



Kanserli Kadınlarda Cinsel Sorunlar

Sexual Problems in Women with Cancer

Ayşe ÇİL AKINCI¹ , Sena Dilek AKSOY²

¹İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İstanbul, Türkiye

²Kocaeli Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, Kocaeli, Türkiye

ÖZ

Başta meme ve jinekolojik kanserler olmak üzere tüm kanserler ve tedavi yöntemleri cinsel fonksiyonları etkilemekte olup hastalık sonrası dönemde de cinsel sorunlar devam etmektedir. Cinsel işlevin sürdürülmesi sağlıklı kişilerde olduğu kadar kanserli hastalarda da önemlidir. Sağlık ekibi kanser sürecinde cinsel sorunların ortaya çıkmasını önleme, çözümü konusunda hastalara danışmanlık ve destek vermesi yükümlüdür. Cinsel sorunlara çözüm getirebilmek için cinselliği değerlendirirken biyo-psikososyal yaklaşımı kullanmak bütüncül bir bakış açısı sağlar. Meme ve jinekolojik kanserler, kadınlarda cinsel sorunlara neden olan önemli sağlık sorunları olmakla birlikte, kolorektal kanserler, baş ve boyun kanserleri ve kanser sürecinde uygulanan tedavi yöntemleri de kadınlarda cinsel sorunların oluşumuna zemin hazırlamaktadır. Bu makalede kadınlarda cinsel sorunlara neden olan kanser türleri ve tedavi yöntemleriyle, kanserli kadınlarda ortaya çıkan cinsel sorunların sıklığı ve nedenleri hakkında bilgiler yer almaktadır.

Anahtar kelimeler: Kadın, kanser, cinsel sorun

ABSTRACT

All cancers and treatment methods, especially breast and gynecological cancers, affect sexual functions, and sexual problems continue during postdisease period. Maintenance of sexual function is important in healthy people, and cancer patients as well. A healthcare team is obliged to counsel and support the patient in preventing and resolving sexual problems during the cancer. Adopting a bio-psycho-social approach during evaluation of sexuality so as to provide solutions to sexual problems provides a holistic perspective. Although breast and gynecological cancers are major health issues that cause sexual problems in women, colorectal cancers, head and neck cancers, and treatment modalities applied during the cancer process also predispose to sexual problems in women. This study provides information on cancer types and treatment methods that cause sexual problems in women and the frequency and causes of sexual problems in women with cancer.

Keywords: Female, cancer, sexual dysfunction

GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü cinsel sağlığı, “Cinsellikle ilişkili olarak fiziksel, duygusal, zihinsel ve sosyal yönlerden iyi olma halidir.” şeklinde tanımlar^(1,2). Yaşamın önemli bir parçası olan cinsel yakınlık ve cinsellik, fiziksel sağlık, psikolojik iyilik, beden imajı algısı ve genel ilişki durumu gibi çeşitli faktörlerden etkilenir⁽³⁾. Cinsel yakınlık yalnızca cinsel ilişkide bulunmak olmayıp öpüşmek, dokunmak, sohbet etmek, sarılmak, okşamak, masaj yapmak, erotik öyküler okumak

ya da şakalar yapmak, aşk, karşılıklı beğenme, birlikte olmaktan mutlu olma, bu konuda hayaller kurma ve bazen yalnızca bakışmadır⁽⁴⁾.

Cinsel organı etkileme durumuna bakılmaksızın tüm kanserler cinsel fonksiyonları bozabilmekte ve hastalık sonrası dönemde de cinsel sorunlar devam edebilmektedir. 12 farklı kanser türünden herhangi biriyle karşılaşan hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada, kanser tanısından iki yıl sonra bile kadın hastaların %13’ünde güçlü, %40’ında orta, %30’unda zayıf

Yazışma adresi: Dr. Sena Dilek Aksoy,
Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü,
Umuttepe Yerleşkesi 41650 Kocaeli - Türkiye
e-posta: senadilek2010@gmail.com

ORCID

A.C.A. 0000-0001-8270-0446
S.D.A. 0000-0003-4366-5056



© Telif hakkı G.O.P Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi. Logos Tıp Yayıncılık tarafından yayınlanmaktadır.
Bu dergide yayımlanan bütün makaleler Creative Commons Atıf-GayriTicari 4.0 Uluslararası Lisansı ile lisanslanmıştır.

© Copyright Association of Publication of the G.O.P. Taksim Training and Research Hospital.
This journal published by Logos Medical Publishing.

Licensed by Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0)

Atf vermek için: Çil Akıncı A, Aksoy SD.
Kanserli kadınlarda cinsel sorunlar. Jaren.
2019;5(2):156-62.

Alındığı tarih: 01.06.2018
Kabul tarihi: 07.12.2018

düzeyde cinsel fonksiyon bozukluğu bildirilmiştir ⁽⁵⁾. Kanserli hastalarda görülen cinsel sorunlar hastalık bölgesine göre de farklılık göstermektedir ⁽⁶⁾. Serviks kanserinde %66,7 ⁽⁷⁾, jinekolojik kanserlerde %65 ⁽⁸⁾, meme kanserinde %75 ⁽⁹⁾ oranında cinsel fonksiyon bozukluğu belirlenmiştir.

1. Kanserli Kadınlarda Cinsel Sorunların Nedenleri

Cinselliği direkt ya da dolaylı olarak etkileyen sağlık sorunları cinsel işlevi bozmakta ve dolayısıyla bireylerde fiziksel, ruhsal ve sosyal sorunlara neden olabilmektedir. Sağlıklı bir cinsel yaşam sağlıklı kişilerde olduğu gibi kanserli hastalarda da önemlidir ⁽¹⁰⁾. Kanser tanısından sonraki ilk dönemde gelişen ölüm korkusu, yaşamın tüm alanlarını etkilese de zamanla kanserli bireylerin çoğu cinsel işlevler de dahil olmak üzere normal yaşama adapte olmayı başarır ⁽¹¹⁾. Kanser biyolojik süreci, tedavinin yan etkileri, ilave sağlık sorunları ve kullanılan ilaçlar, cinselliği ve üreme sağlığını etkilemektedir. Bu biyolojik sürecin yanında psikolojik ve kişilerarası faktörler, hasta ve ailesinin dini inançları ve yaşanılan toplumdaki kültürel normlar gibi birçok neden kanser hastasının

Tablo 1. Biyo-Psiko-Sosyal Yaklaşım Göre Cinsel Sorunların Nedenleri ^(11,13,14).

Cinsel Sorunların Nedenleri
Biyolojik
Organların cerrahi olarak çıkarılması (ekstremiteler, meme, uterus, vulva)
Cerrahiye bağlı vücut bütünlüğünde bozulma, şekil bozukluğu, cerrahi yara drenajı
Duyu kaybı, ağrı, hareket kısıtlılığı
Yorgunluk düzeyinde artma
Alopesi
Yüzde istenmeyen tüyler
Kilo alımı veya kaybı
Hormonal değişiklikler (erken menopoz, vajinal lubrikasyonda azalma)
Vajinal darlık
Cinsel ilişki sırasında ağrı
Enfeksiyonlara duyarlılık (kandida, genital herpes, genital siğiller)
Psikolojik
Duygular (depresyon, anksiyete)
Bilişsel (beden imgesi ve benlik saygısında azalma, olumsuz düşünme)
Motivasyon (öz-yeterlik)
Yaşamın anlamını sorgulama
Sosyal ve Kültürel
Dini inançlar
Kültürel değerler, kanser bulaşıcıdır gibi mitlere inanma
Sosyal normlar (aile rolü, sosyal rol, cinsiyet rolü)
Kişiler arası
İlişki uyumsuzluğu
Cinsel yakınlık korkusu
İletişim eksikliği

cinselliğinde etkilidir ⁽¹²⁻¹⁴⁾ (Tablo 1). Sağlık ekibinin kanser sürecinde olası cinsel sorunların ortaya çıkmasının engellenmesi ve çözümü konusunda hastalara danışmanlık ve destek vermesi gerekir ⁽¹⁵⁾. Cinsel sorunlara çözüm getirebilmek için cinselliği değerlendirirken biyo-psiko-sosyal yaklaşımı kullanmak bütüncül bir bakış açısı sağlar ^(13,16).

2. Jinekolojik Kanserlerde Cinsel Sorunlar

Jinekolojik kanserler ve tedavileri doğrudan kadın cinsel organlarını etkilediğinden cinsel fonksiyon bozukluklarına neden olan belki de en önemli kanserlerdir. Fiziksel yakınmaların yanında korku, depresyon, kaygı, stres, beden görüntüsündeki değişiklikler ve benlik saygısında azalma gibi psikolojik nedenler de cinsel sorunlara neden olabilmektedir ⁽¹²⁾. Kanserli kadınların yaşadıkları anksiyete, sempatik sinir sistemi aktivitesinin artmasına ve parasempatik sinir sisteminin inhibisyonuna neden olur. Böylece genital vazokonjesyonu azaltıp cinsel uyarının bozulmasına yol açar. Vazokonjesyonun azalması kadında lubrikasyonun azalmasına, buna bağlı olarak disparoni ve vajinusmus sorunları yaşamalarına neden olur ve cinsel yaşamı olumsuz etkiler ⁽¹⁷⁾. Özellikle anksiyetesi ve depresyonu olan kanserli hastalarda cinsel disfonksiyonun daha yaygın görüldüğü bildirilmektedir ⁽¹⁸⁾.

Jinekolojik kanserlerin tedavisinde cerrahi, radyoterapi, kemoterapi ve endokrin tedavi uygulanır ⁽¹⁹⁾. Kanser tedavisi ile ilişkili olarak kadınlarda cinsel istekte azalma, cinsel uyarılmada zorluk, disparoni, tekrarlayan vajinal enfeksiyonlar, vajinal atrofi, vajinal lubrikasyonda azalma, kadınlığını kaybetme hissi, tüm cinsel aktivitelerin bırakılması, menopoz semptomları ile ilgili zorluklar ve infertilite görülmektedir ^(12,20). Cinsel sorunlar yalnızca organ fonksiyonlarındaki sorunlar nedeniyle oluşmayıp kadınlığın kaybı kaygısı, cinsel ilişkide bulunma korkusu ve benlik saygısında azalmaya bağlı olarak da ortaya çıkabilmektedir ^(19,21). Birçok kadın kadınlığı çocuk sahibi olma yeteneği ile ölçmekte olup bu yetenek ortadan kalktığına, organik neden olmasa bile cinsel işlev bozuklukları yaşayabilmektedir ⁽¹²⁾.

Birçok jinekolojik kanserde cerrahi prosedürler tedavinin merkezinde yer alır ^(13,22). Kemoterapi ve radyoterapi ile ilişkili cinsel fonksiyon bozukluğu genellikle tedavi tamamlandıktan sonra sona ererken, cerrahi-



ye bağı anatomik sorunlar hastanın cinselliği üzerinde uzun süreli bir etkiye sahip olabilir ⁽²³⁾.

Jinekolojik kanserlerin cerrahi tedavisi sıklıkla radikal histerektomi, bilateral salpingo-ooferektomi, vulvektomi ve kansere neden olan organın çıkarılması şeklinde olmaktadır. Uygulanan cerrahi prosedürler kadınların cinsel fonksiyonları üzerine farklı etkiler gösterebilmektedir. Cerrahi işlemler sıklıkla vajinal lubrikasyonda azalmaya, penil-vajinal ilişkide zorluklara, ağrıya, beden imajında ve benlik saygısında azalmaya, pelvik organları innerve eden sinirlerin kesilmesi veya hasar görmesi sonucu uyarılma bozuklukları ve orgazmik rahatsızlıklara yol açabilir ^(13,23). Genç hastalara uygulanan bilateral salpingo-ooferektomi östrojen yoksunluğu nedeniyle erken menopoza neden olabilir ^(6,19,22,23). Östrojen eksikliği beyin kimyasını ve birçok nörotransmitter aminlerin konsantrasyonunu değiştirerek sıcak basmaları, uyku bozuklukları, depresyon ve ruh halinde değişikliklere neden olur ⁽¹⁷⁾. Yine hastalarda bilateral salpingo-ooferektomiye bağlı over kaynaklı testosteron kaybı olacağından cinsel uyarılma sorunları yaşanabilir ^(22,23). Diğer yandan ileri evre jinekolojik kanserlerde yapılan geniş çaplı cerrahi girişimler ve bağırsak rezeksiyonları stoma ve kolostomi açılmasını gerektirebilmektedir ⁽²²⁾. Kolostomi gibi cerrahi girişimlerin beden imajı ve benlik saygısını etkilemesi nedeniyle cinsel işlevler bozulabilir ^(6,12,13,22). Cerrahi tedaviye ek olarak radyoterapi ya da kemoterapi tedavisi ya da her ikisinin birden kullanılması cinsel sorunları daha da artırabilir ^(19,20).

Radyoterapi external radyoterapi ya da brakiterapi şeklinde uygulanmaktadır. Pelvik alana uygulanan external radyoterapi genellikle servikal ve bazı endometriyal kanserler için primer tedavidir ⁽²²⁾. External radyoterapi pelvik alana uygulandığında over yetmezliği, genital bölgede sinir hasarı, vajinal atrofi, vajinal fibrozis, vajinal stenoz, vajinal tahriş, bunun yanında cinsel tatminde, orgazm yeteneğinde, libidoda, ilişki sıklığında ve lubrikasyonda azalma gibi cinsel organlarla ilgili sorunlara neden olabilir. Ayrıca diyare, yorgunluk, idrar veya dışkı tutamama, irritasyon ve ağrı gibi genel semptomlar cinsel ve üreme işlev bozukluğu yapabilir ^(12,13,19,23,24). Kadınlarda geçici veya kalıcı infertilite, radyoterapi dozu, radyoterapi uygulanan doku hacmi, overlerin radyoterapiye maruz kalma süresi ve yaşla ilişkilidir. Kalıcı etkiler

en sık toplam doz, yer, tedavi süresi, yaş ve önceki doğurganlık durumuyla ilişkilidir. Eksternal radyoterapi sırasında doğurganlığın devam etmesine yardımcı olmak için overlerin radyoterapi alanından uzaklaştırılması, overlerin uterus orta hattına, iliak kremlere ya da üst abdomene taşınması gibi cerrahi girişimler kullanılabilir ⁽¹²⁾. Endometriyal kanserli olup, eksternal radyoterapi ya da vaginal brakiterapi ile tedavisi tamamlanan hastaların uzun dönem yaşam kalitesi ve cinsel fonksiyonları kıyaslandığında external radyoterapi tedavisinin vaginal brakiterapiye kıyasla yaşam kalitesi ve cinsel fonksiyonlarını olumsuz yönde etkilediği bildirilmiştir ⁽²⁵⁾.

Kemoterapiye bağlı üreme ve cinsel işlev bozukluğu ilacın türü, dozu, tedavi süresi, tedaviyi alan hastanın yaşı, cinsiyeti ve tedaviden sonraki süre ile ilgilidir. Kemoterapinin yan etkileri ile baş etmek için çoklu ajanlarla yapılan kombinasyon tedavisi infertilite veya cinsel işlev bozukluğuna neden olabilir ⁽¹²⁾. Kemoterapinin yan etkisi nedeniyle kadın hastalar dispareni, vajinal lubrikasyonda azalma, libido azalması, anorgazm ve vücut görüntüsündeki değişikliklerden yakınabilirler ⁽³⁾. Birçok kemoterapötik ilaç kadının cinsel ilgisini veya uyarılmasını sınırlandırabilen yorgunluk, halsizlik, bulantı ve kusma gibi ciddi yan etkilere neden olur. Çeşitli ajanların alopesiye neden olmasından dolayı kadınların beden algısını ve beden imajını olumsuz etkileyerek cinsel istekte azalmaya neden olduğu görülmüştür ^(6,23,24,26). Genç kadınlarda kemoterapi, amenore ve erken menopoza neden olabilir. Kemoterapi primordial foliküllerin doza ve ilaca bağımlı bir şekilde olgunlaşmasını engellediğinden daha fazla folikülü olan genç hastaların kemoterapi sonrası over fonksiyonlarını yeniden kazanma şansı daha yüksektir fakat ^(12,23) 35 yaş üstü kadınlarda menopoza girme olasılığı artar ⁽²²⁾. Kemoterapiden sonra ani olarak menopoza girme, kadınlarda cinsel ilgiyi ve cinsel işlevi etkiler. Libidoyu azaltır, vazomotor semptomlara ve infertiliteye neden olur ^(6,24). Alkile edici ajanlar infertiliteye neden olan başlıca kemoterapötik ajan olmakla birlikte, özellikle taksanlar, sitozin arabinosid, 5-Fluorourasil, vinblastin, sisp latin ve prokarbazin gibi bazı ilaçlar da infertilite yapabilir. Bu ilaçların bir arada kullanılması ise infertilite süresinin uzamasına neden olur ^(12,23). Kemoterapi, üriner sistem enfeksiyonları ve kandida enfeksiyonlarıyla birlikte vajinal tahriş, genital herpes ve human papilloma virüsün alevlenme riskine ve dolaşımdaki

androjenlerde azalmalara bağlı istek ve uyarılma değişikliklerine sebep olabilir ⁽¹²⁾.

3. Meme Kanserinde Cinsel Sorunlar

Ölümcül olabilen meme kanserinin tedavisi cerrahi, kemoterapi, radyoterapi ve endokrin tedavi şeklinde olabilir. Bu tedavilerin her birinin kadının cinselliği üzerinde olası etkileri olsa da sıklıkla mastektomi uygulandığı için diğer kanser türlerine göre daha çok cinsel işlev bozukluğu görülebilmektedir ⁽¹⁰⁾. Meme kanseri sonrası cinsel sıklıkta azalma, cinsel ilgi eksikliği, menopoza semptomları, beden imajı değişikliği, evlilik ilişkisi üzerindeki etkiler, cinsellikle ilgili yanlış anlamalar, profesyonel danışma gereksinimi gibi birçok önemli sorun vardır ⁽²⁷⁾. Yapılan bir çalışmada, kanser tedavisinde kullanılan yöntemin ve hormonal düzeylerin cinsel işlevleri etkilemediği, cinsel yakınlığı sürdürme konusunda ortaya çıkan stres düzeyinin uyarılma, orgazm, lubrikasyon, tatmin ve cinsel ağrıyı etkileyen en önemli sorun olduğu bildirilmektedir ⁽²⁸⁾. Cerrahi işlemlere bağlı ağrı, skar dokusu, erojen bölgelerin kaybı, lenf ödem, beden imajı ve benlik saygısı kaybı meme kanserli kadınlarda cinsel fonksiyonları olumsuz yönde etkileyebilir ^(19,22). Cerrahi sonrası meme kanserli hastaların kemoterapi ve radyoterapi, alopesi, relaps veya hastalık progresyon ve çıkacak patoloji sonuçlarının korkusu ile, rahatsızlık verici düşüncelerin yol açtığı uykusuzluk yaşadıkları bildirilmiştir ⁽²⁹⁾. Tüm bu korkular cinsel fonksiyonları olumsuz etkilemektedir. Bunlar dışında, cinsel olarak aktif meme kanserli hastaların %60'ının cinsel işlev bozukluğu yaşadığı, mastektominin ve tedavi sonrası kilo alımının cinsel sorunları artırdığı belirlenmiştir ⁽³⁰⁾. Meme cerrahisi sonrası yaşanabilecek cinsel istek, uyarılma, orgazma ulaşma ve orgazm yoğunluğu ile ilgili cinsel sorunları en az düzeye indirmek amacıyla koruyucu meme cerrahisi de uygulanabilmektedir ⁽³¹⁾. Kadınlığın ve cinselliğin en önemli sembollerinden olan memenin cerrahi girişimle alınması kadının cinsellik, annelik, çekicilik duygularına, beden imajına ve benlik saygısına karşı bir tehdit oluştursa da hastalarda cinsel işlevin devamını sağlamak amacıyla çeşitli yaklaşımlar uygulanabilir ^(6,32,33). Bir diğer önemli nokta, meme kanseri olan kadınların yaklaşık %10'unda meme kanseri yatkınlık geni (BRCA) mutasyonları nedeniyle over kanseri gelişimi için genetik bir yatkınlık olmasıdır ⁽²²⁾. Yüksek riskli kadınlara 35 yaşından sonra ya da çocuk

doğurma tamamlandıktan sonra overlerini ve fallop tüplerini profilaktik cerrahi ile çıkartmaları önerilir. Risk azaltıcı salpingo-ooferektomi önerilen 35 yaş üstü kadınlarda cerrahi menapoza bağlı olarak vaginal lubrikasyonda azalma, irritasyon, cinsel ilişki sırasında ağrı, uyarılmada azalma, istek kaybı gibi cinsel yan etkiler görülebilir ⁽¹⁹⁾.

Radyoterapiye bağlı hastalar, cinsel isteği, uyarılmayı ve ilişki dinamiklerini etkileyen yorgunluk, ağrı, akut eritem, renk değişiklikleri, cilt döküntüleri, yanıklar, meme fibrozisi ve cildin cinsel duyarlılığının kaybı gibi sorunlar yaşayabilirler. Yine radyoterapi uygulanacak bölgeleri belirlemek amacıyla hekim tarafından cilt üzerinde oluşturulan çizgiler ve ciltte oluşan diğer değişiklikler beden imajını ve benlik saygısını etkileyerek cinsel sorunların oluşmasına neden olabilir ^(19,22,24).

Kemoterapi genellikle cerrahi tedaviye ek olarak uygulanır. Kemoterapi kilo alma ve alopesi nedeniyle beden imajı ve benlik saygısını azaltabilir. İlave olarak overleri ve vajinal fonksiyonları bozarak cinsel isteği negatif yönde etkileyebilir. Kısacası kemoterapi tedavisi; istek, uyarılma, lubrikasyon, orgazm, ağrı ve tatminde değişikliklerle ilişkilidir ⁽¹⁹⁾.

Birçok meme kanseri hormona duyarlı olduğundan endokrin tedavi meme kanseri tedavisinde çok önemli rol oynar. Endokrin tedavi ile östrojen üretimi elimine edilerek ya da östrojen reseptörleri bloke edilerek lokal ve uzak nüksler önlenir ^(19,23). Bu yüzden östrojen reseptör modülatörü Tamoxifen memedeki östrojen reseptörlerini bloke etmek için kullanılır ⁽²²⁾. Aromatöz inhibitörler (Anastrozol, Letrozol ve Eksemestan) ise meme dokusunda hormon azaltılmasında Tamoxifene göre daha güçlü bir etkiye sahiptir. Fakat aromatöz inhibitörleri kullanan hastalarda ilaçların genital sistem üzerindeki antagonistik etkileri nedeniyle vazomotor semptomlar, uyku bozukluğu, vajinal lubrikasyonda azalma ve üriner inkontinans daha sık görülür. Östrojen azlığına ilave olarak ruh halinde değişiklikler, saç ve cilt değişiklikleri, kilo alma, libidoda azalma, orgazm başarısızlığı gibi cinsel fonksiyonlarla ilişkili sorunlar da görülebilir ^(6,19,22-24,33). Aromatöz inhibitörü ile tedavi edilen meme kanseri hastalarının %42'sinin genel olarak cinsel yaşamlarından memnun olmadıkları ve %50'sinin cinsel ilişki isteğinin azaldığı fakat bu sorunların



tamoksifen ile tedavi edilen hastalarda daha az görüldüğü bildirilmiştir ⁽³⁴⁾. Aromatöz inhibitörler postmenopozal kadınlarda ilk tercih edilen hormonal tedavidir ^(22,23). Endokrin tedaviler, androjenleri de içerdiğinden yalnızca cinsel ve üreme işlevini etkilemez aynı zamanda kilo alma nedeniyle beden imajını ve çekiciliklerini kaybetme duygularına da neden olabilir ^(12,22). Tedavi nedeniyle menopoza giren kadınlarda ise disparoni nedeniyle cinsel istekte azalma ve vajinal atrofi gelişebilir ⁽¹³⁾.

4. Kolorektal Kanselerde Cinsel Sorunlar

Başta rektum kanseri olmak üzere kolorektal kanser tanısı alan hastaların hem ağrı hem de vaginal lubrikasyonda azalma yakınmalarını normal popülasyona göre daha fazla yaşadıkları bildirilmektedir ^(12,35). Kolorektal kanserlerin tedavisinde kullanılan pelvik cerrahi, sinirlere zarar verebilir ve kadınlarda disparoniye, libido kaybına ve orgazm değişikliklerine yol açabilir. Radyoterapi ise cilt fibrozisine, vajinal daralmaya ve kıalmaya neden olarak cinsel işlev bozukluğu yapabilir ⁽²²⁾. Yine gastrointestinal ve genitouriner sistem kanserlerinin cerrahi tedavisi sırasında cinsel organların çıkarılması, cinsel organları inerve eden sinirlere zarar verilmesi veya normal fonksiyonlardaki değişiklik nedeniyle cinsel işlev bozukluğu oluşabilir ⁽²²⁾. Kolostomi gibi cerrahi girişimlerin beden imajını ve benlik saygısını etkilemesi nedeniyle cinsel işlev olumsuz etkilenebilir ^(6,12,13,22). Rektal kanserler için kolostomiye gereksinim duymadan sfinkter koruyucu cerrahi uygulanması, kontrol hissi sağlaması ve vücut imgesinde bozulmaya neden olmaması nedeniyle daha az cinsel işlev bozukluğu yapmaktadır. Abdomino-perineal rezeksiyon (APR) uygulanan bir kadında kolostomiye ek olarak overler, uterus veya vajinanın bir bölümünün cerrahi girişim sırasında çıkarılması da cinsel işlev bozukluğu yapabilir ⁽¹²⁾.

5. Baş ve Boyun Kanselerinde Cinsel Sorunlar

Baş ve boyun kanseri olan kadınlar şekil bozukluğu ve beden imajındaki bozulma nedeniyle kendilerini sosyal olarak izole edebilir, cinsel kimlik, cinsel yakınlık ve cinsel işlevlerde sorun yaşayabilirler ^(12,13). İlave olarak tedavinin doğal tükrük kaybı gibi istenmeyen etkileri, cinsel yakınlaşmayı zorlaştırabilir ⁽¹³⁾. Cinsel işlev bozukluklarının görülme sıklığı kanser bölgesi yanında uygulanan tedavilere göre değişir ⁽⁶⁾. Ayrıca beden imajındaki bozulmaları en

aza çekmek için son yıllarda cerrahi olarak doku çıkarılması minimal düzeye düşürülmüştür ⁽¹²⁾. Kanser tedavisinde son zamanlarda yaygın olarak kullanılan kök hücre tedavisi, kemik iliği transplantasyonu ve biyolojik ajanların da cinsel fonksiyonları etkileme olasılığı vardır ^(6,13).

6. Kanser Sürecinde Uygulanan Diğer Tedavi Yöntemlerine Bağlı Cinsel Sorunlar

Kök hücre ve kemik iliği transplantasyonu sonrası kadın hastalarda yıllar sonra ciddi cinsel işlev bozukluğu görülebilmektedir ⁽¹³⁾. Transplantasyondan sonraki sağ kalım süresi arttıkça, cinsellik ve cinsel işlev bozukluğu ile ilgili konular daha belirgin hale gelmektedir. Kemik iliği transplantasyonunun geç dönemdeki etkileri kronik yorgunluk, beden imajında değişiklikler, gonadal fonksiyon bozukluğu ve infertilitedir. Kadınlar cinsel istekte azalma, cinsel tatminsizlik, vajinal atrofi, vajinal lubrikasyonda azalma, erken menopoz, orgazm olamama ve disparoni yaşarlar. Transplantasyon nedeniyle hastaneye yatma, gizlilik eksikliği ve fiziksel ilişkinin sınırlı olması cinselliği etkileyebilir. Yüksek doz kemoterapi ve total vücut radyoterapisi kombinasyonu cinselliğe bağlı yan etkileri kötüleştirir. Tüm transplantasyon hastalarında primer gonadal disfonksiyon görülmekte olup, gonadal fonksiyonun düzelmesi kadınlarda nadirdir (<%10) ⁽¹²⁾. Vajinal greft-versus-host hastalığı, inflamasyona, skarlaşma, stenoz ve disparoniye neden olup, cinselliği olumsuz etkiler. Yine transplantasyon sonrası rejeksiyonları engellemek için kullanılan immunosüpresif ilaçlar, hastaların enfeksiyon korkusu nedeniyle cinsel ilişkiden uzak durmalarına neden olur ⁽¹³⁾.

Biyolojik ajanlar, canlı organizmaların kullanımını, canlı organizmalardan türetilen maddeleri ve hastalığın tedavisi için bu maddelerin kimyasal olarak üretilen çeşitlerini içerir. Bazen "immünoterapi" olarak adlandırılan tedavi türleri, vücudun bağışıklık sistemini kanser hücrelerine karşı harekete geçirir. Biyolojik tedavilerin yan etkileri, temel olarak bağışıklık sisteminin uyarılmasına, terapinin türüne ve hastaların tepkisine göre farklılık gösterebilir ⁽³⁶⁾. Bu yüzden, yorgunluk, mukoz membran kuruluğu, soğuk algınlığı benzeri semptomlar ve beden imajı değişiklikleri gibi sorunlar cinselliği olumsuz etkileyebilir ^(12,36).

SONUÇ

Kanserde cerrahi, radyoterapi ve kemoterapinin gelişmesiyle kanser hastalarında mortalite oranları azalmış morbiditede artışa yol açmıştır⁽³⁷⁾. Kanser tedavisi gören kadınlar için cinsellik önemli bir sorundur. Meme ve jinekolojik kanserler, kadınlarda cinsel sorunlara neden olan en önemli sağlık sorunları olmakla birlikte, kolorektal kanserler, baş ve boyun kanserleri ve kanser sürecinde uygulanan tedavi yöntemleri de kadınlarda cinsel sorunların oluşumuna zemin hazırlar. Dünyada bazı gelişmiş ülkelerde özellikle bu tür hastalar için sağlık programları geliştirilmiştir⁽³⁸⁾ fakat ülkemizde bu mevcut değildir. Ayrıca çoğu onkoloji çalışanı hekim ve hemşire konu ile ilgili bilgi eksikliği ve zaman kısıtlılığı nedeniyle cinsel sorunlara nadiren değinmektedir. Sonuçta, hastaya bütüncül yaklaşmak yaşam kalitesini artırma bakımından önemlidir. Kanser kadar kanserin oluşturduğu semptomlar ve bu semptomların neden olduğu cinsel sorunlar da dikkate alınmalı ve çözüm önerileri geliştirilmelidir.

Çıkar Çatışması: Yazarlar arasında çıkar çatışması yoktur.

Finansal Destek: Araştırma sürecinde hiçbir kurum/kuruluştan finansal destek alınmamıştır.

Conflict of Interest: There is no conflict of interest between the authors.

Funding: No financial support was received from any institution/organization during the research process.

KAYNAKLAR

1. World Health Organization. Education and treatment in human sexuality: the training of health professionals. Technical Report Series. 1975; 572. Geneva.URL:http://http://apps.who.int/iris/handle/10665/38247. May 29, 2018.
2. Fışkın G, Beji NK. Cinsel fonksiyonun değerlendirilmesi ve hemşirenin rolü. *Androloji Bülteni*. 2014;16(56):73-6.
3. Jonczak EE, Stone ER, Pravia CI, Sider D. Life after breast, prostate, and colon cancer: Primary care's role. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*. 2017;84(4):303-9. [\[CrossRef\]](#)
4. Bozdemir N, Özcan S. Cinselliğe ve cinsel sağlığa genel bakış. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*. 2011;5(4):37-46.

5. Ben Charif A, Bouhnik AD, Courbière B, Rey D, Préau M, Bendiane MK, et al. Sexual health problems in French cancer survivors 2 years after diagnosis-the national VICAN survey. *J Cancer Surviv*. 2016;10(3):600-09. [\[CrossRef\]](#)
6. Melisko ME, Narus JB. Sexual Function in Cancer Survivors: Updates to the NCCN Guidelines for Survivorship. *J Natl Compr Canc Netw*. 2016;(14):685-89. [\[CrossRef\]](#)
7. Tsai T, Chen S, Tsai M, Su Y, Ho C, Su H. Prevalence and associated factors of sexual dysfunction in cervical cancer patients. *Journal Sexual Med*. 2011;8(6):1789-96. [\[CrossRef\]](#)
8. Tee BC, Rasidi AMS, Rushdan MMN, Ismail A, Sidi H. The prevalence and risk factors of sexual dysfunction in gynaecological cancer patients. *Medicine & Health*. 2014;9(1):53-61.
9. Goldfarb S.B, Dickler M, Sit L, Fruscione M, Barz T, Atkinson T, Hudis C, et al. Sexual dysfunction in women with breast cancer: Prevalence and severity. *Journal of Clinical Oncology*. 2009;27(15):9558. [\[CrossRef\]](#)
10. Çavdar İ. Meme kanserli hastalarda cinsel sorunlar. *Meme Sağlığı Dergisi* 2006;2(2):64-6.
11. Katz A. The sounds of silence: sexuality information for cancer patients. *Journal of Clinical Oncology*. 2005;23(1):238-41. [\[CrossRef\]](#)
12. Krebs LU. Sexual and Reproductive Dysfunction. In: Yarbro CH, Wujcik D, Gobel BH, Eds. *Cancer Nursing*. 8th ed. Jones&Bartlett Learning; 2018. p.1011-50.
13. Bober SL, Sanchez Varela V. Sexuality in adult cancer survivors: Challenges and intervention. *Journal of Clinical Oncology*. 2012; 30(30): 3712-19. [\[CrossRef\]](#)
14. Quinn B. Sexual health in cancer care. *Nursing Times* 28 January, 2003;99(4):32-4. URL: <https://www.nursingtimes.net/clinical-archive/cancer/sexual-health-in-cancer-care/205764.article>. May 29, 2018.
15. Quinn B. Sexual Side Effects of Cancer Treatments and the Person Living with Cancer. *Intimacy & Sexuality for Cancer Patients and their Partners a Booklet of Tips & Ideas for your Journey of Recovery*. Version 23/2/10. p.p: 22-36, 2005.
16. Brandenburg D. Sex in Context: How the Rest of our Lives Influences Sexual Functioning. *Intimacy & Sexuality for Cancer Patients and their Partners a Booklet of Tips & Ideas for your Journey of Recovery*. Chapter 2. URL: http://www.newcastle-hospitals.org.uk/downloads/Cancer%20Services%20Slides/Intimacy_and_Sexuality_For_Cancer_Patients_and_their_Partners.pdf. May 29, 2018.
17. Terzioğlu F, Alan H. Jinekolojik kanser tedavisi sırasında yaşanan psikolojik sorunların kadının cinsel yaşamına etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2015;18(2):140-47. [\[CrossRef\]](#)



18. Akyol M, Ulger E, Alacacioglu A, Kucukzeybek Y, Yildiz Y, Bayoglu V, et al. Sexual satisfaction, anxiety, depression and quality of life among Turkish colorectal cancer patients. *Japanese Journal of Clinical Oncology*. 2015;45(7):657-64. [\[CrossRef\]](#)
19. Sanchez Varela V, Zhou ES, Bober SL. Management of sexual problems in cancer patients and survivors. *Current Problems in Cancer*. 2013; 37(6):319-52. [\[CrossRef\]](#)
20. Demirtas B, Pinar G. Determination of sexual problems of Turkish patients receiving gynecologic cancer treatment: a cross-sectional study. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2014;15(16):6657-63. [\[CrossRef\]](#)
21. Stead ML. Sexual function after treatment for gynecological malignancy. *Curr Opin Oncol*. 2004;16(5):492-5. [\[CrossRef\]](#)
22. Sadovsky R, Basson R, Krychman M, Morales AM, Schover L, Wang R, et al. Cancer and sexual problems. *Journal of Sexual Medicine*. 2010;7(1 PART 2):349-73. [\[CrossRef\]](#)
23. Cakar B, Karaca B, Uslu R. Sexual dysfunction in cancer patients: a review. *JBUON*. 2013;18(4):818-23.
24. Dizon DS, Suzin D, McIlvenna S. Sexual health as a survivorship issue for female cancer survivors. *The Oncologist*. 2014;19(2):202-10. [\[CrossRef\]](#)
25. Karabuga H, Gultekin M, Tulunay G, Yuce K, Ayhan A, Yuce D, et al. Assessing the quality of life in patients with endometrial cancer treated with adjuvant radiotherapy. *Int J Gynecol Cancer*. 2015;25(8):1526-33. [\[CrossRef\]](#)
26. Ateş S, Olgun N. Kemoterapiye bağlı alopesi ve yaşam kalitesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2014;1(1):67-80.
27. Wang F, Chen F, Huo X, Xu R, Wu L, Wang J, et al. A Neglected Issue on Sexual Well-Being following Breast Cancer Diagnosis and Treatment among Chinese Women. *PLoS ONE*. 2013;8(9):1-7. [\[CrossRef\]](#)
28. Speer JJ, Hillenberg B, Sugrue DP, Blacker C, Kresge CL, Decker VB, et al. Study of sexual functioning determinants in breast cancer survivors. *Breast J*. 2005;11(6):440-47. [\[CrossRef\]](#)
29. Kovac A, Petrovic SP, Nedeljkovic M, Kojic M, Tomic S. Post-operative condition of breast cancer patients from standpoint of psycho-oncology preliminary results. *Medicinski Pregled*. 2014;67(1-2):43-8. [\[CrossRef\]](#)
30. Raggio GA, Butryn ML, Arigo D, Mikorski R, Palmer SC. Prevalence and correlates of sexual morbidity in long-term breast cancer survivors. *Psychol Health*. 2014;29(6):632-50. [\[CrossRef\]](#)
31. Aerts L, Christiaens MR, Enzlin P, Neven P, Amant F. Sexual functioning in women after mastectomy versus breast conserving therapy for early-stage breast cancer: a prospective controlled study. *Breast*. 2014;23(5):629-36. [\[CrossRef\]](#)
32. Thors CL, Broeckel JA, Jacobsen PB. Sexual functioning in breast cancer survivors. *Cancer Control*. 2001;8(5):442-8. [\[CrossRef\]](#)
33. Fouladi N, Pourfarzi F, Dolatorkpour N, Alimohammadi S, Mehrara E. Sexual life after mastectomy in breast cancer survivors: A qualitative study. *Psychooncology*. 2018;27(2):434-41. [\[CrossRef\]](#)
34. Baumgart J, Nilsson K, Evers AS, Kallak TK, Poromaa IS. Sexual dysfunction in women on adjuvant endocrine therapy after breast cancer. *Menopause*. 2013;20(2):162-68.
35. Den Oudsten BL, Traa MJ, Thong MSY, Martijn H, De Hingh IHJT, Bosscha K, et al. Higher prevalence of sexual dysfunction in colon and rectal cancer survivors compared with the normative population: A population-based study. *European Journal of Cancer*. 2012;48(17):3161-70. [\[CrossRef\]](#)
36. Biological Therapies for Cancer. URL: <https://www.cancer.gov/about-cancer/treatment/types/immunotherapy/bio-therapies-fact-sheet>. May 29, 2018.
37. Shankar A, Prasad N, Roy S, Chakraborty A, Biswas AS, Patil J, et al. Sexual Dysfunction in Females after Cancer Treatment: an Unresolved Issue. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention : APJCP*. 2017;18(5):1177-82.
38. Falk SJ, Dizon DS. Sexual dysfunction in women with cancer. *Fertil Steril*. 2013;100(4):916-21. [\[CrossRef\]](#)