

MEME KANSERİNDE CERRAHİ GİRİŞİM SONRASI CİNSEL YAŞAM

Neriman Akyolcu

İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği, İstanbul, Türkiye

Bu çalışma, 19. Üroloji Kongresi, 2. Üroloji Hemşireliği Kongresi, 2006, Antalya'da sözlü olarak sunulmuştur.

ÖZET

Meme kanserinde cerrahi girişim, özellikle uzak metastazı olmayan, lokalize kalan olgularda sıklıkla uygulanan ve temel dayanak oluşturan bir tedavi yöntemidir. Meme kanserinde uygulanan mastektomi ya da meme koruyucu cerrahi girişimler, beden imajının bozulmasına bağlı olarak, kadının cinsel sağlığını olumsuz yönde etkileyerek bazı cinsel sorunların ortaya çıkmasına neden olur. Araştırma bulguları, kadınların cinsel yaşamlarında, özellikle mastektominin olumsuz etkisi olduğunu, buna karşın mastektomi ile birlikte meme rekonstrüksiyonunun kısmen, meme koruyucu cerrahinin ise en iyi sonuçları verdiğini göstermektedir. Meme kanserli kadınların değişik düzeylerde yaşadığı cinsel işlev bozukluklarının giderilmesinde baş etme yöntemlerinin geliştirilmesi, yeterli olmadığı ya da gerekli olduğu durumlarda destek gruplarından ya da tedavi yöntemlerinden yararlanılması gerekir. Cinsel sorunların yanı sıra çok sayıda olumsuzluk/sorun yaşayan meme kanserli kadının yaşamını nitelikli ve anlamlı kılacak önlemlerin alınmasında, hemşire ve diğer sağlık profesyonellerinin rol ve sorumluluklarının bilincinde hareket etmesi, hasta ve ailenin güvenini kazanması önemlidir.

Anahtar sözcükler: Meme kanseri, cinsel yaşam, cinsel sorunlar, cerrahi girişim, baş etme

SEXUAL LIFE AFTER SURGERY IN BREAST CANCER

ABSTRACT

Surgical intervention in breast cancer, is a frequently used treatment procedure and basic support especially for localized cases that have no distance metastasis. These interventions such as mastectomy and breast conservation which are applied for breast cancer, cause some sexuality problems that influence sexual life negatively due to deformation of woman body image. The results of researches have shown that the mastectomy with the reconstruction of breast has a partly better; breast conservation therapy has the best influence on sexual life of the patients compare to negative influence of mastectomy itself. It is required to develop methods to cope with the disorder of the sexual functions at various levels in women who have breast cancer. If it is necessary, the support groups or therapeutic methods should be applied. It is important that nurses and the other health professionals to gain the confidence of the patient and her family with behaving in aware of their role and responsibilities to take precautions that will lead to a meaningful and qualified life for the patients with breast cancer who had several problems other than their sexual life.

Key words: Breast cancer, sexual life, sexual dysfunctions, surgery intervention, copes

*"Cinsellik hayatı tayin eden unsur değildir.
İnsana kalite kazandıracak unsurdur"*

Attila İlhan

Kadınlarda görülen kanser türleri arasında ilk sırada yer alan ve onların yaşam kalitesini ve süresini önemli ölçüde etkileyen meme kanserinde cerrahi girişim, özellikle uzak metastazı olmayan, lokalize kalan olgularda en sık başvurulan ve temel dayanak oluşturan bir tedavi yöntemidir (1). Beş yıllık yaşam şansının lokalize meme kanseri olan kadınlarda %97, bölgesel lenf bezlerine yayılım olduğunda ise %79 olduğunu bildiren literatür bilgisi, cerrahi girişimin gerekliliğini ve önemini açıkça ortaya koymaktadır (2). Yüz yıldan uzun bir süredir uygulanan ve memedeki kanser kitlesinin çıkarılmasını içeren cerrahi girişim, giderek gelişmiş ve bireyi kısmen sakat bırakan radikal mastek-

tominin yerini, günümüzde daha sık kullanılan koruyucu yaklaşımlar almıştır (3).

Dünya Sağlık Örgütü'nün klasik tanımında "cinsel yaşamda var olan; kişilik, iletişim ve sevginin katkısı ile zenginleştirilen, somatik, duygusal, entellektüel ve sosyal görüşlerin bütünü" olarak açıklanan *cinsel sağlık*, çok yönlüdür ve açıkçası çoğu insan için bu dengeyi sürdürmek hiç de kolay değildir. Hastalık ya da farklı nedenlerle, duygusal ve kültürel faktörlerdeki değişimler, bu hassas dengeyi bozabilir ve cinsel yaşamın sıradan bir amaç haline gelmesine neden olabilir (1). Cerrahi girişim sonrası, kadının var

oluşu, çevresiyle iletişimi, üretkenliği ve cinselliği açısından büyük önem taşıyan bedeninin bir bölümünün kaybı, biyo-psiko-sosyal dengenin bozulmasına ve bağlı olarak bazı sorunların ortaya çıkmasına neden olabilir (4).

Kanser tanı ve tedavisinin bireylerde yarattığı biyo-psiko-sosyal zorlanmalara, meme kanserinde, memenin tümünün ya da bir bölümünün alınması işlemini içeren cerrahi girişim eklenince, sorunlar daha da karmaşık bir hal almakta; memenin kaybı, kadınların, sıklıkla depresyon ve duygulanım bozuklukları, cinsel istek kaybı, beden imajında bozulma, dişilik özelliklerini kaybetme ve uygun giysi bulmada zorlanma gibi sıkıntı ve zorluklar yaşamasına neden olmaktadır. Tanı ve tedaviden sonra yıllar geçse de bu endişe ve korkular sürmektedir (5,6,7).

Tüm bu olasılıklar ve yaşanan sorunlar nedeniyle, meme kanserli hastaların nitelikli bir yaşam sürdürmelerinde, etkin tedavi yöntemlerinin yanı sıra bireysel gereksinimlerine ve yaşadığı/olası sorunlara odaklanan bakım girişimlerinin çok önemli bir yeri olduğu yadsınamaz. Tanı, tedavi ve bakım girişimlerinin her aşamasında sorumluluk alan sağlık çalışanlarının, meme kanserli hastaların çok sayıda ve farklı boyutta yaşadıkları sorunlar arasında, çoğunlukla göz ardı edilen cinsel işlev bozukluklarına ilişkin duyarlılıklarını artırmak amacıyla ele alınan bu makalede, cerrahi girişimin cinsel yaşama etkisi, cinsel işlev bozukluklarının yönetimi ile başatmede, bireysel olarak hastanın ve sağlık profesyonellerinin rol ve sorumluluklarının ne/neler olduğuna ilişkin konulara yer verilmiştir.

Cerrahi girişimin cinsel yaşama etkisi

Meme kanserinde uygulanan cerrahi girişimler kapsamında memenin alınmasını içeren mastektominin, kadınlık ve cinselliğin sembolü olan bir organın kaybı nedeniyle kadında çekicilik duygusuna ve cinsel işlevlere zarar veren, travmatik bir yaşam deneyimi olduğu; meme koruyucu cerrahi ve meme rekonstrüksiyonunun ise bu bağlamda daha az zarar vereceği görüşünden yola çıkılarak cerrahi girişimin cinsel yaşam üzerine etkisini inceleyen çok sayıda çalışma gerçekleştirilmiştir.

Barni ve Mondi'nin (1997), meme kanserli 20-60 yaş arasında ve en az 1 yıl önce cerrahi girişim deneyimlemiş (%48 mastektomi, %42 lumpektomi) 50 kadın üzerinde gerçekleştirdikleri çalışma bulgularında, çalışmaya katılan kadınların %96'sında bir ya da daha fazla cinsel sorun görüldüğü; bunların %64'ünde cinsel istek azlığı; %48'inde cinsel istek yokluğu, %44'ünde orgazm olamama, %42'sinde vajinal kuruluk ve %38'inde ağrı (disparoni) gibi çeşitli sorunlar arasında, en belirgin sorunun cinsel istek evresinde yaşandığı ifade edilmiştir (8).

Rowland ve arkadaşlarının (2000), ortalama 1,5 yıldır meme kanseri ile yaşayan 1957 kadın üzerinde gerçekleştirdikleri çalışmada, kadınların %57'sine lumpektomi %27'sine mastektomi, %17'sine mastektomi+meme rekonstrüksiyonu uygulandığı, %17'lik grubun, diğerlerinden daha genç olduğu (ortalama yaş: 50.3, 55.9) beden imajı ve cinsel çekicilik duygusu açısından lumpektomili kadınların diğerlerine göre kendilerini daha iyi hissettikleri belir-

lenmiştir (9). Al-Ghazal ve arkadaşlarının (2000), meme kanserinde uygulanan cerrahi girişimlerin psikolojik etkilerini ve hasta memnuniyetini ele aldığı 577 hasta (254 -%44 meme koruyucu cerrahi; 202-%35 mastektomi; 121-%21 meme rekonstrüksiyonlu) üzerinde gerçekleştirdikleri çalışmada da benzer sonuçlar elde edilmiş, cinsel işlevlerle ilgili en iyi sonucun, meme koruyucu cerrahi uygulanan kadınlardan alındığı, bu kapsamda meme rekonstrüksiyonu olan kadınların ikinci, total mastektomili kadınların da üçüncü sırada yer aldığı belirlenmiştir (10).

Farklı araştırmacıların çalışmalarının yer aldığı Thors ve arkadaşlarının (2001) meme kanseri ile yaşayanlarda cinsel sorunları inceledikleri makalede; Dorval ve arkadaşlarının (1998) cerrahi girişim sonrası ortalama 8 yıldır meme kanseri ile yaşayan lumpektomili ve mastektomili kadınları karşılaştırdıkları çalışmada, cerrahi girişimin tipinin ve skarının cinsel doyumda bir farklılık yaratmadığı bildirilmiş; Wapnir ve arkadaşlarının (1999) yaptığı benzer bir çalışmada ise beden imajındaki değişim nedeniyle mastektomili kadınların, lumpektomi olmuş kadınlardan cinsel ilişkiyi sürdürmede daha fazla zorluk yaşadıkları belirlenmiştir (11).

Arıkan'ın (2001), ele aldığı "Travmatik Bir Yaşantı: Meme Kanseri ve Mastektomi" başlıklı makalede, Huchinson ve arkadaşlarının (1979) yaptıkları çalışmada, 1 yıl önce memesi alınan kadınların %39'unda, yüksek düzeyde, kaygı ve cinsel sorun olduğu; Morris ve arkadaşlarının (1988) mastektomili kadınların tedaviden 2 yıl sonra hala bu değişikliğe bağlı cinsel sorunlar yaşadığı ve düşük kendilik değeri düzeyinde oldukları; Wolberg ve arkadaşlarının (1989) 78 hasta ile yaptıkları çalışmada da benzer sonuçlara ulaşıldığı belirtilmektedir (12).

Sertöz ve arkadaşlarının (2004), ortalama 1,5 yıldır meme kanseri ile yaşayan 125 kadın üzerinde gerçekleştirdikleri çalışmada, total mastektominin beden algısını bozduğu, bozulmuş beden algısının cinsel doyumda azalmaya ve eş uyumunda bozulmaya neden olduğu; meme kanserli kadınlarda en sık gözlenen cinsel işlev bozukluğunun, cinsel ilişkiden kaçınma ve iletişim bozukluğu olduğu bulunmuştur (13). Okanlı ve Ekinci (2004)'nin çalışmasında mastektominin, meme kanserli hasta ve eşlerinin, yaşam doyumları ile evlilik uyumlarında herhangi bir farklılık yaratmadığı ancak duygu kontrol düzeyinde mastektomi sonrası, öncesine göre anlamlı farklılığın yaşandığı gözlenmiştir (14).

Takashi ve Kai'nin (2005) meme kanseri tedavisinden sonra cinselliği araştırdıkları çalışmada, cinselliğin, kanser tanısının konulmasını izleyen dönemde ihmal edildiği; meme kanserli hastanın cinsel yaşamında, tedavi sonrası fiziksel ve psikolojik iyileşmenin hızı, eşin olumsuz yanıt vermesi yönünde duyulan kaygı, eşlerin cinsel ilişkiye verdikleri önem yanı sıra eşin anlayış ve desteği gibi faktörlerin etkili olduğu kaydedilmiştir (15).

Meme kanserli kadınlarda cinsel yaşamı inceleyen Aygin'in (2005), modifiye radikal mastektomi, meme koruyucu cerrahi+aksiller diseksiyon, kemoterapi ve radyoterapi uygulanan, en az 6 ay önce

cerrahi deneyimleyen 190 hasta üzerinde yaptığı çalışmada, modifiye radikal mastektomi olan hastaların cinsel sorunları daha yoğun yaşadığı, cinsel istek, uyarılma, kayganlaşma (lubrikasyon), orgazm/doyum ve cinsel ilişkide ağrı puanları, lumpektomili hastalarla karşılaştırıldığında, daha düşük düzeyde olduğu bulunmuştur. Aynı çalışmada kemoterapi alan hastaların %84.3 ünde cinsel istekte azalma, %82.4 ünde uyarılma, %58.5 inin kayganlaşma ve %57.9 unun doyum sağlamada sorun yaşadıkları belirlenmiştir (16).

Burwell ve arkadaşlarının (2006) meme kanseri cerrahisi sonrası genç kadınlarda cinsel sorunları irdeledikleri, cinsel yaşamda aktif olan ve 50 yaş ve altındaki 209 kadın üzerinde gerçekleştirdikleri çalışmada, cerrahi girişimden 6 ay, 11 ay ve 1,5 yıl sonra olmak üzere, üç değişik dönemde değerlendirdikleri cinsel işlevle ilgili sorunların, cerrahi girişim sonrası ilk 6 ayda, meme kanseri tanısı öncesine göre anlamlı derecede yüksek olduğunu belirledikleri; sorunların giderek azalmasına karşın cerrahi girişim sonrası 1. yılda hala öncesinden yüksek olduğu ve cerrahi girişimin yanı sıra kemoterapinin de cinsel işlev bozukluklarının gelişiminde etkili olduğu bildirilmiştir (17).

Reich ve arkadaşlarının (2007) gerçekleştirdikleri meme kanserinde yaşam kalitesi ve depresyonla ilgili inceleme çalışmasında, yaşam kalitesi değerlendirmelerinde, beden imajının etkisi, çekicilik, cinsellik, ateş basması gibi menapoz semptomlarının önemi ve lenfödem varlığının rapor edilmesinin gerekli olduğu vurgulanmıştır. Aynı çalışmada, Ganz ve arkadaşları (2003) tarafından yapılan, 65 yaş ve üzerindeki meme kanserli 695 kadında cerrahi girişimden 15 ay sonra psikososyal yeterliliklerini ölçen çalışmaya yer verilmiş ve bu çalışmada meme kanserli hastaların mental sağlık skorunda azalma olduğu ve yaşam kalitelerinin fiziksel, emosyonel ve sosyal faktörlerden etkilendiği sonucuna varıldığı bildirilmiştir (6).

Meme kanseri tedavisi sonrası kadınların yaşam kalitesi ve cinsel işlevlerini değerlendirmek, sosyodemografik özellikler, cerrahi girişimin tipi ve zamanına göre farklılıkları belirlemek ve yaşam kalitesi ile cinsel işlevler arasındaki ilişkiyi saptamak amacıyla Hught ve arkadaşlarının (2007), 110 meme kanserli kadında, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün yaşam kalitesi ölçeğini uygulayarak gerçekleştirdikleri çalışmada, yaşam kalitesi, cinsellikle ilgili iç (*meme kanserli kadının cinsel olarak kendini nasıl gördüğü*) ve dış (*meme kanserli kadının kendini, başkaları tarafından cinsel olarak nasıl değerlendirildiğine olan inancı*) faktörler olmak üzere iki değişken temel alınarak incelenmiştir. Bu araştırma sonucunda, kadınların yaş ortalamasının 56.4, %68.2'sinin evli/düzenli ilişki içinde olduğu; %43.6'sının radikal mastektomi, %41.8'inin lumpektomi ve %14.6'sının mastektomi+meme rekonstrüksiyonu ameliyatı olduğu; cinsellik ya da çekicilik açısından 30-39 yaş grubundaki kadınların, 40-49 ile 60-69 yaş grubundakilerden dış faktörler açısından daha düşük puan aldıkları; evli/düzenli ilişki içinde olanların, ilişki yaşamayanlara göre hem iç hem de dış faktörler açısından puanlarının daha düşük olduğu; eğitim düzeyinin cinsel yaşamı etkilediği, ilkökul mezunlarının, üniversite mezunlarına göre daha düşük puana sahip olduğu; lumpektomi ya da mastektomi+meme rekonstrüksiyonu olan kadınların, mastektomi olan kadınlardan

sadece dış faktörler açısından puanlarının daha yüksek olduğu; cerrahi girişimden sonra geçen sürenin ise cinsel yaşamı etkilediği belirlenmiştir (18).

Yapılan araştırmalar ve konuyla ilgili literatür bilgileri değerlendirildiğinde; meme kanseri nedeniyle farklı cerrahi girişim deneyimleyen kadınların cinsel yaşamları üzerinde, özellikle mastektominin olumsuz etkisi olduğu, buna karşın mastektomi+meme rekonstrüksiyonunun kısmen, meme koruyucu cerrahinin ise en iyi sonuçları verdiği; sonuçlar üzerinde beden imajı, benlik saygısı, eş uyumunun yanı sıra sosyo-demografik ve kültürel faktörlerin etkiliği olduğu; özellikle genç hastaların tedavi sonrası ilk aylarda daha fazla cinsel sorun yaşadığı görülmektedir.

Ayrıca meme kanseri tedavisinde cerrahi girişimin dışında uygulanan radyoterapi, kemoterapi ve hormon tedavisinin de cinsel yaşamı olumsuz yönde etkilediği, bu dönemde tedavinin yan etkisi olarak saç dökülmesi, bulantı-kusma, iştahsızlık, halsizlik gibi çok sayıda fiziksel rahatsızlık yaşayan hastanın, cinsellikten uzaklaşabildiği yanı sıra vajinal kuruluk, irritasyon, ağrı, libidoda azalma gibi cinsel işlevi doğrudan etkileyecek sorunlar yaşadığı belirtilmektedir (16,17,19,20).

Meme kanserli kadınlarda tedavi sonrası cinsel sağlığın bozulduğunu gösteren bu sonuçlar, aynı zamanda bu yönde yapılacak destekleyici ya da tedavi edici girişimlerin gerekliliğini ve önemini ortaya koymaktadır.

Cinsel işlev bozuklukları ile başetme

Kanserin ruhsal yaşam üzerindeki etkisinin, bireyin yaşı, benlik gücü, kişilik yapısı, aile düzeni, kültürel ve sosyal tutumları, baş etme süreçleri, destekleyici uğraşların olup olmaması, kanserli organına verdiği değer ve anlam gibi değişkenlere bağlı olarak farklılık gösterdiği; örneğin memesini bütün kadınlığı ile eş değer tutan bir kadının, meme kanserine tepkisinin de aynı ölçüde ağır olacağı belirtilmektedir (12). Meme kanserli kadının yaşadığı başlıca sorunlar, fiziksel kayıplar, duygusal sıkıntılar, aile, iş ve sosyal rollerde meydana gelen yıkımlardır. Çoğu kez memenin tümü ya da bir bölümünün kaybı ile sonuçlanan cerrahi girişimin, birçok kadın için cinsel kimliğe tehdit olarak algılandığı ve kadının, kendisini cinsel açıdan yetersiz ve eksik hissetmesine yanı sıra evlilik ilişkilerinin tehlikeye gireceği ve eşleriyle duygusal ilişkilerinin kopacağı korku ve kaygıları yaşamalarına neden olduğu bildirilmektedir (21).

Yaşamının ansızın riske girdiğini görmek, çok yönlü sorunlarla baş edebilmek ve 'hayatı yaşamaya değer kılmaya' çalışmak, çoğu zaman kadını daha duygusal hale getirmektedir. Bu süreçte kadın, çirkinleştiğini ya da eksik olduğunu düşünerek cinsellikten kaçabilir ya da istenilmediğini duyumsayabilir (7). Bazı kadınlar için çıplak olarak aynaya bakabilmenin ya da eşinin yanında rahatça soyunabilmenin mümkün olmadığı bu dönemde, meme kanserli kadınların eşlerinin de bu durumdan doğal olarak etkilendiği, hasta eşin duygusal sorunları karşısında yetersizlik ve çaresizlik duyguları yaşayan meme kanserli kadının eşinin, karısındaki olumsuz duy-

gulanımları gidermek için ya ona gereğinden fazla ilgi gösterdiği ya da onun dişilik özelliğini yitirdiği endişesiyle, cinsel yakınlaşmadan kaçtığı vurgulanmaktadır (12,21,22). Bu görüş meme kanserli kadınların eşlerinin, meme ameliyatı sonrası cinsel yaşamlarının olumsuz yönde etkilendiğine ilişkin bildirimlerini rapor eden çalışmalarla da desteklenmektedir (5,13,14,22,23).

Meme kanserinin bedensel bütünlüğüne zarar verdiğinin ve insanlararası ilişkileri nasıl etkilediğinin bilincinde olan kadınlar, kendilerinde ve eşinde davranış değişikliğine neden olan ve yaşamlarına sınırlamalar getiren tüm etkenlere karşı başa çıkma stratejilerini geliştirme çabası içine girerler. Ancak eşlerin birbirleri ile olan ilişkilerinde ya da hastalığa gösterecekleri tepkide ve baş etme stratejilerinde farklılıklar yaşanabilir, bağlı olarak eşlerin çatışma yaşaması ya da aralarının açılması söz konusu olabilir ve bu durum sorunların çözümünü zorlaştırabilir.

Meme kanserinde, 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 ya da baş etmek çok daha kolay olacaktır. Nitekim Woloski-Wruble ve Kadmon (2002)'un makalesinde, Wellisch (1987)'in konu ile ilgili yaptığı bir çalışmada, tanı öncesi evlilik ilişkileri güçlü olan erkeklerin, daha sık hastanede eşlerini ziyaret ettikleri, daha çabuk eski cinsel aktivitelerine döndükleri ve eşlerini çıplak görmede daha gönüllü olduklarını bildirdiği (23); Okanlı (2004)'nın çalışmasında da mastektominin, hasta ve eşinin duygu kontrol düzeylerini etkilediği, mastektomi sonrası hastaların evlilik uyumu ve yaşam doyumunu üzerinde eş desteğinin oldukça önemli olduğu saptanmıştır (14).

Mastektomili kadınların evlilik ilişkilerini inceleyen Şendil (1991), en az 4 ay önce mastektomi olmuş 30 kadın ile, herhangi bir onkolojik ve psikiyatrik rahatsızlığı bulunmayan 30 kadın (kontrol grubu) üzerinde gerçekleştirdiği çalışma bulgularında, hasta grubunda ameliyat öncesine göre cinsel ilişki sıklığında, cinsel dürtü ve doyumlarında azalma olduğu; meme kanserli kadınların eşlerinin %77'sinin ameliyat bölgesine dokunamadığını belirlemiştir (22).

Eğer eşler arasında bir iletişimsizlik ya da geçimsizlik var ise, devreye kanser girdiğinde, sorunlar daha da başa çıkılmaz bir hal alıp, kopmalara neden olabilir. Böyle durumlarda kanseri, sorunları başlatan bir neden olarak değil de, var olan sorunları tetikleyen bir unsur olarak görmek doğru bir yaklaşım olur. Meme kanserli kadın ve eşinin, hastalığın yarattığı travma sonucu gelişen öfke ve üzüntüyü paylaşmaya; yanlış anlaşılmalardan kaçınmaları için gösterdikleri reaksiyonları tartışmaya gereksinimleri olduğu unutulmamalıdır.

Meme kanserli kadının cinsel işlev bozukluğu ile başetmesinde rehber yaklaşımlar

Doğası gereği, her insanın yaşadığı güçlüklerle baş edebilme yöntemleri farklıdır. Sorunun çözümünde önemli olan, farkındalığını

artıracak ve çözüme ulaştıracak bir yaklaşımla sorunun varlığını kabullenmek, ne/nasıl yapabiliriz sorgulayarak, sorunu giderecek girişimleri belirlemektir. Bu bağlamda eşler kendilerine değişik sorular yönelterek, cinsel yaşamlarını sorgulayabilir. Bu davranış, onların değişik düzeyde duygularını sarsarak, sorunun farkındalığını arttırabilir ve çözüme ulaşmada rehber olabilecek yaklaşımların belirlenmesine yardımcı olabilir.

Cerrahi girişim sonrası;

- *Kadında fiziksel, duygusal ve ilişkide yaşanan değişiklikler, cinsel yaşamını etkileyebilir:* Bağlı olarak; sekse ilgide azalma, vajinal kuruluk, ilişkide ağrı, uyarılmada zorluk ve orgazm olamama, gibi cinsel sorunlar görülebilir.
- Bu sorunların tümü anlaşılabilir sorunlardır: Bu durumda, cinsel yaşamda değişiklik deneyimlemek ya da sorun yaşamak çok yaygındır ve bu, hiç kimsenin suçu değildir. Birçok kişi, bu tür sorun yaşayabilir.
- Bu konuda kadının kendisini suçlu hissetmesi için bir neden yoktur: Eşler arasında açıklık, duyarlılık ve fiziksel farkındalığın bir göstergesi olan ve büyük ölçüde kendiliğinden gelişen duygu paylaşımı, meme kanseri nedeniyle güçleşebilir. Yapılabilecek en iyi şey, kadının eşi ile açık bir şekilde konuşarak, kendisinde gelişen duyguları ve ne olup, bittiğini anlatmasıdır. Çoğunlukla eşler, kadınların ne hissettiğini bilmediklerini ya da bu konuda konuşmadıklarını ifade ederler ki, bu durum eşler arasında giderek artan uzaklaşmaya neden olabilir.
- Birçok insan cinsel sorun yaşayabilir: Fiziksel, duygusal ve ilişkilerde yaşanan olumsuzluklar nedeniyle, cinsel yaşam ve cinsel işlevlerle ilgili sorunlar, toplumda çok yaygın ve günceldir.
- Cinsel sorunlar, kimsenin hakkında konuşmadığı ya da konuşmadığı bir olgudur: Böyle sorun yaşayan çiftlerin yardım alması/araması gerekir. Hekim, hemşire ya da özel eğitim almış sağlık profesyonelleri ile sorun, konuşularak tartışılmalıdır.
- *Sizin için cinsellik nedir? Cinselliğin anlamı sorgulanmalıdır.*

- Fiziksel ya da duygusal bir olgu mudur, yoksa dokunmakla mı ilgilidir?
- Aşk / sevgiyi duyumsamanın bir göstergesi midir?
- Arzu edilmenin bir göstergesi midir?
- Aşk sevgiyi kanıtlamanın göstergesi midir?
- Stresten kurtulma yolu mudur?
- Bu bir oyun mudur?
- Eğlence yolu mudur?
- Eşinizi mutlu etmenin yolu mudur?

Birden fazla yanıt olabilecek bu soru, meme kanserli kadının hastalık öncesi eşi ile ilişkisinin psikososyal boyutu ve yaşanan sorun ile başetmede izlenecek yola ilişkin bilgi verir.

- Cinselliğin hangi boyutu size haz verir? Bunun gerçekleşmesi için ne yapılması gerekir? Eşiniz için cinsellik nedir? Böyle bir soru, kadının eşi ile konuşmasına olanak sağladığı gibi, yaşanan sorunların çözümü için bir başlangıç olabilir. Cinsel sorun yaşayan çiftlerin unutmaması gereken çok önemli nokta, cinsel birleşme, sevişme, fiziksel ve duygusal mahremiyetin, çiftler arasında özlenen, gerçek ya da ideal ilişkinin sadece bir parçası olduğudur.

Fiziksel ve psikososyal riskleri beraberinde getiren meme kanseri, hiç kuşkusuz aile ya da eşlerin yaşamında bir kriz dönemi oluşturur. Ancak bu kriz dönemi, eşlerin varolan ya da meme kanseri sonrası oluşan cinsel sorunlarının açığa çıkarılıp, çözüm yollarının aranmasında bir şans ya da araç olabilir. Bu noktada, gereksinimleri olduğunda sağlık profesyonellerinden yardım almaktan çekinmemeleri konusunda, eşlerin cesaretlendirilmeleri çok önemlidir.

Cinsel sorunların çözümünde, bireylerin geçmişe dönük ve süregelen yaşamlarını sorgulayarak gelecekteki davranış ve yaklaşımlarının ne/nasıl olacağına ilişkin etkin bir yol izleyebilmesinde, aşağıda sıralanan öneriler yararlı olabilir.

- Sabırlı olun ve bekleyin,
- Yaşamınızdaki en önemli şeyin ne olduğunu düşünün,
- Daha önce sahip olmadığınız yönlerinizi, kendi kendinizi değerlendirmeyi unutmayın,
- Sevdiğiniz kişi ile ilişkinizi gözden geçirin, geliştirin ya da güçlendirin,
- Yetiştirilme şeklinizi düşünün,
- Meme kanserinden önceki zamana geri dönerek, kendinizi ne zaman iyi hissettiğinizi düşünün; Eşinizle mi? Yalnız mı? İlişki anında mı?
- En son kendinizi ne zaman iyi hissettiniz? Çevre ve koşullar nasıldı? Siz ne yaptınız? Eşiniz ne yaptı? Bunu tekrar oluşturmak için ne /neler size yardımcı olabilir? Gelecekte bu duyguyu tekrar yaşamamız için neler yapabileceğinizi düşünün,
- Şu anda bir ilişki içinde değil iseniz, bu soruları yanıtlamak, sizin için bir fırsat olabilir; hoşlanabileceğiniz bir ilişki konusunda ve yaşamınızda hoşlanacağınız insanlara ilişkin düşünmenize yardımcı olabilir.
- Bunun yaşamınız boyunca sürececek bir çaba olduğunu unutmayın (5,24,25,26).

Meme kanseri ile yaşayanlarda cinsel işlev bozukluklarının yönetimi

Hastalık ve tedaviyle ilgili psikososyal sorunların zamanında tartışılması ve gerekli önlemlerin alınması çok önemlidir. Meme kanserinde duygusal yönden en yoğun etkilenmenin ilk 6 ay ile 1 yıl içinde yaşandığı belirtilmekte; özellikle cerrahi girişim öncesinden başlayarak, girişim sonrası bu süreyi kapsayan dönemde hastalarla yakından ilgilenmenin ve psikoterapötik yaklaşımları düzenli olarak sürdürmenin, hastalığa uyum sağlamada yararlı olacağı vurgulanmaktadır (11,22).

Bu alandaki gereksiniminin karşılanmasında, hekim, hemşire, psikolog ve sosyal hizmet uzmanından oluşan sağlık bakım ekibi, cinsel sağlığa ya da cinsel işlevlerle ilgili sorun yaşama riski yüksek, genç, çocuk sahibi olmak isteyen, evlilik ilişkilerinde mutsuz olan, cinsel sorunlar yaşayan, cinsel taciz ya da tecavüz gibi cinsel travma öyküsü bulunan meme kanserli kadınlara karşı uyanık olmalı, dikkatli ve titiz bir tutum içinde çalışmalarını sürdürmelidir (24,27). Uygulamada, hastaların psikososyal sorunlarını belirlemede, Vücut Algısı Ölçeği (VAÖ), Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (ilk 10 madde RÖ), Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği (GRCDÖ), Kadın Cinsel İşlev Ölçeği (KCIÖ) ve Çiftler Uyum Ölçeği (ÇUÖ) gibi, ülkemizde geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmış psikososyal uyum ve cinsel işlev ölçekleri kullanılmaktadır (13,16).

Cinsel sorunların çoğu, psikolojik ve tıbbi tedaviye gerek kalmadan, konuya ilişkin eğitim ve önerilerle giderilebilmektedir. Ayrıca sorunun çözümünde psikoterapi ve farmakolojik yöntemler de yararlı olabilmektedir (11,20).

Eğitim ve Kısa Öneriler; tanı ve tedavi sürecinde, hasta ve eşine cinsel işlevlerle ilgili açık, anlaşılır bilgi verilmesini ve destek hizmetlerinin yararlanmaları için yönlendirilmelerini içerir. Meme kanserli kadınların çoğu, tanı ve tedavi yöntemlerinin yoğun stresi içinde oldukları dönemde kısa önerilerden yarar sağlayabilmekte, böylece ciddi cinsel işlev bozukluğu ya da ilişki kaybı yaşamadan, bazı emosyonel destek ve pratik önerilerle, kanser tedavisinin neden olduğu zarar, en aza indirgenebilmektedir (11,27).

Primer bakım üyesinin uzmanlığında yapılacak bu öneriler;

- Cinsellikle ilgili açık iletişim sağlamak için kadınların eşleri ile ortak bir toplantı yapılarak, çiftlerin etkilenen meme hakkında ne hissettiklerini, kanser tedavisinin cinsel yaşamlarında önemli olup olmadığı ve eşlerin birbirinden ne tür emosyonel destek beklediklerini tartışmalarına olanak sağlanması, cinsel işlev tekniklerinde değişim ya da meme kanserli kadının eşinin gereksinimlerine ilişkin bireysel önerilerde bulunulması, yanı sıra destek grubundan yararlanması için yönlendirilmesi,
- Cerrahi girişim sonrası özellikle genç ve bekar hastalar kendilerine ilgi duyan erkeklerin, onları yanlış anlayacağını ya da hastalıklarını toplumsal bir utanç olarak taşımak zorunda olduklarını duyumsayarak tedirginlik ve anksiyete yaşayabilirler. Bu durumda meme kanserli kadına, hastalığını saklamaması, açık olması ve karşı cinsten uzak durmaması konusunda cesaretlendirilerek nasıl iletişim kuracağına ilişkin danışmanlık yapılması,
- Cinsel yaşamı kesintiye uğratmamak için özel öneriler kapsamında, meme protezi ve iç çamaşırı ile ameliyat bölgesinin gizlenerek hastanın kendisini rahat hissetmesi; çıplaklıkla ilgili düşüncelerin açığa çıkarılarak bu konudaki rahatsızlığın giderilmesi; cinsel birleşme sırasında ameliyat

bölgesi ve kolun rahat bir pozisyonda olması; duyu odaklı sevişme egzersizlerinin dereceli olarak kullanılması; ağrı ve vajinal kuruluştan kaçınmak için su bazlı yağlı maddelerin kullanılması; vajinal kas gerginliğini gidermede kullanılan vajinal halkaları uygulama yöntemine ilişkin bilgi verilmesi,

- Meme kanseri tanısı sonrası meme koruyucu cerrahi ya da meme rekonstrüksiyonu gibi cerrahi girişimin tipine ilişkin seçim yapan kadının, bu uygulamaların beden imajını ve cinselliği ne ölçüde etkileyeceğini bilme; meme kanseri sonrası hamile kalan ya da ağır menopoz semptomları nedeniyle östrojen alması gerekenlerin ise riskleri bilme, tartışma ve güvence alma isteği ile uzman görüşüne gereksinim duyabileceğinin unutulmaması,
- Yaşlı, aseksüel kadınların dışında 65 yaş üzerindeki kadınların da cinsel olarak aktif olabileceği ve görünümünün iyi olmasını isteyebileceği, cinsel yaşamla ilgili tanılama ve önerilere gereksinim duyabileceğinin dikkate alınması gibi, *girişim ve uygulamaları kapsar* (11,21,27).

Psikoterapi; cinsel istek ve orgazm ile ilgili sorun yaşayan meme kanserli hastalarda, fiziksel, psikolojik ve kişiler arası iletişim sorunlarında yararlı olabilir. Cinsel uyarılma ve isteği güçlendiren çeşitli yardımcı araçlardan (video, vibratör vb.) yararlanmaları, gevşeme tekniklerini kullanmaları, sorunların giderilmesinde ya da en aza indirgenmesinde yardımcı olabilir. Ayrıca sorunların tartışılarak çözüme ulaştırılmasında, meme kanserli kadınların, farklı gruplarla tartışma oturumlarına katılmaları ya da aynı sorunu yaşayan diğer kadınlarla görüştürülmeleri yararlı olabilmektedir (11,12,27).

Farmakolojik Yöntemler; cinsel sorunların tedavisinde kullanılır. *Testesteron replasman tedavisinin*, meme kanserli hastalarda cinsel istek ve orgazm düzeyini geliştirdiği bildirilmektedir. Vajinal kuruluk ve ateş basması için *megestrol asetat* ve *venlafexine*; vajinal kuruluk için ayrıca *vajinal halka (ring)* kullanımı önerilmektedir. *Yağlı jel, krem ve analjezik jeller*, vajinal kayganlığı (lubrikasyonu) sağlayıp, ağrıyı en aza indirgeyerek cinsel ilişkiyi kolaylaştırabilmektedir (11,20,24).

Sağlık profesyonellerinin sorumlulukları

Sağlık profesyonelleri, yaşamın korunmasına odaklanmalı ancak bu yaklaşım, hastanın çok önemli bir gereksinimi olan yaşam kalitesini ve dinginliğinin korunmasını gölgede bırakmamalıdır. Nitelikli yaşamın önemli bileşenlerinden biri olan cinsellikle ilgili sorunların yanında biyo-psiko-sosyal birçok sorunla yüz yüze gelen meme kanserli hastanın yaşamını nitelikli ve anlamlı kılacak önlemlerin alınmasında, hemşire ve diğer sağlık profesyonellerinin, rol ve sorumlulukların bilincinde hareket etmesi, hasta ve ailenin güvenini kazanması önemlidir. Hemşirenin sorumluluğu, yaşadığı cinsel sorunları ifade etmesi için meme kanserli hastayı cesaretlendirmek ve

meydana gelen değişikliklerle başetmede, yararlanabileceği destek kaynaklarının belirlenmesine yardımcı olmaktadır (11,21,24,27).

Cinsel işlev bozukluklarının yönetiminin her aşamasında sorumluluk alan sağlık profesyonelleri uygulamada, bilgi ve eğitim eksikliği, kanser tedavisine odaklanması, hastanın kendisi ya da eşinin cinsel sorunları konuşmaktan çekinmesi/rahatsız olması, cinselliğin sadece belirli bir hasta grubuna atfedilmesi ve zamanın sınırlı olması gibi engellerle karşılaşmaktadır (19).

Tedavi sonrası iyileşmenin önemli göstergelerinden biri olan cinsel işlevlerin sağlıklı bir şekilde sürdürülmesinde sağlık profesyonelleri;

- Meme kanserli hastaların cinsel gereksinimleri/sorunlarını konuşabilmek için öncelikle özel yaşamın gizliliğini temel alarak rahat, sakin ve izole bir ortam oluşturmalı (tartışmaya, hastanın isteği doğrultusunda eş de alınmalı ya da eş ile ayrıca konuşulmalı),
- Cinsel sorunları tartışmaya başlamadan önce, etkili ve hassas bir danışmanlık için, amacın ne olduğunu açıklamalı, sonrasında hasta ile dostça, uygun iletişim teknikleri kullanarak, hasta/eşinin cinsel yaşam, beden imajı ve tedavinin etkilerine ilişkin kaygılarını ifade etmelerine olanak sağlamalı,
- Tartışma süresince yorum yapmadan, dikkatli ve destekleyici bir tutum sergilemeli, kaba ve sabırsız olmamalı,
- Cinsel yaşamda, hastalık ve tedavinin olduğu kadar hastanın kültürel ve dini inançlarının da etkili olduğu gerçeğini göz ardı etmemeli ve bireylerin farklı değerlere sahip olduğunun bilincinde, hasta/eşinin inanç, davranış ve duygularına ilişkin yargılayıcı olmamalı,
- Hasta/eşinin gereksinimlerine ve öğrenmek istedikleri konulara öncelik vermeli; soruları yanıtlarken açık ve samimi olmalı,
- Meme kanserli kadın ve eşini, sorunun giderilmesinde, baş etme yöntemlerinin dışında kullanabilecekleri kaynaklar konusunda bilgilendirmeli, tedavi gerektiren durumlarda ilgili uzmana yönlendirmelidir (11,19,21,24,28,29).

Sonuç olarak; cerrahi girişim sonrası meme kanserli kadınların, değişik düzeylerde yaşadığı cinsel işlev bozukluklarının giderilmesinde, hasta ve eşinin ortak tutum olarak baş etme yöntemlerini geliştirmesi; yeterli olmadığı ya da gerekli olduğu durumlarda destek gruplarından ya da tedavi yöntemlerinden yararlanması; sağlık profesyonellerinin, bireyin yaşam kalitesini doğrudan etkileyecek böylesi önemli bir sorunu göz ardı etmemesi, duyarlı olması ve sorumluluklarını yerine getirmesi gerekmektedir.

Kaynaklar

1. Phipps WJ, Cassmayer WI, JK Sands, Lehman MK. Medical-Surgical Nursing. Fifty Edition, Mosby, 1995, St. Louis.
2. Ignatavicius DD, Workman ML. Medical Surgical Nursing. Volume 2, Fifth edition, Elsever Saunders, 2006, USA.
3. Dirksen SR. Breast disorders. In: Lewis SM, Heitkemper MM, Dirksen SR (eds) Medical Surgical Nursing. Volume 2, 6.edition, Mosby, 2004, USA.
4. Okanlı A (2007) Kadınlarda mastektominin psikososyal etkileri. www.sabem.saglik.gov.tr/Akademik_Metinler/goto.aspx?id=2878 (26.11.2007)
5. Elias A. Relationships and sexuality following breast cancer. http://www.rwh.org.au/emplibrary/well_Womens/Up_Close_AnitaElias.pdf , 2005.
6. Reich m, Lesur A, Perdriest-Chevallier C. Depression, quality of life and breast cancer: a review of the literature. Breast Cancer Res Treat 2007; 3. (PMID: 17674188)
7. Kural S, Maktav D, Topuz E. Meme kaybının yarattığı sorunlar. http://www.iskenderiye.com/saglik/saglik_hastalik_bilgi.asp?sirano=111077 (04.10.2007)
8. Barni S, Mondin R. Sexual dysfunction in treated breast cancer patients. Ann Oncol. 1997; 8(2): 149-153. (PMID: 9093723)
9. Rowland HJ, Desmond KA, Meyerowitz BE, Belin TR, Wyatt GE, Ganz PA. Role of breast reconstructive surgery in physical and emotional outcomes among breast cancer survivors. J Natl Cancer Inst. 2000; 92(17): 1422-29. (PMID: 10974078).
10. Al-Ghazal SK, Fallowfield L, Blamey RW. Comparison of psychological aspects and patient satisfaction following breast conserving surgery, simple mastectomy and breast reconstruction. Eur J Cancer 2000; 36: 1938-43 (PMID: 11000574)
11. Thors CL, Broeckel JA, Jacobsen PB. Sexual functioning in breast cancer survivors. Cancer Control 2001; 8(5): 442-8. (PMID: 11579341)
12. Arıkan RN. Travmatik bir yaşantı: meme kanseri ve mastektomi. Kriz Dergisi 2001; 9(1): 39-46.
13. Sertöz Önen Ö, Elbi Mete H, Noyan A, Alper M, Kapkaç M. Meme kanserinde ameliyat tipinin beden algısı, cinsel işlevler, benlik saygısı ve eş uyumuna etkileri. Turk Psikiyatri Derg. 2004; 15(4): 264-75. (PMID: 15622506).
14. Okanlı A, Ekinci M. Meme kanserli hasta ve eşlerinin yaşam doyumları duygu kontrol düzeyleri ve evlilik uyumlarının mastektomi öncesi ve sonrası karşılaştırılması. VII. Ulusal KLP Kongresi, İstanbul, 2004.
15. Takahashi M, Ohno S, Inoune H, Kataoka A, Yamaguchi H, Uchida Y ve ark. Impact of breast cancer diagnosis and treatment on women's sexuality: a survey of Japanese patients. Psycho-Oncology 2007, 12. (PMID: 18074406)
16. Aygin D. Meme kanserli kadınlarda cinsel yaşam durumunun incelenmesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora tezi, 2005, İstanbul.
17. Burwell SR, Case LD, Kaelin C, Avis NE. Sexual problems in younger women after breast cancer surgery. J Clin Oncol 2006; 24(18): 2815-21. (PMID: 16782919)
18. Huguet P, Gurgel MSC, Pinto-Neto Aarao, Osis M, Moraes S. Sexuality and quality of life in breast cancer survivors in Brazil. Breast J. 2007; 13(5): 537-38. (PMID: 17760686)
19. Çavdar İ. Meme kanserli hastalarda cinsel sorunlar. Meme Sağlığı Dergisi 2006; 2(2): 64-66.
20. Lavin M, Hyde A. Sexuality as an aspect of nursing care for women receiving chemotherapy for breast cancer in an Irish context. Eur J Oncol Nurs. 2006; 10(1): 10-18. (PMID: 15908273)
21. Çam O, Babacan-Gümüş A. Meme kanserli kadınlar için duygusal destek odaklı hemşirelik girişimleri. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2006; 10(3): 52-60.
22. Şendil G. Mastektomi geçirmiş kadınların evlilik ilişkisinin incelenmesi. İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
23. Woloski-Wruble A, Kadmon I. Breast cancer: reactions of Israeli men to their wives' diagnosis. Eur J Oncol Nurs. 2002; 6(2): 93-99. (PMID: 12849599)
24. Okanlı A. Meme kanserli hasta ve eşlerinin yaşam doyumları, duygu kontrol düzeyleri ve evlilik uyumlarının mastektomi öncesi ve sonrası karşılaştırılması. Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora tezi, 2003, Erzurum.
25. National Institute of Health. The Breast Cancer Digest: A Guide to Medical Care, Emotional Support, Educational Programs, and Resources. 2nd ed., U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Bethesda, Maryland.: National Cancer Institute, 1984.
26. Sunga AY, Oeffinger KC, Hudson MM, Mahoney MC. Care of cancer survivors. American Family Physician 2005, 71 (4): 699-706.
27. Smith H. There is sex after breast cancer. <http://healthgate.partners.org/browsing/Content.asp?fileName=14548.xml&title=There%20Is%20Sex%20After%20Breast%20Cancer>, 2006, (08.10.2007)
28. Schover LR. The impact of breast cancer on sexuality, body image and intimate relationships. CA Cancer J Clin 1991; 41(2): 112-120. (PMID: 1900030)
29. Henson HK. Meme kanseri ve cinsellik. Sexuality and Disability 2002; 20(4):261-275, Çeviri: D. Aygin. Androloji Bülteni 2004; 19: 366-368.
30. Öztekin D. Meme kanserinde tanı ve tedavi sürecinde karşılaşılan sorunlarla mücadele yolları. Meme Sağlığı Dergisi 2006; 2(2): 67-70.

İletişim

Neriman Akyolcu
Tel : +90 (212) 440 00 00
E-Posta : nakyolcu@istanbul.edu.tr