygı ve soruları var?

Jinekolojik Kanser Hastalarında Cinsel Yaşama İlişkin Kaygıların Giderilmesinde Destekleyici Öneriler

Cinsel sorunların çoğu, psikolojik ve tıbbi tedaviye gerek kalmadan, konuya ilişkin eğitim ve önerilerle giderilebilir.

- Duygusal ve cinsel uyumu sağlamada en önemli faktörlerden birisi eşler arasında sağlıklı iletişimin sağlanması ve sürdürülmesidir. Eşler arasındaki ilişkiler, kanser tanısı öncesi güven dolu, paylaşıma dayalı bir ilişki ise, bu sorunun üstesinden gelmek daha kolay olacaktır. Eğer eşler arasında bir iletişimsizlik ya da geçimsizlik var ise, kanser varlığı sorunları daha da artırabilir.
- Eşler arasındaki iletişim ve duygu paylaşımı jinekolojik kanser nedeniyle güçleşebilir. Çoğunlukla eşler, kadınların ne hissettiğini bilmezler. Kadın kendisinde gelişen duyguları eşi ile açık bir şekilde konuşması konusunda cesaretlendirilmelidir.
- Eşler karşılıklı olarak duygularını, kaygılarını ve tercihlerini ifade ederek, cinsel yaşamlarında neyin değerli olduğuna birlikte karar vermelidir.
- Hastalarda tedavi sonrası kendini eksik hissetme, çekiciliğini yitirdiğini düşünme, bedeni bir bütün olarak algılayamama gibi çeşitli duygular yaşanabilir. Cinsel ilişkiye kendisini hazır hissettiğinde başlaması ve bunu eşiyle paylaşması konusunda cesaretlendirilmelidir.
- Birçok hasta, tedavi sonrası ilk cinsel deneyimlerini endişe ve korku içinde yaşarlar ve sıklıkla cinsel ilişkiden kaçınma davranışı gösterirler. Hemşirenin hastaya vücudunu sevmeyi tekrar öğretmesi, cinsel ilişkiye kendisini hazır hissettiğinde başlaması, cinsellik ifadesinin sadece cinsel ilişki olmadığı, cinsel ilişkiye

odaklanmak yerine duygusal yakınlığın ön planda olmasının da yararlı olacağı anlatılmalıdır.

- Ön sevişme için çiftlerin kendilerine zaman tanımaları, oral- genital seks ya da karşılıklı mastürbasyon gibi çeşitli cinsel aktiviteler ve yeni sevişme pozisyonları denemeleri önerilebilir.
- Meydana gelen fiziksel değişimlere ilişkin olumlu beden imajı geliştirmede, peruk, değişik giysi seçenekleri, iyi bir vücut hijyeni ve hoş kokular gibi olası baş etme yöntemleri tartışılmalıdır.
- Hemşire, cinsel istek kaybı ve orgazm güçlüğü için romantik bir ortam, masaj, birlikte banyo, erotik giysiler, kokular, vibratör kullanma, erotik filmler, geçmişteki olumlu cinsel deneyimleri canlandırma ve yeni cinsel fanteziler oluşturma gibi davranış girişimlerini tartışmalıdır. Kegel egzersizleri özellikle postmenopozal dönemdeki hastalara vajinaya kan akımını uyarmak, kayganlığı artırmak ve orgazma katkıda bulunmak amacıyla önerilmelidir. Kadınlara genital kan akımını arttırmak için Eros-Klitoral Terapi aracının kullanımı da önerilebilir.
- Vajinal kuruluk sorunu olan kadınlara vajinal nemlendirici olarak K-Y jel gibi rensiz, parfümsüz ve su bazlı kayganlaştırıcı önerilebilir. Vajinal östrojen de minimal sistemik etkileri olduğundan şikayetlerin giderilmesinde kullanılabilir. Ancak bu konuda yeterli araştırma yoktur.
- Eşler birbirlerine dokunarak, okşayarak yeni erotik alanların bulunması konusunda teşvik edilmelidir.
- Cinsel birleşme sırasında vajinal girişte rahatsızlık yaşayan kadınların Kegel egzersizleri ile pelvik kaslarını gevşetmesi, cinsel uyarılma sorunu yaşayan kadınların video, vibratör gibi yardımcı araçlardan yararlanmaları, gevşeme tekniklerini kullanmaları sorunların giderilmesinde ya da en aza indirgenmesinde yardımcı olabilir.
- Cinsel birleşme sırasında ağrı yaşayan kadınlara analjezik jeller önerilirken, ağrıya neden olmayacak farklı pozisyonlar denemeleri de hatırlatılmalıdır.
- Vajinal darlık yaşayan kadınların vajinal halka (ring) kullanması ya da dilatör ile haftada en az üç kez vajinalarını dilate etmeleri yararlı olabilir.
- Kemoterapiden sonra sitotoksik ilaçların vücuttan atılımı vücut sıvıları yoluyla olduğu için kadına tedavi sonrası ilk 48 saat, cinsel ilişki sırasında kondom ve oral seks için oral bariyerlerin kullanılması önerilmelidir.
- Kemoterapi ilaçlarının bağışıklık sistemini baskılaması nedeniyle kadınlarda mantar, genital herpes veya kondilom görülme sıklığı arttığından güvenli cinsel davranışlar önem kazanmaktadır. Kadına, lökosit sayısı $3000 \text{ mm}^3/\text{dl}$ altında veya trombosit sayısı $50.000 \text{ mm}^3/\text{dl}$ altında ise enfeksiyon veya kanama riski açısından cinsel ilişkiden kaçınması gerektiği konusunda bilgi verilmelidir.
- Radyoterapiden sonra yorgunluk, bulantı, kusma ve deride oluşabilecek eritemler kadının cinselliğini etkileyebileceği; ancak radyoterapinin bulaşıcı olmadığı ve eşine zarar vermeyeceği de anlatılmalıdır.
- Cinsellikle beraber psikolojik sorunları olan hastalar psikoloğa yönlendirilmelidir.

- Yaşlı kadınların da cinsel olarak aktif olabileceği ve görünümünün iyi olmasını isteyebileceği, cinsel yaşamla ilgili tanılama ve önerilere gereksinim duyabileceği de dikkate alınmalıdır (Akyolcu 2008, Scott ve Kayser 2009, Katz 2009, Oskay ve ark. 2011).

Psikoterapi

Kanser tanısı almış bireyin, zarar gören benlik değerinin yeniden kazandırılmasına yardım etmek amacıyla kendisinin yeni bir yaşam planı kurması desteklenmektedir. Psikoterapideki amaç yanlış anlamaların düzeltilmesi, kayıplar kabullenilmesi, bireyin güçlü yönlerini ortaya çıkararak bunu fark etmesinin sağlanmasıdır. Böylece bireyin karşılaştığı olumsuzluklarla başa çıkabilmesi, kendine özgü baş etme yolları geliştirilmesi desteklenir. Eşlerin karşılıklı olarak sorunları tartışması ve destek gruplarına katılmaları, psikoterapi sürecinin etkinliğinde yararlı olabilmektedir (Metz ve Önen 2001).

Esnek Düşünce Tarzı Oluşturma Modeli

Cinsel işlev sorunlarına yönelik esnek düşünce tarzı oluşturma, çiftin bu problemlerle başa çıkabilmesinde etkin bir yöntem olabilir. Modele göre esnek düşünce ve davranışlar, etkin bir baş etme strateji oluşturarak olumlu psikososyal sonuçları doğurmaktadır. Tablo 3'te esnek düşünce tarzı oluşturma modeline örnek verilmiştir (Reese ve ark. 2010).

Tablo 3: Esnek Düşünce Tarzı Oluşturma Model Örneği

Baş etme süreci evreleri	Katı düşünce tarzı	Esnek düşünce tarzı
Düşünce	Kanser cinsel yaşamımızı mahvetti. Bir daha ilişkide bulunmamız mümkün değil	Kanser cinsel yaşamımızı değiştirdi. Ancak öncekinden farklı yollarla hala iyi bir cinsel yaşamımız olabilir
Davranış	Cinsel aktiviteden kaçınma	Cinsel ilişki içermeyen yollarla cinselliğin ifade edilmesi (Karşılıklı mastürbasyon yapma, okşama, sarılarak yatma) Farklı pozisyonlar deneme
Sonuçlar	Olumsuz ruh hali Cinsel işlev bozukluğu Eşler arasındaki ilişkilerde bozulma	Olumlu ruh hali Cinsel işlevlerde gelişme Eşler arasındaki ilişki ve iletişimde gelişme

SONUÇ

Sonuç olarak; jinekolojik kanser tanısı konan ve çeşitli tedavi süreci geçiren kadınların, cinsel yaşamlarına ilişkin yaşadıkları kaygıların giderilmesinde sağlık bakım profesyonellerinin rolü oldukça büyüktür. Multidisipliner ekip içerisinde özellikle hemşirelere kanser hastalarının cinsel fonksiyonlarını etkileyen faktörlerin

belirlenmesinde, cinsel konularla ilgili yaşanabilecek problemlerin saptanmasında ve bireylerin bu problemlerle baş etmelerinin sağlanmasında danışman ve rehber olarak önemli görevler düşmektedir. Hemşireler, bireylerin cinselliğe ilişkin yaşadıkları sorunları ve sorunların neden olduğu kaygıları değerlendirmeli, bu kaygılarla başa çıkmaları konusunda kendilerini ve eşlerini cesaretlendirilmelidir. Cinselliği tartışmada uygun zaman ve doğru iletişim tekniklerini kullanmak önemlidir. İletişim için etkin dinleme, etkin soru sorma, sessizliği kullanma, yansıtma, özet yapma gibi teknikleri kullanılmalıdır. Bu doğrultuda, bireylerin cinsel yaşamlarının klinikte uygun modeller kullanılarak değerlendirilmesi sorunların kolayca tanımlanmasını ve sağlık profesyonellerinin saptanan sorunlara ilişkin etkin danışmanlık ve eğitim hizmeti vermesini sağlayacaktır (Reis 2003, Demirgöz ve ark. 2009). Ayrıca, hemşireler kanserli hastaya cinsel sağlık değerlendirmesi sonrası gerektiğinde bir cinsel uzmana sevk edebilme olanağına da sahip olabilmelidir. Cinsel sağlık eğitimi ve sorunların giderilmesine yönelik girişimlerin etkinliğini değerlendirmek için kanıta dayalı araştırmalar yapılması gereklidir. Bu araştırmalar onkoloji hemşirelerine en doğru şekilde bütüncül hemşirelik bakımı sunmaları için rehberlik edecektir (Oskay ve ark. 2014).

KAYNAKLAR

- Abbott- Anderson K, Kwekkeboom KL. A systematic Review of Sexual Concerns Reported By Gynecological Cancer Survivors. *Gynecologic Oncology* 2012; 124: 477-489.
- Akyolcu N. Meme Kanseri Cerrahi Girişim Sonrası Cinsel Yaşam. *Meme Sağlığı Dergisi* 2008; 4(2): 77-83.
- Barbera L, Fitch M, Adams L, Doyle C, Dasgupta T, Blake J. Improving care for women after gynecological cancer: the development of a Sexuality Clinic. *Menopause* 2011 Dec;18(12): 1327-33.
- Bourgeois-Law G, Lotocki R. Sexuality and gynaecological cancer: a Needs Assessment. *The Canadian Journal of Human Sexuality* 1999; 8(4): 231-40.
- Çavdar İ. Meme Kanseri Hastalarda Cinsel Sorunlar. *Meme Sağlığı Dergisi* 2006; 2(2): 64-6.
- Demirgöz M, Beji NK. Jinekolojik Kanser Ve Tedavilerinin Kadın Cinsel Sağlığına Etkileri. *Androloji Bülteni* 2009; 36 Mart: 82-6.
- Emilee G, Ussher JM, Perz J. Sexuality After Breast Cancer: A Review. *Maturitas*. 2010 Aug; 66(4): 397-407.
- Fisher JD, Fisher AW, Amico KR, Harman JJ. An Information-Motivation-Behavioral Skills Model Of Adherence To Antiretroviral Therapy. *Health Psychol* 2006; 25(4): 462-73.
- Gershenson DM, Miller AM, Champion VL, Monahan PO, Zhao Q, Cella D. ve ark. Gynecologic Oncology Group. Reproductive and Sexual functional Terplatinum-Based Chemotherapy in Long-Term Ovarian Germ Cell Tumor Survivors: *J Clin Oncol*. 2007 1; 25(19): 2792-7.
- Green MS, Naumann RW, Elliot M, Hall JB, Higgins RV, Grigsby JH. Sexual dysfunction following vulvectomy. *Gynecol Oncol* 2000; 77(1):73-7.
- Hordern A. Intimacy and sexuality after cancer. *Cancer Nursing* 2008; 31(21):9-17.
- İrdesel J. Kanser Hastalarında Geç Komplikasyonlar, Cerrahi, Kemoterapi ve Radyoterapiye Bağlı Sorunlar. *Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Dergisi* 2006; 2(10): 59-64.
- Jensen PT. Gynaecological Cancer and Sexual Functioning: Does treatment modality have an impact? *Sexologies* 2007; 16(4): 279-85.

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.

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

Klee M., Thranov I., Machin D. The Patients' Perspective On Physical Symptoms After Radiotherapy For Cervical Cancer. *Gynecol. Oncol* 2000; 76: 14-23.

Krebs LU. Sexual Assessment in Cancer Care: Concepts, Methods, and Strategies for Success. *Seminars in Oncology Nursing* 2008; 24(2): 80-90.

Krychmann ML, Pereira L, Carter J, Amsterdam A. Sexual Oncology: Sexual Health Issues In Women With Cancer. *Oncology* 2006; 71: 18-25.

Mete HE, Önen Ö. Kanserli Hastalarda Depresyon. *Duygudurum Dizisi* 2001;4:184-91.

Oskay ÜY, Beji NK, Bal MD, Yılmaz SD. Evaluation of Sexual Function in Patients With Gynecologic Cancer And Evidence-Based Nursing Interventions. *Sex Disabil* 2011; 29(1): 33-41.

Oskay U, Can G, Başgöl S. Discussing Sexuality with Cancer Patients: Oncology Nurses Attitudes and Views. *Asian Pac J Cancer Prev* 2014; 15 (17): 7321-7326.

Reese JB, Keefe FJ, Somers TJ, Abernethy AP. Coping with Sexual Concerns After Cancer: The Use of Flexible Coping. *AP Support Care Cancer*. 2010 Jul; 18(7): 785-800. Reis N. Jinekolojik Kanser ve Tedavilerinin Kadın Cinsel Sağlığına Etkileri. *C.Ü.Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2003; 7(2): 35-40.

Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R. ve ark. The Female Sexual Function Index (FSFI): a Multidimensional Self-Report Instrument For The Assessment of Female Sexual Function. *J. Sex Marital Ther* 2000; 26: 191-208.

Scott JL, Kayser K. A Review of Couple-Based Interventions For Enhancing Women's Sexual Adjustment And Body Image After Cancer. *Cancer J* 2009 Jan-Feb; 15(1): 48-56.

Shell J.A. Evidence-Based Practice For Symptom Management in Adults With Cancer: Sexual Dysfunction. *Oncol. Nurs. Forum* 2002; 29(1): 53- 69.

Sheppard C, Whiteley R. Psycho Sexual Problems After Gynaecological Cancer. *J Br Menopause Soc*. 2006 Mar; 12(1): 24-7.

Stattford L, Judd F. Long-Term Quality of Life in Australian Women Previously Diagnosed With Gynaecologic Cancer. *Support Care Cancer* 2011; 19(12): 2047-56.

Stilos K, Doyle C, Daines P. Addressing The Sexual Health Needs of Patients With Gynecologic Cancers. *Clinical Journal of Oncology Nursing* 2007; 12(3): 457-63.

Tangjitgamol S, Manusirivithaya S, Hanprasertpong J, Kasemsarn P, Soonthornthum T, Leelahakorn S. ve ark. Sexual Dysfunction in Thai Women With Early-Stage Cervical Cancer After Radical Hysterectomy. *Int J Gynecol Cancer* 2007; 17(5): 1104-12.

Taylor B, Davis S. Using The Extended PLISSIT model to Address Sexual Health Care Needs. *Nurs Stand*. 2006; 21(11): 35-40.

Usta YÖ, Durmaz AA, Çetinkaya Y, Altın T, Ünlü D. Kemoterapi Alan Hastaların Tedaviye Bağlı Yaşadıkları Semptomlar ve Yaşam Kalitesine Olan Etkisinin İncelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2005; 21 (1): 13-31.

Vural Ö, Vural G. Kemoterapi Alan Jinekolojik Kanserli Hastaların Hemşirelik Bakım Memnuniyetlerinin Belirlenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi* 2013; 6(1): 17-25.

Wilmoth MC, Spinelli A. Sexual Implications of Gynecologic Cancer Treatments. *JOGNN* 2000; 29(4): 413-21.