

T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**POSTMENAPOZAL DÖNEMDEKİ KADINLARIN
CİNSEL YAŞAMLARINA İLİŞKİN SORUNLARININ VE
BAŞETME DURUMLARININ İNCELENMESİ**

Çiğdem YÜCEL

Doğum-Kadın Hastalıkları Hemşireliği Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ

ANKARA
2006

T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**POSTMENAPOZAL DÖNEMDEKİ KADINLARIN
CİNSEL YAŞAMLARINA İLİŞKİN SORUNLARININ VE
BAŞETME DURUMLARININ İNCELENMESİ**

Çiğdem YÜCEL

Doğum-Kadın Hastalıkları Hemşireliği Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Kafiye EROĞLU

ANKARA

2006

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne:

Bu çalışma jürimiz tarafından Doğum- Kadın Hastalıkları Hemşireliği Programında Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı

:

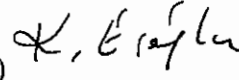
Prof.Dr. Lale Taşkın
(Hacettepe Üniversitesi)



Tez Danışmanı

:

Prof.Dr. Kafiye Eroğlu
(Hacettepe Üniversitesi)



Üye

:

Prof.Dr. Hicran Çavuşoğlu
(Hacettepe Üniversitesi)



Üye

:

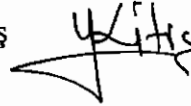
Prof.Dr. Gülşen Vural
(Gazi Üniversitesi)



Üye

:

Yrd. Doç. Yeter Kitiş
(Gazi Üniversitesi)



ONAY:

Bu tez Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Yönetim Kurulu'nun kararıyla kabul edilmiştir.



Prof.Dr. Hakan S. Orer

Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Araştırmacı katkılarından dolayı aşağıda adı yer alan kişi ve kurumlara içtenlikle teşekkür eder.

Sayın Prof. Dr. Kafiye Eroğlu, tez danışmanım olarak değerli bilgileri, görüş ve önerileri ile çalışmanın planlama ve yürütülmesinde yol gösterici ve destekleyici katkılarda bulunmuştur.

Sayın Prof. Dr. Lale Taşkın, Sayın Prof. Dr. Gülşen Vural, Sayın Doç. Dr. Füsün Terzioğlu ve Sayın Yrd. Doç. Dr. Naile Bilgili veri toplama formunun geliştirilmesine katkıda bulunmuşlardır.

Batıkent 2 Nolu Sağlık Ocağı sorumlu hekimi Sayın Giray Köksalan, sorumlu hemşiresi Sayın Yasemin Şen olmak üzere tüm Sağlık Ocağı çalışanları uygulamanın yapılabilmesi için gerekli ortamı sağlamış ve desteklerini esirgememişlerdir.

Araştırmaya katılan tüm kadınlar değerli katılımlarıyla araştırmanın gerçekleşmesine katkıda bulunmuşlardır.

Sayın Arş. Gör. Kerem Uludağ, araştırmanın istatistiksel olarak planlanmasını yönlendirmiştir.

ÖZET

Yücel, Ç., Postmenopozal Dönemdeki Kadınların Cinsel Yaşamlarına İlişkin Sorunlarının ve Başetme Durumlarının İncelenmesi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2006. Çalışma postmenopozal dönemdeki kadınların cinsel yaşamlarında ortaya çıkan sorunlar ve bu sorunlarla başetme yöntemlerinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini, Batıkent 2 Nolu Sağlık Ocağı'nda kayıtlı 45–65 yaş arası, evli, menapozda ve cinsel olarak aktif olan 309 kadın oluşturmuştur. Veriler Veri Toplama Formu aracılığı ile toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde, yüzdelik sayılar hesaplaması, Pearson Chi-Square ve Fisher's Exact Testi kullanılmıştır. Çalışmada, kadınların menapoza girdikten sonra %79,3'ünün cinsel ilişki sıklığının, %68 ile cinsel isteğinin, %62,1 ile zevk almasının azaldığı ve %51,1'inin zevk almada sorun yaşadığı belirlenmiştir. Kadınların cinsel birleşme sırasında %42,4'ünün vajende kuruluk, %30,1'inin ağrı, %24,9'unun yanma ve %4,5'inin kanama sorunu yaşadığı belirlenmiştir. Kadınların zevk almama, cinsel birleşme sırasında vajende kuruluk, ağrı, yanma ve kanama sorunlarının çözümü için çoğunlukla hiçbir şey yapmadıkları belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede hormon replasman tedavisi alma durumu, menapoz sonrası düzenli cinsel yaşam varlığı ve eşinde cinsel aktiviteyi kısıtlayan problem varlığına göre cinsel sorun yaşama durumları arasındaki fark anlamlı ($p<0.05$) bulunmuştur. Bu sonuçlar doğrultusunda hemşirelerin, menapoz dönemindeki kadın ve eşini bu dönemde görülebilecek cinsel sorunlar, nedenleri ve çözüm yolları hakkında bilgilendirmeleri ve danışmanlık yapmaları önerilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Klimakterik Dönem, Cinsellik, Cinsel Sorunlarla Başetme

ABSTRACT

Yücel, Ç., A Study on the Sexual Problems of Postmenopausal Women and Overcoming Such Problems, Hacettepe University, Institute of Health Sciences, Obstetric Nursing Program, M.Sc. Thesis, Ankara, 2006. This descriptive study was carried out to determine the sexual problems experienced by the postmenopausal women, and the methods used by them to overcome such problems. The sampling comprised of 309 women registered with the Ambulatory Care Center No. 2 in Batıkent, who were 45 to 65 years old, married, menopausal and sexually active. Descriptive Data Collection Forms were used in collecting data. Percentage estimation, Pearson Chi-Square and Fisher's Exact Test were used in data evaluation. It was determined that the postmenopausal women experienced such problems as reduced frequency of coitus for 79,3%, disorder of sexual desire for 68%, reduced sexual pleasure for 62,1%, and disorder of sexual pleasure for 51,1%. The problems experienced by the women during sexual intercourse were reported as dry vagina for 42,4%, pain for 30,1%, inflammation for 24,9%, and bleeding for 4,5%. It was determined that the women mostly took no action to solve such problems as lack of pleasure, dry vagina, pain, inflammation and bleeding during sexual intercourse. The statistical evaluation revealed a significant relation ($p<0.05$) between usage of hormone replacement therapy, the existence of regular postmenopausal sexual life and the experience of sexual problems with the problems restricting the sexual activity of the male partner. In line with the obtained results, it was suggested for the nurses to enlighten and guide the menopausal women and their partners on any possible problems and disorders to be experienced during this period, their causes and solutions.

Keywords: Climacteric Period, Sexuality, Manage with Sexual Problems

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ONAY SAYFASI	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	xi
TABLolar DİZİNİ	xii

1.GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı	1
1.2. Araştırmanın Amacı	6

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Klimakteryum Dönemi	7
2.2.Postmenapozal Dönemde Görülen Cinsel Sorunlar ve Nedenleri	8
2.2.1.Fizyolojik Nedenler	9
2.2.2.Psikolojik Nedenler.....	15
2.2.3.Eşle İlgili Nedenler	17
2.2.4.Kültürel Nedenler	18
2.3.Cinsel Fonksiyon Bozukluğunun Tedavisi	20
2.4.Cinsel Fonksiyon Bozukluklarında Hemşirenin Rolü	22

3.BİREYLER VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli	25
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	25
3.3. Araştırmanın Evreni	25
3.4. Örneklem	26
3.5. Verilerin Toplanması ve Araçlar	27
3.5.1. Veri Toplama Aracının Hazırlanması	28

	Sayfa
3.5.2. Ön Uygulama	28
3.5.3. Veri Toplama Aracının Uygulanması	28
3.6. Araştırmanın Etik Boyutu	29
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	29

4.BULGULAR

4.1. Kadınların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular	32
4.1.1. Postmenapozal Dönemdeki Kadınların Tanımlayıcı Özellikleri	32
4.1.2. Postmenapozal Dönemdeki Kadınların Geçirdiği Hastalık Öykülerine Göre Dağılımları	34
4.1.3. Postmenapozal Dönemdeki Kadınların Şu Anki Hastalık Öyküsü ve Cinsel Fonksiyonları Etkileyen İlaç Kullanımına Göre Dağılımları ...	36
4.1.4. Postmenapozal Dönemdeki Kadınların Menapozu Tanımlayan İfadesi ve Menapoz Yönelik Özellikleri	38
4.1.5. Postmenapozal Dönemde Kadınların Yaşadıkları İdrar İnkontinans Sorunu ve Çözüm yolları	41
4.2. Kadınların Cinsel Yaşam Özelliklerine İlişkin Bulgular	
4.2.1. Postmenapozal Dönemdeki Kadınların Cinsel Yaşamlarına İlişkin Özellikleri	42
4.2.2. Menapoz Sonrası Cinsel Yaşamla İlgili Değişiklik Yaşama Durumları	44
4.2.3. Postmenapozal Dönemde Kadınların Zevk Almada Yaşadığı Sorunlar ve Çözümlerine Yönelik İfadeleri	45
4.2.4. Postmenapozal Dönemde Kadınların Cinsel İlişkide Sorun Yaşama Durumları ve Cinsel Birleşme Sırasında Yaşadıkları Sorunlar ve Çözüm Yolları	47
4.2.5. Postmenapozal Dönemdeki Kadının Eşinde Olan ve Cinsel Aktivitesini Kısıtlayan Problemlere Yönelik İfadeleri	49
4.2.6. Postmenapozal Dönemdeki Kadınların Son Altı Aydır Kendilerinin ve Eşlerinin Cinsel İlişkiden Memnun Olma Durumları ve Kendilerini Cinsel Yönden Nasıl Hissettiklerine İlişkin Görüşleri	50

4.2.7. Postmenapozal Dönemde Kadın ve Eşinin Cinsel İlişkilerine Yönelik Bazı Özelliklerin Dağılımı	51
4.2.8. Postmenapozal Dönemdeki Kadının Cinsellikle İlgili Bilgi Edinme İhtiyacı ve Kaynakları	53
4.3. Kadınların Cinsel sorun Yaşama Durumunu Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulgular	54
4.3.1. Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Cinsel Sorun Yaşama Durumlarının Dağılımı	54
4.3.2. Postmenapozal Dönemdeki Kadınların Hastalık Öykülerine Göre Cinsel Sorun Yaşama Durumlarının Dağılımı	57
4.3.3. Postmenapozal Dönemdeki Kadınların Cinsel Fonksiyonlarını Etkileyen İlaç Kullanımına Göre Cinsel Sorun Yaşama Durumlarının Dağılımı	59
4.3.4. Postmenapozal Dönemdeki Kadınların Menapoza Yönelik Özelliklerine Göre Cinsel Sorun Yaşama Durumlarının Dağılımı	60
4.3.5. Postmenapozal Dönemdeki Kadınların Menapoz Öncesi ve Sonrası Cinsel Yaşam Düzenine Göre Cinsel Sorun Yaşama Durumlarının Dağılımı	62
4.3.6. İdrar İnkontinansının Postmenapozal Kadınlarda Yaşanan Cinsel Sorunlara Etkisi	63
4.3.7. Postmenapozal Dönemde Kadınların Eşinde Cinsel Aktiviteyi Kısıtlayan Problemlere Göre Cinsel Sorun Yaşama Durumlarının Dağılımı	64
4.3.8. Postmenapozal Dönemdeki Kadının Eşinin Eğitim Düzeyine Göre Kadına Zorla Cinsel İlişkide Bulunma Durumlarının Dağılımı	65
5.TARTIŞMA	66
6.SONUÇ VE ÖNERİLER	76
6.1.SONUÇLAR	76
6.1.1. Tanımlayıcı Özelliklere İlişkin Sonuçlar	76
6.1.2. Cinsel Yaşam Özelliklerine İlişkin Sonuçlar	77

Sayfa

6.1.3. Cinsel Sorun Yaşama Durumunu Etkileyen Faktörlere İlişkin	
Sonuçlar	79
6.2.ÖNERİLER	80
KAYNAKLAR	82
ÖZGEÇMİŞ	
EKLER	
EK1. İzin Belgeleri	
EK 2. Veri Toplama Formu	
EK 3. Aydınlatılmış (Bilgilendirilmiş) Onam Formu	
EK 4. Postmenapozal Dönemdeki Kadınların Kullandıkları İlaçlara Göre Dağılımı	

SİMGELER VE KISALTMALAR

AARP	Amerikan Emekli Bireyler Derneği
ARHP	Üreme Sağlığı Profesyoneller Birliği
DHEA	Dehidroepiandrosteron
DHEA-S	Dehidroepiandrosteron Sülfat
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
HRT	Hormon Replasman Tedavisi
NHSLS	Ulusal Sağlık ve Sosyal Yaşam Araştırması
NOS	Nitrik Oksit Sentetaz
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
SSK	Sosyal Sigortalar Kurumu

TABLOLAR

	Sayfa
3.7.1. Postmenapozal Dönemde Kadınların Kullandıkları İlaçlar ve Cinsel Fonksiyonlarla İlgili Yan Etkileri	30
4.1. Kadınların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular	32
4.1.1. Postmenapozal Dönemdeki Kadınların Tanımlayıcı Özellikleri	32
4.1.2. Postmenapozal Dönemdeki Kadınların Geçirdiği Hastalık Öykülerine Göre Dağılımları	34
4.1.3. Postmenapozal Dönemdeki Kadınların Şu Anki Hastalık Öyküsü ve Cinsel Fonksiyonları Etkileyen İlaç Kullanımına Göre Dağılımları ...	36
4.1.4. Postmenapozal Dönemdeki Kadınların Menapozu Tanımlayan İfadesi ve Menapoza Yönelik Özellikleri	38
4.1.5. Postmenapozal Dönemde Kadınların Yaşadıkları İdrar İnkontinans Sorunu ve Çözüm yolları	41
4.2. Kadınların Cinsel Yaşam Özelliklerine İlişkin Bulgular	
4.2.1. Postmenapozal Dönemdeki Kadınların Cinsel Yaşamlarına İlişkin Özellikleri	42
4.2.2. Menapoz Sonrası Cinsel Yaşamla İlgili Değişiklik Yaşama Durumları	44
4.2.3. Postmenapozal Dönemde Kadınların Zevk Almada Yaşadığı Sorunlar ve Çözümlerine Yönelik İfadeleri	45
4.2.4. Postmenapozal Dönemde Kadınların Cinsel İlişkide Sorun Yaşama Durumları ve Cinsel Birleşme Sırasında Yaşadıkları Sorunlar ve Çözüm Yolları	47
4.2.5. Postmenapozal Dönemdeki Kadının Eşinde Olan ve Cinsel Aktivitesini Kısıtlayan Problemlere Yönelik İfadeleri	49
4.2.6. Postmenapozal Dönemdeki Kadınların Son Altı Aydır Kendilerinin ve Eşlerinin Cinsel İlişkiden Memnun Olma Durumları ve Kendilerini Cinsel Yönden Nasıl Hissettiklerine İlişkin Görüşleri	50
4.2.7. Postmenapozal Dönemde Kadın ve Eşinin Cinsel İlişkilerine Yönelik Bazı Özelliklerin Dağılımı	51

4.2.8. Postmenapozal Dönemdeki Kadının Cinsellikle İlgili Bilgi Edinme İhtiyacı ve Kaynakları	53
4.3. Kadınların Cinsel sorun Yaşama Durumunu Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulgular	54
4.3.1. Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Cinsel Sorun Yaşama Durumlarının Dağılımı	54
4.3.2. Postmenapozal Dönemdeki Kadınların Hastalık Öykülerine Göre Cinsel Sorun Yaşama Durumlarının Dağılımı	57
4.3.3. Postmenapozal Dönemdeki Kadınların Cinsel Fonksiyonlarını Etkileyen İlaç Kullanımına Göre Cinsel Sorun Yaşama Durumlarının Dağılımı	59
4.3.4. Postmenapozal Dönemdeki Kadınların Menapozla Yönelik Özelliklerine Göre Cinsel Sorun Yaşama Durumlarının Dağılımı	60
4.3.5. Postmenapozal Dönemdeki Kadınların Menapoz Öncesi ve Sonrası Cinsel Yaşam Düzenine Göre Cinsel Sorun Yaşama Durumlarının Dağılımı	62
4.3.6. İdrar İnkontinansının Postmenapozal Kadınlarda Yaşanan Cinsel Sorunlara Etkisi	63
4.3.7. Postmenapozal Dönemde Kadınların Eşinde Cinsel Aktiviteyi Kısıtlayan Problemlere Göre Cinsel Sorun Yaşama Durumlarının Dağılımı	64
4.3.8. Postmenapozal Dönemdeki Kadının Eşinin Eğitim Düzeyine Göre Kadına Zorla Cinsel İlişkide Bulunma Durumlarının Dağılımı	65

1.GİRİŞ

1.1.Problemin Tanımı

İnsan hayatı çeşitli yaşam evrelerinden oluşmaktadır. Bu yaşam evrelerinden biri de kadın cinsiyetine özgü olan ve kadın yaşam döngüsünü etkileyen klimakteryum dönemidir.

Klimakteryum, kadının tıpkı puberte gibi fizyolojik bir dönemidir. Bu dönemde üreme çağı bitmekte, overler fonksiyonlarını yitirmekte ve kadın için doğurma yeteneğinin kaybolduğu yeni bir dönem başlamaktadır. Genel olarak, östrojen metabolizmasındaki düşme sonucu semptomların başladığı andan, geçiş sürecinin bittiği ve semptomların kaybolduğu ana kadar geçen dönem klimakteryum olarak isimlendirilmektedir (1). Bu dönem yaklaşık 40 yaş civarında başlar, yaşlılık dönemi olarak kabul edilen 65 yaş sınırına kadar devam eder (2). Klimakteryum kavramı içersine perimenapozal geçiş yılları, menapoz ve postmenapozal yıllar girmektedir. Bu dönemdeki kadın 1 yıl süre ile adet görmemişse, menapoza girdiği kabul edilir. Menapozdan yaşlılık dönemine kadar geçen süre postmenapozal dönem olarak adlandırılmaktadır (3).

Klimakterik dönemde yaşı ilerlemesine paralel pek çok organ ve sistemde değişiklikler olmaktadır. Bunlar; vazomotor semptomlar ile lipid/lipoprotein metabolizması, kardiyovasküler sistem, damar duvarı ve myokard, karbonhidrat metabolizması, hemostatik faktörler, kemik dokusu, cilt dokusu, meme dokusu ile ilgili değişimler, psikolojik ve cinsel fonksiyonlara ait değişimler olarak sıralanabilir (1,3,4).

Menapozal dönem; yaşlanan kadında sıklıkla cinsel aktivitenin de olumsuz yönde etkilendiği anatomik, fizyolojik ve psikolojik değişikliklerin görüldüğü bir dönemdir (2). Menapozla ortaya çıkan cinsel yaşamla ilgili değişiklikler sadece cinsel fonksiyonlarda meydana gelen bozuklukları değil; duyguları, davranışları ve eylemleri içeren çok boyutlu bir değişimdir (5). Sağlıklı olma ve kendini iyi hissetmenin önemli bir parametresi de sağlıklı ve doyumlu cinsel yaşam olduğundan, menapoz dönemindeki bir kadının cinsel sorununun olup olmadığı öğrenilerek, bu sorunu çözmeye çalışmak, günümüz tıbbi için bir zorunluluk olmuştur. Kökçü ve Çetinkaya (2)'nın belirttiğine göre; Uluslararası Sağlık ve Sosyal Yaşam araştırmasının verilerinde, genel nüfusta cinsel fonksiyon bozukluğu oranı kadınlarda

%43, erkeklerde %31 olarak bildirilmektedir. Klimakterik yıllarda bu oran çok daha yüksektir. Castelo ve arkadaşlarına (6) göre; cinsel fonksiyon bozukluğu oranının menapoz başlangıcından sonuna gelindiğinde %22.2'den %66'ya yükseldiği belirtilirken; Dennerstein (7) ise %42'den %88'e yükseldiğini ifade etmektedir.

Kadının cinsel problemleri erkekteki impotansa oranla daha az araştırılmış ve çalışılmış bir konudur. Bunu iki nedeni vardır; birincisi, uzun yıllar kadın cinsel fonksiyonu bir tabu olarak algılanmış, bilim adamları bile bu konudan uzak durmuşlardır. İkincisi, erkek cinsel fonksiyon bozukluğuna oranla kadın cinsel fonksiyon bozukluklarının belirlenmesi çok daha zordur. Günümüzde araştırmacılar bu ölçümleri standardize edebilmek için halen çalışmaktadırlar (8).

Dennerstein (7)'in belirttiğine göre Sarrel ve Whitehead (1985), cinsel yakınmaların, menapoz kliniğine başvuran kadınlar arasında sıklıkla bildirilen sağlık problemi olması nedeniyle, sağlık profesyonellerinin, kadın cinsel fonksiyonları üzerine menapozun etkisi konusu ile uzun zamandır ilgilenmekte olduğunu belirtmektedir. Bu çalışmalar, menapozal durumun (altında yatan hormonal değişiklik), cinsel fonksiyon üzerine olumsuz etkisi olduğunu göstermektedir.

Postmenapozal dönemde cinsel fonksiyon değişimine neden olan ortak faktör, hormonal durumdaki değişimlerdir. Menapozdan sonra en önemli hormonal değişimlerin başında östrojen düzeylerindeki azalma gelir (1,3). Östrojen azalmasına bağlı ortaya çıkan ürogenital atrofi, cinsel yakınmaların ortaya çıkmasındaki en önemli nedenlerden biridir. Subkutan yağ dokusunun kaybına bağlı özellikle meme ve labialarda değişimler meydana gelebilmektedir. Vajina daha az esnek, vajinal duvar daha ince ve rugae'ler kaybolmuştur. Cinsel birleşme sırasında vajinal kayganlık azalmıştır. Bunun sonucu olarak, orgazma ulaşmada güçlük yaşanır ve cinsel birleşmede ağrı (disparoni) meydana gelebilir (9). Tekrarlayan disparoni, ağrı korkusundan dolayı cinsel ilişkiden kaçınmaya ve sırayla uyarı yokluğu, orgazmda başarısızlık ve cinsel ilişki isteği kaybına neden olabilmektedir (10,11). Östrojen azalmasına bağlı olarak ortaya çıkan damarsal değişimler, sekonder seks karakterlerindeki kayıplar ve duyu organlarının hassasiyetindeki değişimler de dolaylı olarak cinsel yaşamı etkileyebilmektedir (10). Nappi ve arkadaşlarının (12), 45-60 yaşları arasındaki 355 kadın üzerinde yaptığı araştırmada; cinsel birleşme sırasında ağrı (% 29.8) ve azalmış libido (% 22)' nun klimakterik dönemde en sık

görülen şikayetler olduğu, cinsel memnuniyette azalma (% 45.9)'nın yaşlanma ile birlikte ortak görülen, fakat klimakterik dönemin geç evrelerinde sıklığının arttığı belirtilmektedir. Danacı ve arkadaşlarının (13), 40–60 yaş arası 70 kadın üzerinde yaptığı çalışmada, postmenapozal dönemdeki 23 kadından son 6 ay içerisinde %8,7'sinin cinsel ilişkiye girme sıklığının arttığı, %56,5'inin azaldığı, %34,8'inin ise değişmediği bulunmuştur. Aynı çalışmada; kadınlarda cinsel istek artması olmazken, %30,4'ünde azalma, %69,6'sında ise değişiklik olmadığı belirtilmiştir. Ayrıca, %31,8'inin disparoni yaşadığı belirlenmiştir. Deeks (14)'in, 35–65 yaş arası 304 kadın üzerinde yaptığı çalışmada ise, kadınların %72,3'ünün cinsel ilişki sıklığının son 1 yıldır değişmediği, %16'sının azaldığı, %6'sının ise artmış olduğu belirtilmiştir. Aynı çalışmada; postmenapozal dönemdeki kadınların % 14,7'sinin vajende kuruluk, cinsel istek azlığı ve orgazma ulaşmada güçlük yaşadıkları belirtilmiştir. Ayrıca, yaşın artması ile birlikte cinsel tatminin olumsuz etkilendiği, menapozun ilerleyen yıllarında ise cinsel fonksiyon bozukluğunun arttığı belirtilmiştir.

Östrojen libidoyu (cinsel istek) dolaylı yoldan etkilemektedir. Oysa androjenler libidoyu doğrudan etkilemektedir (10). Cinsel istekte azalma, seks hormon seviyelerindeki azalmaya doğrudan bir cevaptır. Östrojenin de rol oynamasına rağmen, cinsel istek ile ilgili en önemli hormon olarak testosteron gösterilmektedir. Blumel ve arkadaşlarının (15) 40-64 yaşları arasındaki 534 sağlıklı kadın üzerinde yaptığı araştırmanın sonucuna göre; cinsel istekte azalma, cinsel aktiviteyi bırakma nedenlerinden en önemlisi olarak bulunmuştur.

Kadınlık sadece vücudun yapısı ile karakterize değildir. Aynı zamanda hatıralar, nostalji, rüyalar, aşk, fantaziler gibi emosyonel olaylar cinsel duygulanma yapısının özelliklerini belirler. Östrojen bu yapının kadınlık yönünde gelişmesini sağlayan hormondur. Postmenapozal östrojen azalması bu etkilerin de kaybına ve azalmasına neden olmaktadır ve bu nedenle duygulanma bozuklukları görülebilmektedir. Östrojen ve androjen azalmasının ortak bir sonucu olarak, sinir sistemi ile ilgili değişimler yaşanabildiği gibi, bu tablonun daha ağır olanı, depresyon, anksiyete, kronik stres ve uykusuzluk şeklinde ilerleyen problemler de yaşanabilmektedir (10).

Bütün bu değişimlerin beraberinde menapozun, yaşılanma ile birlikte seyreden bir olay olduğu dikkate alınmalıdır. Dolayısıyla yaşılanmanın getireceği organik ve psikolojik değişimler de bu dönemin semptomlarını etkileyecektir (10). Yapılan araştırmalarda; yaşılan ilerlemesine paralel olarak kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluk prevalansının arttığı ve cinsel ilişki sıklığının azaldığı gösterilmektedir (6,7,10,16). Yaşılan ilerlemesi ile birlikte görülme sıklığı artan kronik hastalıklar ve buna bağlı kullanılan ilaçlar da cinsel yaşamı etkileyebilmektedir (17-20). DeLamater (21)'in 45 yaşı ve üzeri 745 kadın ve 639 erkek üzerinde yaptığı araştırmada; yaşılan artması ile azalmış cinsel istek arasındaki ilişkinin anlamlı olduğu belirtilmiştir. Yüksek kan basıncının ve kullanılan antikoagölan, kardiyovasküler, kolesterol düşürücü ve antihipertansif ilaçların cinsel isteği olumsuz etkilediğı belirtilmiştir.

Temel değişimlerin östrojen azalmasına bağlı olarak gelişmesinin yanında bazı özellikler klimakterik dönemdeki kadının cinsel yaşamını etkileyebilmektedir (10). Klimakterik dönemde tüm kadınlar aynı hormonal değişimleri yaşamalarına rağmen yaşam şekli, kültür, dini inanışlar, eşin özellikleri, kadının yaşadığı deneyimler, yaşı, eğitim durumu, sağlık durumu, psikolojik problemler, stres, jinekolojik problemler, yorgunluk, menapoz tipi (spontan veya cerrahi), çevresel faktörler gibi kişilerarası farklılık gösteren değişken özellikler, bu dönemdeki kadınların farklı cinsel yapıya sahip olmasını belirler (10,22,23). Peykerli, Ekşi ve Vehid (24) tarafından farklı kesimlerden 140 kadın üzerinde yapılan araştırmada, kadınların %4.6'sının menapozu cinsel özgürlük olarak ifade ettiği, % 60'ının menapozun bir kadının cinsel yaşamını etkilemeyeceği inanışında olduğu belirlenmiştir. Menapoz döneminde cinsel, psikolojik ve hormonal değişkenlerin ilişkisini inceleyen Danacı (13), tek başına menapozun cinsel istek ve davranış üzerine etki etmediğini, psikolojik ve hormonal etmenler ile etkileşebildiğini bulmuştur.

Postmenapozal cinsel yaşamın belirlenmesinde önemli özelliklerden birisi de kadının bu dönemi cinsel açıdan ne şekilde gördüğüdür. Örneğin kişi menapozu her şeyin sonu gibi algılayabilir ve her yönü ile olumsuz düşünceye sahip olabilir. Oysa farklı bir kişi, bu dönemi normal bir şekilde karşılar ve yaşam şeklini ona göre düzenler. Dolayısı ile diğer tüm bulgularda olduğu gibi, cinsel fonksiyon açısından

da bu iki kişi arasında da farklılık görölmesi doğaldır (10). Bazı kadınlar, yaşlandıkça cinsel ilişkiden daha fazla zevk alırlar. Menapoz sonrası istenmeyen hamilelikten korkmayabilirler ve cinsel ilişkiden zevk almak için kendilerini daha özgür hissedebilirler. Beyazlaşmış saçların ve kırışıklıkların cinsel eşine karşı, kendilerini daha az çekici yaptığını düşünmezler. Fakat bir kadın genç görünmenin ve çocuk doğurabilmenin, kendisini daha fazla kadınsı yaptığını inanırsa, yaşının ne olduğunu önemsemeden, kendisinin ne kadar arzu edileceği konusunda endişe yaşayabilir ve bu durum, cinsel ilişkiyi daha az zevkli hale getirebilir (25). Ancak, Hotun'un (26) yaptığı araştırmada, kadınların menopoz tanımlamaları ile cinsel ilgi azlığı ve disparoni şikâyetlerini de içeren menopozal yakınmalar arasında anlamlı ilişki bulunmadığı belirtilmiştir.

Cinsellik yaşam boyu süren bir davranıştır ve genel düşüncelere karşın, cinsellik menopozla birlikte sona ermez. Çoğu kadın tüm yaşamları boyunca cinsel olarak aktif kalmaktadır. Bununla birlikte, kadın ve eş, menopoz süresince ve sonrasında, eşindeki değişim, kültürel mit ve mesajlara bağlı olarak cinsellik ifadelerini değiştirebilirler. Yaşlanma ile birlikte cinsellikteki bu azalmalar, hormonal değişimlerden daha çok kültür ve davranışlar tarafından etkilenmektedir (27). Kültür; cinsellik hakkındaki beklenti, inanç ve tutumları sağlamakta, kadın ve erkekler deneyimlerine bir anlam vermek için bunlara yaklaşmaktadır. Delamater (21)'in yaptığı araştırmada, cinselliğe karşı negatif tutumların, azalmış cinsel istekle ilişkili olduğu belirtilmiştir.

Tüm bu noktalarda kadının bu yaşam dönemini olumlu bir şekilde geçirmesi ve kadının yaşam kalitesinin bu dönemde de maksimum iyilik haliyle geçirilmesi için, toplum ve bireyle sürekli iletişim halinde olan hemşireye de büyük sorumluluklar düşmektedir. Hemşirelerin bu konuda etkin ve donanımlı olabilmeleri için ise genel olarak klimakteriyum dönemi ve bu dönemdeki kadınların cinsel yaşam özelliklerini bilmeleri gerekmektedir. Güvel ve arkadaşları (28) tarafından hemşirelerin kadın cinsel fonksiyonları hakkındaki bilgi düzeyinin değerlendirilmesi ve bu konudaki düşüncelerinin sorgulanması amacı ile yapılan çalışma sonucunda, hemşirelerin tümü, hemşirelik eğitimi boyunca kadının cinsel sağlığı konusunda verilen eğitimi yetersiz bulmuş ve kadının cinsel fonksiyonları konusunda daha ileri bilgilere ihtiyaç duyduklarını ifade etmişlerdir.

Bu dönemde birincil olarak hemşirelerin temel sorumluluğu sağlığı koruma ve geliştirme konusunda danışmanlık yapmaktır. Hemşireler, yaşlılıkta birlikte ortaya çıkan değişimler ve cinsel problemler hakkında çiftlerin hazırlanmasına yardımcı olabilirler. Bunun yanısıra, klimakterik dönemdeki kadınlara menapozun fizyolojisi, cinsel yaşamda menapozla birlikte görülen değişiklikler ve ortaya çıkabilecek sorunlar, cinsel sorunlarla nasıl başedebilecekleri, menapozla birlikte cinsel yaşamın sona ermeyeceği, uygun kontrasepsiyon, cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve kondom kullanımı gibi konularda danışmanlık yapabilirler (9,27).

1.2.Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, postmenapozal dönemdeki kadınların cinsel yaşamlarında ortaya çıkan sorunlar ve bu sorunlarla başetme yöntemlerinin belirlenmesi amacı ile yapılmıştır. Çalışma sonucunda elde edilen verilerin, sağlık personeli için; postmenapozal dönemdeki kadınların cinsel yaşamlarına yönelik eğitim ve danışmanlık modeli geliştirmelerinde temel olabileceği düşünölmektedir.

2.GENEL BİLGİLER

2.1 Klimakteryum Dönemi

Klimakteryum, kadın yaşamının üreme dönemi ile yaşlılık dönemi arasında yer alan, overdeki morfolojik ve fonksiyonel değişimlere bağlı olarak hormonal dengenin farklılaşması sonucu ortaya çıkan semptomlar ile karakterize bir geçiş dönemidir. Yaklaşık 40 yaş civarında başlar, yaşlılık dönemi kabul edilen 65 yaş sınırına kadar devam eder (1,3). Klimakteryum kavramı içerisine perimenapozal geçiş yılları, menapoz ve postmenapozal yıllar girmektedir (1,29). Menapoz öncesi, normal ovulatuvar siklulardan menstruasyonun sonlanmasına kadar geçen süre adet düzensizlikleri ile karakterizedir ve perimenapozal geçiş yılları olarak isimlendirilir (1,3,27). Menapoz, kadının adetten kesilmesinin kesinleştiği zamandan sonrası için kullanılan bir terim olmakla beraber, bu dönemdeki en önemli olay, kadının üreme yeteneğinin bitmesi ve üreme döneminin sonlanmasıdır. Menapoz, Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) tanımına göre “ovaryum aktivitesinin yitilmesi sonucunda menstruasyonun kalıcı olarak sonlanması”dır (1,3,27,29). Postmenapoz ise, menapozdan yaşlılık dönemine kadar geçen süreyi içermektedir (3). Bu dönemde, ovarial hormonlardaki azalma ile ilişkili vajinal atrofi ve osteoporoz gibi belirtiler bulunmaktadır (29).

Dünya genelinde eski çağlardan bu yana menapoz görülme yaşının ırksal özellikler ve çevresel faktörler ile değişmediği düşünülmekte ve 50–51 yaş olarak kabul edilmektedir (1,3,4,27). Devlet Planlama Teşkilatı Dokuzuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı nüfus öngörülerine göre 2006–2013 yılları arasında yurdumuzda ortalama yaşam süresi kadınlar için 74,8 yaş olarak verilmektedir (30). Ülkemizde yapılan çalışmalar, Türk kadınında menapoz yaşının 46–48 arasında olduğunu göstermektedir (1,3). Bu verilere göre, kadınlar yaşamının yaklaşık 1/3'ünü menapozda geçirmektedirler (1,3,4). Bu nedenle, menapozla ilgili her konu her yönüyle irdelenmeli, kadınlarımızın bu dönemi sağlıklı ve kaliteli bir şekilde geçirmeleri sağlanmalıdır (1).

Yaşlanma ve klimakteryumda ortaya çıkan ani östrojen eksikliğine bağlı olarak menapoz sonrası dönemde pek çok organ ve sistemde değişiklikler meydana gelmektedir (1). Bunlar; vazomotor semptomlar ile lipit/lipoprotein metabolizması, kardiyovasküler sistem, damar duvarı ve myokard, karbonhidrat metabolizması,

hemostatik faktörler, kemik dokusu, cilt dokusu, meme dokusu ile ilgili değişimler, psikolojik ve cinsel fonksiyonlara ait değişimler olarak sıralanabilir (1,3,4).

2.2.Postmenapozal Dönemde Görülen Cinsel Sorunlar ve Nedenleri

Hem erkekte hem de kadında yaş ile birlikte cinsel fonksiyonlarda azalma meydana gelmektedir (2,31). Delamater (21)'in belirttiğine göre; Kinsey, Pomeroy ve Martin (1949), insan cinselliğini etkileyen faktörlerin hiçbirisinin yaştan daha önemli olmadığını; kadın ve erkeklerdeki cinsel davranış ve isteğin, ergenlikten yaşlanmaya doğru düzenli bir biçimde azalmakta olduğunu belirtmişlerdir. Soylu (19)'nun belirttiğine göre; Çayan ve arkadaşlarının 179 kadın üzerinde yaptığı çalışmada, kadın cinsel fonksiyon bozukluğunun yaş ilerledikçe arttığı saptanmıştır.

Menapozal dönem ise, yaşlanan kadında sıklıkla cinsel aktivitenin de olumsuz yönde etkilendiği anatomik, fizyolojik ve psikolojik değişikliklerin görüldüğü bir dönemdir (2). Castelo ve arkadaşlarına (6) göre; cinsel fonksiyon bozukluğu oranının menopoz başlangıcından sonuna gelindiğinde %22.2'den %66'ya yükseldiği belirtilirken; Dennerstein (7) ise %42'den %88'e yükseldiğini ifade etmektedir.

Menapozal yıllarda en sık görülen cinsellikle ilgili şikâyetler; cinsel cevapta azalma, isteksizlik, cinsel ilişki sıklığında azalma, ağrılı cinsel ilişki (disparoni) ve eşde cinsel fonksiyon bozukluğudur (2,10,12,18). Erkeklerde cinsel performanstaki azalma birincil olarak yaşa, genel sağlık bozukluğuna, kullanılan ilaçlara bağlı olup ereksiyon sorunu ile ilgilidir. Yaşlanan kadınlarda ise cinsel performanstaki azalmada sağlık bozukluğu daha az yer işgal etmektedir. Menapoz cinsel ilgi ve arzuyu olumsuz yönde etkilese de, bu dönemde cinsel performansın azalmasında psikolojik faktörlerinde rolü vardır (2).

Menapozal dönemde fizyolojik, psikolojik, eşle ilgili nedenler, kültürel ve kişisel faktörler yaşa bağlı cinsel ilişki fonksiyonundaki değişikliklere neden olabilmektedir (10,31–33).

2.2.1.Fizyolojik Nedenler

Menapozla birlikte ortaya çıkan hormonal değişimler, yaşla birlikte görülme sıklığı artan kronik hastalık, ilaç kullanımı ve cerrahi tedavi gibi nedenler cinsel fonksiyonları etkileyen fizyolojik nedenler arasındadır (21).

2.2.1.1.Hormonal Nedenler

Yaşlanma ile birlikte hem ovarian hem de adrenal androjen üretiminde önemli azalmalar olmaktadır. Kırk yaşları civarında bir kadında androjen düzeyleri 20 yaşlarındaki bir kadının androjen düzeyinin yarısı kadardır. Üreme dönemi esnasında ovarian steroid biyosentezi gonadotropinlere bağımlıdır ve teka ve granülosa hücrelerinde görülür. Menapozal overlerde folliküler atreziye bağlı olarak androjen üretimi azalmıştır. Postmenapozal kadınların overleri daha küçüktür ve genel olarak stromal hücrelerden ibarettir. Postmenapozal yıllarda artmış periferik konversiyon ve azalmış ovarian sentezin sonucu olarak, östron dolaşımdaki primer östrojen olmuştur. Dolaşımdaki testosteronun yarısından postmenapozal over sorumludur. Yağ dokusu, vasküler endotel, düz kaslar, kemik ve beyinde bulunan aromataz enzimi androjenleri östrojene çevirir. Overlerin aksine, bu ekstragonadal dokular C19 steroidleri sentez edemediğinden, bu dokuların lokal östrojen üretebilmesi, dolaşımda C19 prekürsörlerinin varlığına bağlıdır. Overler tarafından üretilen temel androjenler, androstenedion ve testosterondur. Menapozda ovarian androstenedion testosterondan daha fazla azalır. Menapoz öncesi overler, dolaşımdaki androstenedionun %50'sini, testosteronun %25'ini üretirler. Menapozdan sonra bu oranlar %20 ve %40 şekline döner. İlerleyen yaşla dehidroepiandrosteron (DHEA) ve dehidroepiandrosteron sülfat (DHEA-S) seviyeleri %60-%80 oranında azalır (2-4,21,33,34).

2.2.1.1.1.Östrojenin Azalmasının Cinsel Fonksiyonlar Üzerine Etkisi

Östrojen; kadın cinsel fonksiyonlarının düzenlenmesinde çok önemli rol oynar. Bu rolünü, merkezi ve periferik sinir iletimini etkileyerek duyunların uygun şekilde algılanmasını sağlayarak, vasoprotektif ve vazodilatatör etki ile genital kan akımını artırarak, vajinal ve klitoral nitrik oksit sentetaz (NOS) salınımı ve vajinal

duvarın programlanmış hücre ölümünü düzenleyerek ve vajinal mukozal dokunun bütünlüğünü sağlayarak yerine getirir (35).

Menapozun eşlik ettiği östrojenin azalması, genital organların görünümünde, normal sayılabilecek yaşa bağlı birçok değişikliklere sebep olur. Bu değişiklikler, pubik kılların azalması, mons pubiste yağ ve deri altı dokulardaki kayıp, labia majorlerde atrofi, vajinanın elastikiyetinin kaybı ve kısalmasını ihtiva eder. Vajinal sekresyonlar, hem bartholin bezlerinin atrofisi, hemde vajinal hücrelerin miktarında ve olgunluğundaki azalma sonucu miktar olarak azalır. Yüksek oranda östrojene bağımlı olan vajen epitelyumunda düzleşme ve glikojen kaybı olur ki bu durum, laktobasillerin glikojenden çevirdiği laktik asidin azalmasına ve vajendeki asit ortamın koruyucu etkisinin ortadan kalkmasına neden olur. Asit ortamın koruyucu etkisinin ortadan kalkması ile vajinanın menopozla incelen dokuları enfeksiyonlara dayanıksız ve fragil hale gelir. Vajinal kayganlığın azalması ve mukoza tabakasının kalınlığının yaklaşık 8–10 hücre tabakasından 3–4 tabakaya incelmeye ile birlikte; cinsel ilişki sonrası kanama, cinsel ilişki sırasında hafif yanma ve ağrı (disparoni) meydana gelebilir. Disparoni, kadın hastalıkları ile ilgili muayene isteyen yaşlı kadınlar arasında, en çok rastlanan cinsel şikâyetlerdir (2,3,10,22). Danacı ve arkadaşlarının (13) 40–60 yaş arası 70 kadın üzerinde yaptığı araştırmada, menopozal kadınların %31.8'inin disparoni sorununu yaşadığı belirtilmiştir. Hotun (26)'un yaptığı çalışmada, menopoz dönemindeki kadınların %42.4'ünün disparonisi olduğu belirlenmiştir. Nappi ve arkadaşlarının (12) yaptığı çalışmada ise; kadınların %29.8'inin disparonisi olduğu ifade edilmiştir. Tekrarlayan disparoni kadında korkuya neden olarak; uyarı yokluğu, orgazmda başarısızlık ve cinsel istek kaybına yol açabilir. Bu durum, tüm cinsel ilişki faaliyetinden kaçınma ve cinsel ilişkilerde zorluk yaşanmasına neden olabilir (2,10,11,33). Östrojen azalması sonucunda cinsel uyarılma fazı çok uzun bir zaman alır ve orgazmik kapasite azalır (2,10,33). Ayrıca; östrojen azalması cinsel isteğin azalmasına da önemli derecede katkıda bulunur (2,10,32,33). Ürogenital atrofi sonucunda üriner stres inkontinans ortaya çıkar ve bu durumdaki kadınlar cinsel aktiviteden şiddetle kaçınırlar (2,10,33).

Östrojenin bir diğer etkisi damarlar üzerinedir. Klitoral ve vajinal arteriyel yatağın ateroskleroza bağlı genital kan akımı azalmaktadır. Bu kan akimindeki azalma düz kasların gevşemesini azaltarak genital organların cinsel uyarıya verdiği

cevabi azalttığı gibi düz kasların fibrozuna da yol açmaktadır. Ateroskleroza bağlı azalmış pelvik kan akımı vajinal duvar ve klitoral düz kaslarda fibrozise yol açabilir. Bunun sonucu vajinal kuruluk ve dispareni görülebilir (8,19).

Östrojenin azalması, deride sebace ve ter bezlerinin fonksiyon kaybına ve dolayısı ile “kadın kokusu” adı verilen duyunun azalmasına neden olur. Bu nedenle, östrojen doğrudan değil dolaylı yoldan cinsel eşin libidosunu da etkileyebilir. Östrojen azalmasına bağlı olarak, mukozal yapının karakteri de bozulur, göz, dudak kuruluşu tat ve koku alma duyusuna yansır. Dolayısı ile cinsel açıdan öpüşmeye ve oral cinsel hazza bağlı duyular azalır. Östrojenin bir diğer etkisi; psikolojik yapıyı etkileyen fiziksel değişimlere (deri, kas, tırnaklar, saç değişimleri) neden olmasıdır. Sekonder seks karakterlerindeki değişimler, kadının kadınlık kimliğinde kayıplara neden olur ve dolaylı olarak cinsel davranışı etkiler (10).

2.2.1.1.2.Androjen azalmasının seksüel etkileri

Testosteron; cinsel yanıtta rol oynayan dopamin, oksitosin ve santral etkili noradrenalin gibi merkezi nörotransmitterlerin regülasyonunu sağlar (35). Menapozda testosteron düzeyindeki değişimler, azalmış cinsel arzu ve cinsel cevap ile birliktedir. Androjen eksikliğinin başlıca semptomları; cinsel motivasyon, fantezi, cinsel zevk almada azalma, cinsel uyarımda azalma, orgazm kapasitesinde azalma ve sonuç olarak libidoda azalmadır. Ayrıca; vajinal konjesyonda, pubik kıllarda, kemik ve kas kitlesinde azalma; yaşam kalitesinde kötüleşme, vazomotor semptomlar, uykusuzluk, depresyon ve baş ağrısının daha sık olarak ortaya çıkması androjen yetersizliğinin diğer önemli semptomlarıdır (2,10,33). Libido üzerine testosteronun etkisi 4 noktada özetlenebilir (2) :

1. Testosteron libido üzerine direk pozitif etkiye sahiptir.
2. Ruhsal durum, otorite kurmak, enerji dolu hissetmek ve iyilik hali üzerine doğrudan etkiye sahiptir.
3. Östrojen sentezi için öncüdür.
4. Direk vazomotor etkiye sahiptir ki bu vajinal kanlanma ve kayganlık için önemlidir.

Son zamanlarda araştırmacılar, 40–70 yaşlarındaki kadınların, adrenal androjen DHEA'nın cinsel istek üzerindeki etkisini incelemektedir. DHEA

seviyeleri, kadınlardaki cinsel isteğin ölçülmesi ile doğrudan ilgili olmamasına rağmen, önemli bir şekilde kadının tüm iyi olma durumu ile ilişkilidir. İyi olma durumu ise cinsel ilişki kalitesinin göstergesi olarak kabul edilmektedir (18).

2.2.1.1.3.Hormonal Değişimlerin Cinsel Cevap Üzerine Etkisi

Cellek (8), Soylu (19) ve Yeni (35)'nin belirttiğine göre; kadın cinsel cevabını Masters ve Jonnson uyarılma, plato, orgazm (doyum) ve çözülme olarak 4 faza, Kaplan ise 3 faza (istek, uyarı, orgazm) ayırmıştır. Yaşlanma ile birlikte gelişen birçok değişiklikler, kadının cinsel cevap dönemlerini etkiler (18). Androjen ve östrojenin santral etkisindeki azalma ve atrofik değişimler sonucunda labial ve vajinal kayganlaşmanın başlangıcı 15–30 saniyeden 5 dakikaya yükselir, klitorisin uyarılma ve elevasyon süreleri uzar, orgazm süresi kısalarak çözülme dönemi hızlanır (3,36).

Uyarılma döneminde, genç kadına göre, vajinal kanlanma daha az yoğunluktadır ve oluşumu daha uzun zaman alır. Vajinal kayganlaşma hem miktar olarak azalır hem de zaman olarak gecikir. Oysa genç kadınlarda, uyarılma dönemi ile birlikte kayganlaşma sadece 10–15 saniye alır. Menapoz sonrası kadınlarda bu olay 5 dakika veya daha fazla süre alabilir. Vajinal vazokonjesyonda ve kayganlaşmada azalma, vajinal kuruluğa neden olur ve cinsel ilişkiyi ağrı veren bir olay haline dönüştürebilir (18,20).

Cinsel cevabın plato fazı yaşlı kadınlarda uzun sürelidir. Uterin elevasyon azalır, labia majorler genç yaşlardaki kadar yükselmez, meme damarları daha az kanlandığından meme uçlarında daha az dikleşme meydana gelir (18,20).

Orgazmik cevap yaşla bağlantılı şekilde etkilenmez. Vajinal ve rektal kontraksiyonların sayısının ve şiddetinin azalmasına rağmen, kadınlar orgazmı ilgili kapasiteyi koruyabilir. Genç kadınlarda, orgazm esnasında 5 ila 10 arası vajinal kontraksiyon olurken, yaşlı kadınlarda 2 veya 3 kontraksiyon meydana gelir. Erkeklerde olduğu gibi, yaşlı kadınlardaki cinsel ilişkinin çözülme fazı, vazokonjesyonun hızlı bir şekilde azalması ile tanımlanır (18,20).

Pelvik taban kaslarının kadının cinsel cevabı ve uyarılmasındaki rolü önemlidir. Bulbokavernöz ve iskiokavernöz kaslar orgazm sırasındaki istemsiz ritmik kontraksiyonlardan sorumludur. Yine bu kasların istemli kasılması kadının ve erkek

partnerinin orgazmına katkı sağlar ve orgazmın şiddetini artırır. Hormonal değişimler, pelvik kasların tonisitesini etkileyebilmektedir. Bu kasların hipertonic olması ve istemsiz kasılmalarına bağlı vajinismus gelişmekte veya dispareni ve diğer cinsel ağrılı durumlar ortaya çıkmaktadır. Hipotonik olmaları ise vajinal hissin azalması (hipoanestezi), kadının hiç orgazm olamaması, geç orgazm olması, yeterli uyarıya rağmen orgazma ulaşmanın çok güç olması ve cinsel ilişki veya orgazm sırasında üriner inkontinansa yol açabilmektedir (8,10,19).

Yaşla ilgili değişikliklere rağmen birçok araştırma, menapoz sonrasında kadınların, seks uygulamalarında cinsel uyarı açısından, çok az veya hiç bir değişikliğin olmadığını bildirmektedir (18,20). Masters & Johnson, 50–70 yaşları arasındaki yaşlı kadınların elle doyum faaliyetinde artma olduğunu belirtmektedir. Aynı çalışmada, kadınların yaşamları boyunca cinsel ilişki yönünden aktif kalabildiklerini ve orgazm potansiyelinde hiçbir düşüş olmadığını, hatta daha fazla orgazm oldukları ve cinsel ilişkiye cevap vermedeki değişikliklerin, cinsel fonksiyonda azalma anlamına gelmediğini vurgulamaktadır (36).

2.2.1.2.Sağlık Durumu

Günümüzde, kadınlar ve erkekler daha uzun, daha sağlıklı bir hayat yaşarken aktif ve mutlu edici cinsel hayatlarını da devam ettirmektedir (36). Çoğu erkek ve kadın için cinsel fonksiyon değişiklikleri, orta yaşlarda ve yaşlanmanın normal sonucu olarak meydana gelmektedir. Ancak kişiler sağlıklarını tam olarak devam ettirdikleri sürece normal yaşlanma, cinsel ilişki fonksiyonunu olumsuz etkilememektedir (32). Delamater (21)'e göre; yaşlı yetişkinler, sağlık problemleri cinsel isteklerini etkileyincede kadar cinselliklerini sürdürmektedirler.

Yaşın ilerlemesi ile birlikte görülme sıklığı artan kronik hastalıklar cinsel yaşamı etkileyebilmektedir. Koroner arter veya periferik vasküler hastalıklar, hipertansiyon, hiperlipidemi, diyabet, aterosklerozis, artrit, nörolojik hastalıklar, jinekolojik problemler, kronik ağrı, tiroid veya testosteron eksikliği, depresyon, pelvis veya spinal kord zedelenmesi ve cerrahisi ile kanser (prostat ve meme kanseri) ve tedavisi, cinsel işlevler üzerinde olumsuz etki yapabilir. Bu hastalıklar; cinsel fonksiyonlara aracılık eden endokrin, nöral ve vasküler işlevler ile üretkenlik yapılarına doğrudan etki ederken, dolaylı olarak tüm vücut işlevlerini kısıtlayarak

cinsel fonksiyonları zayıflatabilmektedir (8,18,19,21,37). Kadınların böbrek yetersizliğinde ve diyaliz tedavisinde olması, cinsellik içgüdüsünün azalmasına, vajinal kayganlığın zayıflamasına ve cinsel ilişkide orgazm başarısızlığına neden olabilmektedir (18).

2.2.1.3.İlaç Kullanımı

İlaç tedavisinin, kadınların cinsel fonksiyonu üzerindeki etkilerine ait araştırma, erkekler üzerinde yapılan araştırmalara göre önemli şekilde yavaş ilerlemektedir. Antidepresan ilaçların (monoam inoksidaz inhibitörleri, trisiklik antidepresanlar, selektif serotonin reuptake inhibitörleri), çoğunlukla kadınların cinsel fonksiyonunu etkilediği belirtilmektedir. Depresyonu önlemek için alınan ilaçlarla ilgili yan etkiler; azalan cinsel arzu, tahrik olma veya kayganlığın yetersiz olması, vajinal anestezi, geciken orgazm ve cinsel ilişkide orgazm yokluğudur. Antipsikotik (phenothiazins, butyrophenones) ve nöroleptik ilaçlar, kadınlarda cinsel fonksiyonlarda bozulma yapabilir. Antihipertansif ilaçlar cinsel fonksiyon bozukluğuna ve genel olarak libido kaybına neden olabilmektedir. Son zamanlarda, antihipertansif ilaç clonidine, vajinal kan hacmi ve nabız basıncındaki düşme ile kadınlarda fizyolojik olarak cinsel cevap bozukluğuna neden olabilmektedir (18,19,21). Bunların dışında; lipid düşürücü ajanlar, H₂ reseptör antagonistleri, antihistaminikler, kemoterapötikler, merkezi sinir sistemine etkili ajanlar, antikolinerjikler (diphenhydramine), antikonvülzanlar (carbamazepine, phenobarbital, phenytoin), narkotikler (oxycodone), sedatifler /anksiyolitikler (benzodiazepines), antiandrojenler (cimetidine, spironolactone), antiöstrojenler (tamoxifen, raloxifene) ve oral kontraseptifler kadın cinsel fonksiyonlarına etki eden ilaçlar arasında sayılabilir (19,20). Hormon replasman tedavisi (HRT) sadece östrojen içerdiği zaman, klimakterik semptomları azaltarak bu faktörlerden etkilenen kadınların cinsel işlevlerine olumlu etkileri olabilmektedir. Fakat tek başına veya progesteron ile kombinasyonunda östrojen, libido kaybı şikâyetlerini hafifletmemekte aksine, dolaşımdaki serbest testosteron azalmasına yol açarak libido kaybına neden olabilmektedir (31).

2.2.1.4.Cerrahi Tedavi

Jinekolojik ve meme kanserinin cerrahi tedavileri, özellikle kadınların cinsel fonksiyonları üzerine, beden imajında değişikliğe bağlı olumsuz etki yapmaktadır. Meme veya vulvovajinal operasyonlar, şüphesiz tüm yaşlardaki kadınlarda benliği etkilemektedir. Cerrahi tedavi, yaş ilerledikçe değişen beden imajını daha fazla oranda olumsuz yönde etkileyerek psikolojik hasara yol açabilir. Sonuç olarak; kadının cinsel ilişkiden mutsuzluk duymasına veya cinsel temastan uzak durmasına neden olabilir (18,38,39).

Kadınlarda, histerektomi çok yaygın bir ameliyattır. Bu ameliyatların, doğrudan cinsel fonksiyon üzerinde etkili olmadığı gösterilmiş bulunmakla birlikte, bazı kadınlar uterin kontraksiyonların yokluğundan dolayı, histerektomiye takiben orgazm zevkinde azalma olduğunu belirtmişlerdir. Histerektomi operasyonunu; kadınlık, özgüven ve beden imajı kaybı olarak gören kadınlar, bu tip operasyon ile travmaya uğrayabilirler. Bazen de tam tersi; ağrı, normal olmayan kanama ve kramptan kurtulmanın sonucunda, cinsel fonksiyonlarda iyileşme görülebilir (18).

2.2.2.Psikolojik Nedenler

Postmenapozal cinsel yaşamın belirlenmesinde önemli özelliklerden birisi, kadının bu dönemi cinsel yönden nasıl algıladığıdır. Örneğin kişi bu dönemi her şeyin sonu gibi algılayabilir ve her yönü ile olumsuz düşünceye sahip olabilir. Oysa farklı bir kişi, bu dönemi normal bir şekilde karşılayabilir ve yaşam şeklini ona göre düzenleyebilir. Dolayısı ile diğer tüm bulgularda olduğu gibi, cinsel fonksiyon açısından da bu iki kişi arasında da farklılık görülmesi doğaldır (10). Bazı kadınlar, yaşlandıkça cinsel ilişkiden daha fazla zevk alırlar. Menapoz sonrası istenmeyen hamilelikten korkmayabilirler ve cinsel ilişkiden zevk almak için kendilerini daha özgür hissedebilirler. Bazı kadınlar, beyazlaşmış saçlar ve kırışıklıkların cinsel eşine karşı, kendilerini daha az çekici yaptığını düşünmezler. Fakat bir kadın genç görünmenin ve çocuk doğurabilmenin, kendisini daha kadınsı yaptığını inanırsa, yaşının ne olduğunu önemsemeden, kendisinin ne kadar arzu edileceği konusunda endişe yaşayabilir ve bu durum, cinsel ilişkiyi daha az zevkli hale getirebilir (25).

Toplumumuzda, özellikle kırsal kökenli geleneksel tutucu yaşam biçimini benimsemiş kadınların menapoza girdikten sonra çocuklarının evlenip ayrılması ya

da torun sahibi olması durumunda kendilerine cinselliği yasakladıkları gözlenmiştir. Bu kadınların özel ve duygusal yaşamları biraz yakından incelendiğinde, bunun tek nedeninin geleneksel davranış kalıpları olmadığı, eş ilişkilerindeki huzursuzlukların, kırgınlıkların yanı sıra, ev ve yaşam koşulları ile diğer bir takım ruhsal sorunlara da bağlı olduğu görülmektedir (40).

Evliliğin yılların alışkanlığıyla sıkıcı bir ilişki haline gelmesi, çocukların büyüyerek evden ayrılmasıyla oluşan boşluk, kocanın yaş dönümü bunalımına girmesi, eşin ilgisinde azalma, emeklilik nedeni ile yaşam koşullarında sosyal ve ekonomik değişme ve daralmaya bağlı olarak yaşamı canlı tutan uyarıların azalması cinsel yaşamı olumsuz etkilemektedir. Çalışan kadında ise, iş yaşamında artık baş etmesi ya da kabullenmesi zor gelen güçlükler, çatışmalar, gelecek beklentilerindeki azalmalar ve emekli olup işten ayrılma ile meydana gelen boşluk, işe yaramazlık duygusu, doğrudan veya dolaylı olarak cinselliği etkileyebilmektedir (18,40). Bazı kişiler tarafından cinselliğin doğurganlık ile aynı anlamda algılanması, fertilitenin kaybolduğu bu dönemlerde cinsel düşüncenin anlamını yitirmesine de neden olabilmektedir (10).

Menapoz döneminde kadınların pek çoğu, ekonomik durumlarını düzeltmiş, çalışma hayatlarındaki kazanımlarla refah düzeylerini oldukça yükseltmiş, çocuklarını büyütmüş ve eşlerin birbirlerine daha fazla zaman ayırabileceği bir döneme girilmiştir. Ancak, bunlar teorik olarak doğru olmasına karşın, gerçekte klimakterik yılların başlangıcı ile birlikte çoğu kadında veya hem kadın hem erkekte cinsel uyumsuzluklar ve sorunlar da başlamaktadır (2).

Genç kişilerin cinsel gücünü etkileyen birçok psikolojik faktör, yaşlı erkekleri ve kadınları da etkilemektedir. Özellikle kişilerarası ilişkinin yapısı önemlidir. Evlilikte memnuniyet, genç çiftlerde olduğu gibi, yaşlılar içinde cinsel ilişki memnuniyeti ile yakın ilişkilidir (18). Yaygın inancın tersine; evlilikler, zamanla duygusal seks arkadaşlığı yakınlığını arttırmamaktadır. Yirmili yaşlarda, cinsel ilişkide çok aktif olan çift için, kırklı yaşlarda cinsel çekiciliğini kaybetmesi olağandışı değildir (36). Orta yaşlardaki sevgisiz bir ilişki veya evlilik, daha sonra cinsel deneyimleri veya ilişkileri olumsuz yönde etkileyebilmektedir (41). Evlilik anlaşmazlıkları, ilişkilerdeki dengesizlik, sorumluluklar, cinsel ilişki ve iletişim sorunları, güven eksikliği, cinsel istekte uyumsuzluk, can sıkıntısı ve yetersiz seks

teknikleri, tüm yaşlardaki çiftler arasında farkına varılan, topluma ait seksle ilgili mutsuzluk kaynaklarından bazılarıdır. Yaşlı insanlarda, eğer ayrılma seçeneği artık geçerli görünmüyorsa, bu faktörler, öfke ve yıllarca birikmiş dargınlık ve boyun eğme nedenleriyle gücünü arttırabilir (18).

Postmenapozal kadınlarda, yaşlanma ve çocuk doğurma yeteneklerinin kaybolması psikolojisinin yanısıra cinsel yönden kadınlık görevlerinin azalacağı veya kaybolacağı endişesi ortaya çıkabilmektedir. Özellikle kadınların kendilerini başka sosyal açılardan kanıtlayamadıkları toplumlarda, bu bulgular ve endişeler daha belirgin bir şekilde ortaya çıkar. Bu duyguları kompanse etmek amacı ile psikolojik ve sosyal yapılarına göre bazı klimakterik kadınların cinsel isteklerinde ve cinsel ilişki sıklığında artışlarda gözlenebilir (3).

Emekliliğe bağlı yaşam tarzındaki değişiklikler ve ilişkilerde uyum sorunları da cinsel yaşamı etkileyebilir (41). Hayatlarının ilerlemiş basamaklarına ulaştıkları zaman, birçok kadın kendi değerlerini etkileyen kayıplarla boğuşurlar. Bunlar iş kaybı, statü kaybı, hareketlilik kaybı, hayat arkadaşı kaybı, dostları ve ailesinin kaybını içerir. Tüm bu faktörlerin herhangi birisi endişe ve depresyon olasılığını arttırarak, cinsel istek üzerine olumsuz etki yapar (18,42).

2.2.3.Eşle İlgili Nedenler

Erkekteki değişimler, cinsel aktiviteyi sürdürme isteği devam etse de etmese de cinselliği etkileyebilir. Eşi olan bir kadın için, seks faaliyetinin sıklığı, erkek arkadaşının sağlık durumundan etkilenmektedir (42).

Erkeklerde azalmış cinsel aktivite 40'lı yaşlarda başlayıp 50–70 yaşlar arasında belirgin hale gelir. Diyabet, kalp hastalıkları, yüksek tansiyon, yüksek kolesterol, ateroskleroz, vasküler hastalıklar, sigara ve alkol kullanımı, psikiyatrik bozukluklar, nörolojik hastalıklar ve bunlarla ilgili operasyonlar, endokrinolojik değişimler, penis içersindeki sinir ya da damar oluşumlarına zarar verebilecek operasyonlar (spinal kord, prostat, pelvis, mesane) erkeklerde ereksiyon bozukluğuna neden olabilen durumlardır. Ayrıca yaşam şekli ve kullanılan ilaçlar da ereksiyonu etkileyebilmektedir (43).

Kadınlara göre erkeklerdeki fizyolojik değişimler daha yavaş olmaktadır. Testesteron düzeyindeki azalma çok yavaş olmaktadır. Cinsel eylemlerdeki yoğunluk

ise kişiden kişiye değişiklik gösterir (40). Erkek yaşlandıkça; ereksiyonun gerçekleşmesi ve orgazma ulaşmak zaman alır ve daha az sertleşme olur (25,27,42). Erkekler, iktidarsız olduklarına veya hasta olduklarına inanarak, cinsel aktiviteyi bırakabilirler ve çok fazla hayal kırıklığı yaşayabilirler. Bu durumda kadınlar cinsel eşlerinin onlara karşı olan ilgilerinde azalma olduğuna inanabilirler. Çiftlerin bu değişimleri anlamaları için danışmanlığa ihtiyaçları vardır (27).

Kadınlar genellikle kendilerinden yaşlı erkeklerle evlendikleri için ve erkeklerden 7–8 yıl daha uzun yaşama ihtimalinde oldukları için, eşinin ölümüyle karşılaşması daha olasıdır. Bu durumda kadınların daha sonraki yaşamlarını yalnız geçirmeleri, erkeklerden daha muhtemeldir. Birçok yaşlı kadın, elde edilebilir cinsel arkadaş yokluğunda, cinsel duygularının altüst olduğunu bildirmektedir (18,27). Eşini kaybeden kişilerde elle tatmin geçerli bir seçenek olmasına rağmen, yaşlı insanlar, elle tatminin anormal veya daha da ötesi sağlıksız olduğu inancı ile büyümüş olabilirler ya da bundan suçluluk duyabilirler (8,31).

2.2.4.Kültürel Nedenler

“Kadın ve Cinsellik” Türkiye’de hala güçlü bir tabudur. Konuya, örgün eğitim sisteminde ya da aile gibi gayri resmi sistemlerde değinilmediğinden, çoğu kadının bilgiye ulaşma şansı çok azdır ya da yoktur. Herhangi bir yetişkin eğitiminde konuya değinilmesi, en fazla üreme sağlığı eğitimi aracılığıyla, o da teknik bir yaklaşımla olmakta, kadının cinselliğini kontrol ve baskı altında tutmaya dair sosyal ve kültürel bakış açılarını içermemektedir; arzu ve haz konusundaki psikolojik ve bireysel bakış açılarını içermesiye çok daha uzak bir olasılıktır. Çoğu kadının cinsellik konusundaki sınırlı bilgileri, genellikle, kadınların cinsel deneyimini ciddi biçimde sınırlayan katı davranış kurallarını destekleyen yanlış bilgilere ve toplumsal mitlere dayalıdır (44).

Toplumsal cinsiyet rollerine göre şekillenmiş cinsellik anlayışları, çeşitli toplumsal mitlerde ve yaygın deyişlerde yansıtılmaktadır. “Kadınlar doğaları gereği cinsel olarak pasiftir, erkeklerse doğaları gereği cinsel olarak aktiftir”, “Kadınların cinsel dürtüleri, erkeklerin cinsel dürtülerinden daha azdır” ve “Kadının cinselliği menopozdan sonra sona erer” vb. Bunların sonucunda beliren izlenim, erkeklerin ne olursa olsun cinsel boşalmaya ihtiyaçları olduğu, kadınlar için ise, cinselliğin

sessizce kabul edilmesi gereken bir yük, sadece çocuk dünyaya getirmeye yönelik, haz kavramlarından yoksun bir sorumluluk olduğudur. Bu, kadınların cinselliğini sınırlamaya, yok etmeye, kontrol etmeye ve baskı altında tutmaya yönelik bir sosyal yapıdır (44).

Kültür; cinsellik hakkında bir dizi beklentileri, inançları ve tutumları sağlamakta, kadın ve erkek deneyimlerine bir anlam vermek için bunlara yaklaşmaktadır (21). Cinsellik yaşam boyu süren bir davranıştır ve genel stereotiplere karşın, cinsellik menapozla birlikte sona ermez. Çoğu kadın tüm yaşamları boyunca cinsel olarak aktif kalmaktadır. Bununla birlikte, kadın ve eş, menapoz süresince ve sonrasında, eşindeki değişim, kültürel mit ve mesajlara bağlı olarak cinsellik ifadelerini değiştirebilmektedir. Yaşlanma ile birlikte cinsellikteki bu azalmalar, hormonal değişimlerden çok kültür ve davranışlar tarafından etkilenmektedir. Kadınlar, çocuk doğurabilme koşulu ile cinsel ilişkiyi bir eş olarak sorumluluklarının bir parçası gibi kabullenmektedir. Menapoz bu görevden onları uzaklaştırdığı zaman, ilişkiyi bırakmayı seçebilmektedirler. Diğer kadınlar için kontrasepsiyon kaygısı, menstruasyon ve gebe kalma kokusu kalmaksızın libidoları yükselebilmektedir (27).

Doğurganlığa, genç ve güzel görünüme saygı gösteren kültürel tavırlar; yaşlı insanların cinselliğe ilgi duymamaları gerektiği gibi bir beklentiye neden olabilmektedir. 1960'lı yıllardan beri, cinsel rollerin değişmiş ve cinsel ifadelerde daha çok özgürlük bulunmasına rağmen, yaşlı insanların bedensel olarak çekici olmadığı, cinsel ilişkiye ilgisiz olduğu, cinsel uyarıyı başarmada yetersiz kişiler olduğu gibi klişe düşünceler, hala geniş çapta mevcuttur (41).

Medya, daha geniş toplumda, tavırlar konusunda sözü geçen önemli bir kurumdur. Büyük kitleye hitap eden medyada aktarılan cinselliğin ve yaşlanmanın sosyal ve kültürel tarifleri, yaşlı insanların kendilerini nasıl algıladığını etkiler (41). Yaşlı insanlar cinsel anlatımın her şekliyle çekilebilir, görmezlikten gelebilir veya cinsel isteğini bastırabilir. Çünkü “hasta”, “uygunsuz” veya “yanlış” tır. Delamater (21)'in belirttiğine göre; Sloane (1993), çoğu yaşlı kadınların ve erkeklerin kendilerini asexüel olarak hissettiklerini belirtmektedir.

Cinsel çekicilik konusundaki halk hikâyeleri, inanışlar ve cinsel çekiciliğin ne olduğu yaşlı kadınları etkileyebilir ve kendi itibarının azalmasına, belki de ruhsal

çöküntüye neden olabilir. Yaşlı insanlar, “onların yaşında” cinsel ilişkide bulunmaktan mahcup olabilir, suçluluk duyabilir veya utanabilirler. Özellikle bu dönemde eşini kaybetmiş ya da ayrılmış kadınların, karşı konması zor olabilen dinsel nedenlerle evlenmemesi cinsel yaşamlarını etkilemektedir (45).

Doğum için seksüel sınırlayan dini yaptırımlar ve kaliteli bir hayat için cinsel ilişki arkadaşlığının, aşkın ve cinsel ilişki zevkinin öneminin göz ardı edilmesi, önemli insan ihtiyacını inkâr etmektedir (41).

2.3.Cinsel Fonksiyon Bozukluğunun Tedavisi

Menapoz döneminde cinsel sorunlar sık görülse de, kadının bu problemlerini doktoru ile konuşması her zaman rahat olmamaktadır. Önceleri bu konuda tedavi seçeneklerinin de kısıtlı olması nedeniyle doktorların yaklaşımı da palyatif kalmaktaydı. Ancak günümüzde kadın cinsel fonksiyon bozukluklarının tedavisine yönelik önemli ilerlemeler kaydedilmiştir. Kadın cinsel fonksiyon bozukluklarının tedavisi konusunda çalışmalar problemin nedenine yönelik faktörlerin düzeltilmesi yönünde artarak devam etmektedir. Hormon tedavisi dışındakiler henüz araştırma aşamasında olan tedavi alternatifleridir. Ancak bilinmesi gereken, kadında cinsel bozuklukların nedeninin sadece psikolojik olmayıp, birçok tedavi yaklaşımlarının bulunduğudır. Özellikle genital bölgedeki kan akımının arttırılması ile cinsel fonksiyonların da artacağı üzerinde durulmaktadır (46).

Tedavide öncelikle hasta ve eşinin konuyla ilgili bilgilendirilmesi, eğitimi ve tedaviden beklentiler ortaya konulmalıdır. Hastalara, konuyla ilgili kitap ve yayınları okumaları önerilerek durumun sadece kendilerine özgü olmadığı bilinci verilmelidir. Davranışsal ve ilaç dışı tedaviler ile başarılı sonuçlar alınmış olmasına rağmen bu kazanımlar uzun sürmemektedir (47).

Tedaviye kadın cinsel fonksiyon bozukluğuna neden olabilecek bilinen risk faktörlerinin belirlenmesi (hipertansiyon, DM, ilaçlar vb.) ve kontrol altına alınmasıyla başlanmalıdır (46). Hastanın psikososyal çevresi değerlendirilir. Menapozdan önce eşiyile ilişkisinde herhangi bir sorun varsa not edilmelidir. Bu dönemde eşinin de yardıma gereksinimi olacağı gözardı edilmemelidir. Cinsel işlev bozukluklarının değerlendirilmesi aşamasında bozukluğun oluşmasını “hazırlayan”, “ortaya çıkaran” ve “sürdüren” faktörler göz önüne alınarak, kişiler bilgilendirilerek

tedaviye başlanmalıdır. Cinsel sorunların çoğu psikolojik ve tıbbi tedaviye gerek kalmadan, konuya ilişkin eğitim ve önerilerle giderilebilir (48).

Östrojen replasman tedavisi, postmenapozal kadınlardaki kadın cinsel fonksiyon bozukluğu tedavisinde semptomları düzeltmede tek başına yeterli görünmemektedir. Ayrıca dolaşımdaki testosteron seviyelerini düşürerek potansiyel bir androjen yetmezliğini tetikleyebilirler. Böyle durumlarda sistemik östrojen tedavisinin yerine östrojen içeren lokal ajanlar kullanılmalı veya sistemik östrojen tedavisine androjenler eklenmelidir (47,49).

Androjen replasmanının kadınlarda kullanımı tartışmalıdır. Androjen replasmanı ile cinsel istek bozukluğunda düzelme gösterilmesine rağmen uzun dönem etkileri konusunda yeterli çalışma bulunmamaktadır. Androjen yetmezliği sendromu belirtilerine sahip ve serbest testosteron seviyeleri düşük bulunan hastalarda androjen replasmanı düşünülebilir. Tedavi yakın takip altında yapılmalıdır. Akne, hirsutizm, erkek tipi saç dökülmesi, ses kalınlaşması ve klitoral hipertrofi dikkatli olunması gereken yan etkilerdir (47,49).

Klitoral vakum cihazları tedavide kullanılan başka bir seçenektir. Cihazın klitoris üzerine yerleştirilen bir başlığı bulunur. Cihaz çalıştırıldığında vakum etkisi yaparak klitorise gelen kan miktarını artırır. Sonuç olarak genital kanlanma ve uyarılma artmaktadır. Vajinal kuruluğu giderdiği, uyarılmayı artırdığı, cinsel ilişkiyi kolaylaştırdığı bildirilmiştir. Ama kullanım güçlüğü problem olabilir (46,47,49).

Kadın cinsel uyarılma bozukluğunun medikal tedavisinde kullanılan ajanlar (L-Arjinin, zestra, l-arjinin+yohimbin, alprostadil, avlimil, sildenafil) geniş bir ilgi alanı bulmuş, ancak kadın cinsel fonksiyon bozukluğu için güvenilirliği ve etkisi kanıtlanmamıştır. Bu ilaçların bir çoğu lokal kan akımını arttırmaya yöneliktir. Ancak artmış kan akımı, kayganlaşma ve genital dolgunlaşmada artışa neden olmasına rağmen, subjektif uyarılmayı belirgin olarak etkilememektedir (47,49).

Disparoni ve vajinal kuruluk durumunda topikal lubrikanlar ve vajinal nemlendiriciler kullanılabilir. Ağrıya neden olabilecek fizyolojik neden saptanabilirse tedavi edilmelidir (47). Vazelin gibi suda erimeyen yağların kullanılmaması gerekmektedir. Suda erimeyen yağların kullanımı sonucunda vajinal glandlar tıkanabilir ve bunun sonucunda enfeksiyon oluşabilmektedir (27,29,49).

Orgazm bozukluklarının tedavisi, en çok zorluk yaşanan konudur. Sorunun primer mi yoksa sekonder mi olduğu önem taşımaktadır. Primer anorgazmi, tedavisi en zor bozukluk olup çoğunlukla seks terapisi gerektirmektedir. Pelvik duvar kaslarındaki gevşeklik ve güçsüzlük etyolojide bir neden olabilir. Tedavide pelvik kas egzersizleri veya biofeedback yararlı olabilir. Hormon eksikliği olan hastalarda östrojen veya androjen replasman tedavisi düşünülmelidir (47).

Cinsel istek bozukluklarında bilişsel davranış terapileri ve eş terapileri tedavide önemli rol oynamaktadır. İlaç kullanımına bağlı istek ve uyarılma bozukluklarında, kullanılan ilacın özellikle antidepresanların değiştirilmesi veya ilaç dozunun etkin minimal doza indirilmesi tedavi seçenekleri arasındadır (47).

2.4.Cinsel Fonksiyon Bozukluklarında Hemşirenin Rolü

Menapoza girmiş bir kadının önünde yaşam süresinin en az üçte biri veya yarısı kadar bir süre olduğu düşünülecek olursa, bu dönemdeki kadının cinsel sorunlarının çözümünün ne kadar gerekli olduğu daha kolay anlaşılır (2). Cinsellik bütüncül sağlık bakımı kavramının tamamlayıcı bir unsuru olarak kabul edildiği halde, sağlık profesyonelleri çözüme ulaşmada zorluk çekmektedirler. Cinselliğin sağlık bakımının bir parçası olduğu tüm sağlık meslek örgütleri tarafından da benimsenmektedir. Ancak sağlık profesyonellerinin zaman sınırlılığı, bilgi ve eğitim eksikliği, cinsel davranış konusunda kişisel tutumlar nedeniyle hastaların cinsel davranışlarını görüşmede zorluk yaşadıkları belirtilmektedir (48). Güvel ve arkadaşları (28) tarafından hemşirelerin kadın cinsel fonksiyonları hakkındaki bilgi düzeyinin değerlendirilmesi ve bu konudaki düşüncelerinin sorgulanması amacı ile yapılan çalışma sonucunda, hemşirelerin tümü kadının cinsel sağlığı konusunda verilen eğitimi yetersiz bulmuş ve kadının cinsel fonksiyonları konusunda daha ileri bilgilere ihtiyaç duyduklarını ifade etmişlerdir. Aygin ve Aslan (48)'ın belirttiğine göre; cinsel sağlık konusunun sağlık bakım profesyonelleri tarafından ele alınmasını engelleyen unsurların araştırıldığı bir çalışmada, hastaların bu konuyu çirkin bulmaları, sağlık profesyonellerinin hastaya cinsel sorunlar hakkında soru sormada, gereksinimi olup olmadığını algılamada ve sorunu belirleyip uygun yanıtı verme konusunda bilgi eksikliklerinin olduğu belirlenmiştir.

Çoğu sağlık profesyoneli cinselliğin sadece gençler ve sağlam bireyler için gerekli olduğunu düşünmekte ve hastaların cinsel gereksinimlerini gözardı edebilmektedirler (48). Gençlerle bağlantı kurulan cinsellik konusundaki toplumsal vurgu, yaşlı insanların sürekli cinsel ilgileri konusunda utanmalarına ve bunun sonucu olarak, onların cinsellikle ilgili tavsiye isteme konusunda cesaretlerinin kırılmasına neden olabilmektedir. Anlamalı cinsel ilişkiye nasıl devam edilebileceği konusundaki öneriler, cinsellik ve cinselliğe cesaretlendirme konusunda yaşa bağlı değişikliklere ait sağlık personelinden alınan bilgiler, bu tür olumsuz tutumları değiştirmede anahtar rolü oynayabilir (18). Delamater (21)'in belirttiğine göre; White & Catania (1982), yetersiz seks ve cinsellik bilgisine sahip yaşlı kadınlar ve erkeklerin hatalı beklentilere karşı hassas olabilecekleri ve performans konusunda endişelenebileceklerini belirtmiştir.

Sağlık profesyonelleri kadınların normal cinsel fonksiyonunu geçici ya da kalıcı etkileyebilen durumları bilmeli, uygun iletişim tekniklerini kullanarak cinsel yaşam konusunda konuşabilmeli, eğitim verebilmeli ve özel tedavi gerektiren durumlarda ilgili uzmanlara yönlendirmelidir (48). Menapozun fizyolojisi ve cinsel yaşamı etkileyebilecek değişimler hakkında kişiye bilgi verilmeli, bu değişimlerin normal olduğu, menapozla cinsel yaşamın bitmeyeceği ve bedenin cinsel doyum kapasitesinin olduğu söylenmelidir (27). Aygün ve Aslan (48)'ın belirttiğine göre; Guthrie (1999), hemşirelerin büyük çoğunluğunun hastanın cinselliğinden sorumlu olduğunu kabul ettiğini, fakat hem hastaların hem de hemşirelerin bu konuyu konuşmaktan kaçındıklarını belirlemiştir. Arslan ve Altınsoy (50)'un yaptığı araştırmada; kadınların klimakteriyum ve bu dönemde görülen cinsel sorunları da içeren yakınmalar konusunda eksik ve yanlış bilgi sahibi oldukları, bu dönemde eğitim almaları gerektiği belirtilmektedir. Aynı çalışmada, yakınmaları olan kadınlarda eğitimler sonucunda bilgi ve davranış değişikliklerinin gözlemlendiği ifade edilmektedir.

Sağlık profesyonelleri genellikle cinsel yaşam konusundaki bilgi eksiklikleri nedeniyle, hastalara öneride bulunmak ve danışmanlık hizmeti vermekte isteksiz davranabilmektedirler. Kişinin mahremiyetiyle ilgili konulara girilmesine karşı gösterilen doğal isteksizlik, cinsellikle ilgili tutumlarla da birleşince, cinsel konuların tartışılması daha da zorlaşmaktadır (48).

Hemşirenin, cinsellikle ilgili konularda kişilere karşı davranışları da önemlidir. Negatif davranışlar, aktif ve hoşnut edici bir cinsel yaşamın sürdürülmesi hakkında kişilerin kaygılarını ve endişelerini güçlendirir (27). Sağlık profesyonellerinin hastalara ilk görüşmede verdikleri genel bilgiler, yazılı materyaller, yargılayıcı bir tutum içinde olmama ve konuyu özümsemeden gelişmiş güzel yorumlarda bulunmama gibi yaklaşımları, hastaların kendilerini daha rahat ve güvenli hissetmelerini sağlayarak, daha belirgin ve özel sorunlarını açıklamalarını, yaşadıkları güçlüklerle başetmelerini kolaylaştırabilir (48).

3.BİREYLER VE YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Şekli

Araştırma Yenimahalle Belediyesi sınırları içinde bulunan Batıkent 2 Nolu Sağlık Ocağı'nda kayıtlı 45–65 yaş arası postmenapozal dönemdeki kadınların cinsel yaşamlarında ortaya çıkan sorunlar ve bu sorunlarla başetme yöntemlerinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Yenimahalle Belediye sınırları içinde bulunan Batıkent 2 Nolu Sağlık Ocağı'nda yapılmıştır. Ankara ili Yenimahalle Belediyesi sınırları içinde olan Batıkent'te, altı adet sağlık ocağı bulunmaktadır. Batıkent 2 Nolu Sağlık Ocağı, diğer sağlık ocaklarına göre daha kalabalık nüfusa sahip olması, farklı sosyo-ekonomik düzeyde kadınları içermesi, ulaşım kolaylığı ve araştırmacının bölgeyi tanıyor olması nedeni ile seçilmiştir.

Batıkent 2 Nolu Sağlık Ocağı, 1993 yılından beri Kent Koop mahallesinin tümü ve İlköğretim mahallesinin bir bölümüne hizmet vermektedir. Sağlık Ocağında bir diş polikliniği, sağlam çocuk polikliniği, bir aşı odası, bir laboratuvar, altı adet poliklinik odası, aile planlaması odası, acil, pansuman ve enjeksiyon odası bulunmaktadır.

Sağlık Ocağında 6 pratisyen hekim, 1 diş hekimi, 11 hemşire, 8 ebe, 1 laboratuvar teknisyeni, 2 memur ve 1 hizmetli görev yapmaktadır. Sağlık Ocağında çalışan hemşirelerin, 0–18 ay arası tüm çocukların aşı takibi ve uygulamaları, aile planlamasına bağlı koruyucu hizmetler ve halkın eğitimi, gebe ve bebek takibi, enjeksiyon, kan alma, poliklinikte kayıt tutma ve aylık istatistiki bilgileri toplama görevleri bulunmaktadır. Haftanın bir günü, bebek ve gebe kadınların takibi için ev ziyareti yapılmaktadır. Ev Halkı Tespit Fişi (ETF), yılda iki kez, Haziran ve Aralık aylarında, ev ziyareti sırasında doldurulmaktadır. Menapoz dönemindeki kadınlara cinsellikle ilgili herhangi bir eğitim verilmemektedir.

3.3.Araştırmanın Evreni

Araştırmanın planlama aşamasında; Yenimahalle Belediye sınırları içinde bulunan Batıkent 2 Nolu Sağlık Ocağında kayıtlı 45–65 yaş arası, evli ve menapozda

olan kadınların araştırmanın evreni kapsamına alınması planlanmıştır. Ancak kayıt sisteminin yetersiz olması nedeni ile menapozdaki kadınlar belirlenemediğinden, evren oluşturulurken 45–65 yaş arası ve evli olan kadın sayısı evren olarak alınmıştır.

Araştırmanın evrenini Yenimahalle Belediye sınırları içinde bulunan Batıkent 2 Nolu Sağlık Ocağı'na kayıtlı 45–65 yaş arası ve evli 3093 kadın oluşturmuştur. Evren, Batıkent 2 Nolu Sağlık Ocağı'nın 2004 yılı yıl ortası nüfus tespit formu Ev Halkı Tespit Fiş sonuçlarına göre hazırlanan verilerden elde edilmiştir.

3.4.Örneklem

Araştırmanın örnekleme, evrendeki bireylerin sayısının bilindiği durumlarda olayın görülüş sıklığına göre örneklemden birey sayısını belirlemek amacı ile kullanılan;

$$n = \frac{N \cdot t^2 \cdot p \cdot q}{d^2 \cdot (N-1) + t^2 \cdot p \cdot q}, \text{ formülüne göre hesaplanmıştır.}$$

n: Örneklem alınacak birey sayısı

N: Evrendeki birey sayısı: 3093

t: Belirli bir serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosunda bulunan teorik değer: 1.96

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı: 0.67

q: İncelenen olayın görülme sıklığı: 0.33

d: Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen $\pm$ sapma: 0.05

$$n = \frac{3093 \cdot (1.96)^2 \cdot (0.67) \cdot (0.33)}{(0.05)^2 \cdot (3093-1) + (1.96)^2 \cdot (0.67) \cdot (0.33)}$$

$$n = 306,2$$

Araştırmanın örneklemini hesaplanırken incelenen olayın görülüş sıklığı 0.67 olarak alınmıştır. Yurtdışında yapılan bir çalışmada, cinsel fonksiyon bozukluğunun menapozun başlangıcından sonuna doğru %42'den %88'e kadar artış gösterdiği ifade edilmektedir (7). Ülkemizde ise henüz bu içerikte bir çalışma olmamakla birlikte; Çayan ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada; 48–57 yaş arasında kadın cinsel fonksiyon bozukluğu %65,9 iken, 58–67 yaşları arasında %92,9 olarak bulunmuştur (19). Bu yüzden minimum değer olarak %42, maksimum değer olarak %93 alınmış ve iki sayının toplanıp, ikiye bölünmesi ile elde edilen ortalama değer %67 olarak kabul edilmiştir.

Örnekleme alınacak kadın sayısı, araştırmanın planlama aşamasında, olayın görülüş sıklığına göre yapılan formül sonucunda 306 olarak hesaplanmıştır. Örnekleme yöntemi olarak tabakalı rastgele örneklem yöntemi kullanılmıştır. Evren, iki alt gruba ayrılarak, Kent Koop Mahallesi'nde yaşayan 2044 kadından 205, İlk Yerleşim Mahallesi'nde yaşayan 1049 kadından 101 olmak üzere 309 kadın örneklem kapsamına alınmıştır. Örnekleme alınacak kadınların seçiminde basit rastgele örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Seçim işlemi için Rastgele Sayılar Tablosu kullanılmıştır. Örnekleme alınan kadınların adres ve telefon numaraları, ETF bilgileri kullanılarak elde edilmiştir. Oluşturulan listeye göre, 19.07.2005–01.09.2005 tarihleri arasında, tespit edilen adreslere görüşme için gidilmiş ve sadece örneklemdaki kadınların 47'sine ulaşılabilmektedir. Evde olmayan kadınlarla görüşme yapılabilmesi için adreslere en az 2 kere gidilmiştir. 62 kadının evde olmaması, 46 kadının görüşmeyi kabul etmemesi, 37 kadının son adet tarihinin üzerinden 1 yıl geçmemiş olması ve 23 kadının cinsel yönden aktif olmaması örnekleme ulaşmada güçlük yaratmış ve veri toplama aşamasının uzun süreceği düşünülmüştür. Bu nedenle, örneklem sayısına ulaşabilmek için 5.9.2005 tarihinden itibaren yazılı izin (Ek 1) alındıktan sonra, Batıkent 2 Nolu Sağlık Ocağı'na muayene veya ilaç yazdırmak amacı ile başvuran postmenapoz dönemi kadınlara ulaşılarak örneklem sayısı tamamlanmıştır.

3.5.Verilerin Toplanması ve Araçlar

Araştırmanın yapılacağı kurumdan yazılı izin (Ek 1) ve örnekleme yer alan bireylerden sözel izin alınmıştır. Veriler, Veri Toplama Formu (Ek 2) aracılığı ile 47

kişi ile ev ziyareti yapılarak, 252 kişi ile Batıkent 2 Nolu Sağlık Ocağı'nda yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplanmıştır.

3.5.1. Veri Toplama Aracının Hazırlanması

Araştırma verileri, araştırmacı tarafından literatür taranarak geliştirilmiş (51–56) ve 4 uzman görüşü (Taşkın L¹, Vural G², Terzioğlu F³, Bilgili N⁴) alınarak içerik geçerliliği yapılmış olan Veri Toplama Formu (Ek 2) kullanılarak toplanmıştır. Veri toplama formunda 25 adet tanımlayıcı, 37 adet cinsel yaşamla ilgili soru bulunmaktadır.

3.5.2 Ön Uygulama

Araştırmacı tarafından geliştirilen veri toplama formunun anlaşılabilirliği ve kullanılabilirliğini değerlendirmek amacıyla, araştırma bölgesi dışında olan Dikmen semtinde ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama, örneklemin %10'unu oluşturan 31 kişiye, ev ziyareti ile yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak, 01–24 Mayıs 2005 tarihleri arasında yapılmıştır. Ön uygulama sonucunda anlaşılmayan sorular araştırmacı tarafından yeniden düzenlenerek, veri toplama formuna son şekli verilmiştir.

3.5.3. Veri Toplama Aracının Uygulanması

Veri toplama formunun uygulanabilmesi için kurumdan yazılı izin alınmıştır (Ek 1). Araştırmanın veri toplama aşaması, 19.07.2005–21.04.2006 tarihleri arasında tamamlanmıştır.

Veri toplama, haftanın 3 günü, 09–16 saatleri arasında yapılmıştır. 45–65 yaş arası kadınlara, menapozda ve evli olup olmadıkları sorulduktan sonra araştırma hakkında bilgi verilerek önce yazılı izni istenmiş (Ek 3), ancak kadınların yazılı izni kabul etmemesi nedeniyle sözel izin alındıktan sonra görüşme yapılmıştır. Görüşme, ayrı bir odada, katılımcı ile yalnız olarak yapılmıştır. Görüşmeler, ortalama 20 dakika sürmüştür.

¹Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Öğretim Üyesi Prof. Dr

²Gazi Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Öğretim Üyesi Prof. Dr

³Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Öğretim Üyesi Doç. Dr

⁴Gazi Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Öğretim Üyesi Yrd. Doç. Dr

3.6.Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın yapılabilmesi için Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün (01/12/2004–017817) izin yazısı (Ek 1) ve Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi, Cerrahi ve İlaç Araştırmaları Etik kurulu kararı (30/06/2005–732) (Ek 1) ile yazılı izin alınmıştır.

Araştırmanın kapsamına alınan kadınlara araştırmanın amacı açıklanarak yazılı izinleri (Ek 3) alınmak istenmiş, ancak cinsellik gibi özel bir konu hakkında bilgi verdikleri için, yazılı izin alınamamış, sözel izinleri alınabilmektedir. Katılımcılar, adres ve telefon numaralarını vermişlerdir. Araştırma süresince, kadınların gereksinimleri doğrultusunda (menapoz ve tedavisi, menapoz kontrolleri vb.) eğitim ve danışmanlık hizmeti verilmiştir.

3.7.Verilerin değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler bilgisayar ortamında Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 13.0 for Windows istatistik paket programı kullanılarak araştırmacı tarafından değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde, yüzdeler sayılar hesaplaması, Pearson Chi-Square ve Fisher's Exact Testi kullanılmıştır.

Araştırmada bağımlı değişken, kadının cinsel yaşamı ile ilgili özellikleridir. Bağımsız değişkenler; kadın ve eşinin yaşı, eğitim düzeyi, evlilik süresi, sosyal güvencenin varlığı, gebelik sayısı, aile tipi, kadının geçirdiği ve şu anda olan kadın hastalığı, şu anki hastalığı, geçirilmiş kadın hastalığı ile ilgili ameliyat, kullanmakta olduğu ve son 14 gün içerisinde kullanmış olduğu ilaçlar, menapoz yılı, menapoz tanımı, menapoz ile ilgili almakta olduğu tedavi ve süresi, menapoz öncesi ve sonrası düzenli cinsel yaşam varlığı, idrar inkontinans durumu, eşinin cinsel aktivitelerini kısıtlayan sağlık problemleri'dir.

Örneklem grubundaki kadınların sürekli ve son iki hafta içinde kullandığı ilaçlara göre, literatür (60–65) ve ilaç prospektüslerinden yararlanılarak, ilaçların etki süreleri göz önünde bulundurulmuş ve cinsel fonksiyonlarla ilgili yan etkileri ilaçların etkilerine gruplandırılmıştır (Tablo 3.7.1).

Tablo 3.7.1. Postmenapozal Dönemde Kadınların Kullandıkları İlaçlar ve Cinsel Fonksiyonlarla İlgili Yan Etkileri

İlaç İsimleri ve Etkileri	Yan Etkileri
Beta Blokörler	
Beloc Lopresor	Geri dönüşümlü libido bozuklukları Empotans/Cinsel fonksiyon bozukluğu
Antilipoproteinemikler	
Ator Lipitor Lipanthyl Tarden (kolesterol ve trigliserid düşürücü preparat)	Libido azalması Libido azalması, anormal ejakülasyon, empotans Cinsel güçsüzlük Libido azalması, anormal ejakülasyon, empotans
Antidepresanlar	
Anafranil Citara Zedprex Seroxat Prozac Citol Desyral Efexor İnsidon Cipralext Lustral	Libido ve empotans bozuklukları Libido azalması, ejakülasyon bozukluğu ve empotans Libido azalması, seksüel disfonksiyon Cinsel fonksiyon bozukluğu Orgazm ve libido azalması, seksüel disfonksiyon Cinsel fonksiyon bozukluğu Libido azalması, retrograd ejakulasyon Anormal ejakülasyon/orgazm Libido ve potens bozuklukları Kadında libido azalması, anorgazmi, ejakülasyon bozukluğu ve impotens Cinsel fonksiyon bozukluğu

Tablo 3.7.1'in Devamı

İlaç İsimleri ve Etkileri	Yan Etkileri
Ace inhibitörleri	
Delix plus/delix Monopril Monopril plus Konveril Vasolopril/Enapril Coversyl plus/coversyl İnhibace plus	Erektile impotans, libidoda azalma Libidoda azalma Libidoda azalma, impotens Libidoda azalma, impotens Libidoda azalma, impotens Cinsel bozukluklar Libidoda azalma, impotens
Antihipertansifler	
Diovan Sinoretic fort/sinoretic Zestoretic Co-diovan Karvezide Dilopin	Libido azalması İmpotens, libido azalması İmpotens, libido azalması İmpotens, libido azalması Cinsel fonksiyon bozukluğu, libido değişiklikleri Cinsel fonksiyon bozukluğu
H₂ Reseptör Antagonistleri	
Famodin /Nevofam	Libido azalması
Östrojen Preparatları	
Climen Vagifem Climara flaster Estrofem Activelle Livial Steroid (Tibolon)	Libidonun etkilenmesi Libidoda değişiklik Libidoda değişiklik Libidoda değişiklik Libidoda değişiklik Ruhsal ve cinsel olarak kişinin kendini daha iyi hissetmesi, vajinal atrofinin giderilmesi
Psikostimulanlar	
Nootropil	Libido artışı
Antikolinerjikler	
Lipofen SR	Cinsel güçsüzlük

4.BULGULAR

4.1.KADINLARIN TANIMLAYICI ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 4.1.1. Postmenapozal Dönemdeki Kadınların Tanımlayıcı Özellikleri n: 309

Özellikler	S	%
Yaş		
45–49	53	17.2
50–54	131	42.4
55–59	96	31.0
60 ve üzeri	29	9.4
Eğitim Düzeyi		
Okur-yazar değil	20	6.5
Okur-yazar	16	5.1
İlkokul	126	40.8
Ortaokul	31	10.0
Lise	54	17.5
Üniversite	62	20.1
Eşin Yaşı		
43–49	19	6.1
50–56	136	44.0
57–63	120	38.8
64–70	29	9.5
71 ve üzeri	5	1.6
Eşin Eğitim Düzeyi		
Okur-yazar değil	2	0.6
Okur-yazar	4	1.3
İlkokul	85	27.5
Ortaokul	30	9.7
Lise	88	28.5
Üniversite	100	32.4
Evlilik Süresi		
9–16	3	1.0
17–24	24	7.8
25–32	115	37.1
33–40	134	43.4
41 ve üzeri	33	10.7
Sosyal Güvence		
Var	297	96.1
Yok	12	3.9
Sosyal Güvence Türü	n: 297*	
Emekli sandığı	178	59.9
SSK	91	30.6
Bağ kur	28	9.5
Gebelik Sayısı		
0	7	2.3
1–2	33	10.7
3–4	108	35.0
5–6	86	27.8
7–8	40	12.9
9 ve üzeri	35	11.3
Aile Tipi		
Çekirdek	274	88.7
Geniş	35	11.3

* İlgili soruya cevap verenlerin sayısıdır, yüzdeler n üzerinden alınmıştır.

Tablo 4.1.1’de postmenapozal dönemdeki kadınların tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımları yer almaktadır. Tablo incelendiğinde; kadınların %59,6’sının 45–54 yaş grubunda, %40,4’ünün ise 55–65 yaş grubunda olduğu, %40,8’inin ilkokul mezunu olduğu saptanmıştır. Kadınların eşlerinin %44,0’ının 50–56, %38,8’inin 57–63 yaş grubunda olduğu ve %60,9’unun lise ve üzeri eğitim düzeyine sahip oldukları belirlenmiştir. Kadınların %54,1’inin 33 yıl ve üzerinde evli oldukları, %96,1’inin sosyal güvencesinin olduğu ve bunların %59,9’unun emekli sandığı, %30,6’sının sosyal sigortalar kurumuna bağlı olduğu belirlenmiştir. Kadınların gebelik sayıları incelendiğinde, %87,0’sinin 3 ve üzeri sayıda gebelik geçirdiği belirlenmiştir. Kadınların %88,7’si çekirdek tipi aileye sahiptir.

Tablo 4.1.2. Postmenapozal Dönemdeki Kadınların Geçirdiği Hastalık Öykülerine Göre Dağılımları

Hastalık Öyküleri	S	%
Geçirilmiş Kadın Hastalığı	n: 309	
Var	153	49.5
Yok	156	50.5
Geçirilen Kadın Hastalığı	n: 153*	
Rahim ile ilgili hastalıklar**	96	62.7
Kistik hastalıklar**	34	22.2
Meme hastalığı**	16	10.4
Genital enfeksiyon**	14	9.2
Dış gebelik	5	3.3
Dismenore	2	1.3
Erken menapoz	2	1.3
Diğer ***	5	3.3
Geçirilmiş Kadın Hastalığı ile İlgili Ameliyat	n: 309	
Olan	115	37.2
Olmayan	194	62.8
Geçirilmiş Kadın Hastalığı ile İlgili Yapılan Ameliyat Türü	n: 115*	
Histerektomi	76	66.7
Ooferektomi	66	57.9
Tüp ligasyonu	12	10.5
Sezeryan	11	9.6
Mastektomi	7	6.1
Yumurtalık kistinin çıkarılması	6	5.3
Bartolin kisti ameliyatı	2	1.8
Dış gebelik ameliyatı	2	1.8
Göğüsten kist alınması	2	1.8
Diğer****	4	3.5

*Soruya birden fazla cevap verilmiştir, ilgili soruya cevap verenlerin sayısıdır, yüzdelere n üzerinden alınmıştır.

**Bulgular kısmında açıklanacaktır.

***Diğer: düşüklere bağlı kanama, doğum sonu atoni kanaması, infertilite, çok sayıda düşük yapılması, amenore,

****Diğer: rahimden kist çıkarılması, rahimdeki eğriliğin düzeltilmesi, myom alınması, bilmiyor.

Tablo 4.1.2’de postmenapozal dönemdeki kadınların geçirdiği hastalık öykülerine göre dağılımı yer almaktadır. Tabloda görüldüğü gibi, kadınların %49,5’inin geçirilmiş kadın hastalığı olduğu belirlenmiştir. Bu kadınların %62,7’si rahim ile ilgili hastalık, %22,2’si kistik hastalık, %10,4’ü ise meme hastalığı geçirdiğini ifade etmiştir. Rahim ile ilgili hastalık geçirdiğini ifade eden kadınlar; rahim içi kalınlaşması, rahimde büyüme, rahimde kalınlaşma, myom, rahim ağzında yara, rahim sarkması, rahim ağzında yırtık, endometrium kanseri, rahim ağzında polip, üzüm gebelik, rahimde eğrilik ve rahimde yara ifadelerini kullanmışlardır. Kadınlar kistik hastalıklar kapsamında; rahim, yumurtalık, rahim ağzı, karın içinde kist, bartolin kistini ifade ederken, enfeksiyon kapsamında; düşük sonrası enfeksiyon, yumurtalık iltihabı ve pelvik inflamatuvar hastalığı, meme hastalığı kapsamında ise; meme kanseri, memede kitle, fibrokist tanılarını ifade etmişlerdir.

Kadınların %37,2’si geçirilmiş kadın hastalığı ile ilgili ameliyat olduklarını belirtmiştir. Bu kadınların %66,7’si histerektomi, %57,9’u ooferektomi ve %10,5’i tüp ligasyonu ameliyatı olduklarını ifade etmişlerdir.

Tablo 4.1.3. Postmenapozal Dönemdeki Kadınların Şu Anki Hastalık Öyküsü ve Cinsel Fonksiyonları Etkileyen İlaç Kullanımına Göre Dağılımları

Hastalık Öyküleri	S	%
Kadın Hastalığının Varlığı	n: 309	
Var	55	17.8
Yok	254	82.2
Var Olan Kadın Hastalığı	n: 55*	
Meme hastalığı**	26	47.3
Genital enfeksiyon**	16	29.1
Rahim ile ilgili hastalıklar**	15	27.3
Kistik hastalıklar**	3	5.5
Diğer Hastalıkların Varlığı	n: 309	
Var	274	88.7
Yok	35	11.3
Var Olan Diğer Hastalıklar	n: 274*	
Eklemlerle ilgili rahatsızlık	163	59.5
Hipertansiyon	146	53.2
Diyabet	58	21.2
Osteoporoz	45	16.4
Depresyon	37	13.5
Hiperlipidemi	33	12.0
Guatr	27	9.9
Akciğer ile ilgili hastalık**	21	7.7
Kalp hastalığı**	20	7.3
Hipotiroid	11	4.0
Migren	8	2.9
Varis	7	2.6
Reflü	6	2.2
Panik atak	3	1.1
Anemi	3	1.1
Hemoroit	2	0.7
Anksiyete	2	0.7
Diğer***	10	3.6
Cinsel fonksiyonları etkileyen ilaç kullanımı*****	n: 295*****	
Kullanıyor	117	39.7
Kullanmıyor	178	60.3

*Soruya birden fazla cevap verilmiştir, ilgili soruya cevap verenlerin sayısıdır, yüzdeler n üzerinden alınmıştır.

**Bulgular kısmında açıklanacaktır.

***Diğer: göbek fıtığı, kalça çıkığı, kolit, felç, nevralji, hepatit C, hepatit B, B12 vitamin eksikliği, mesane kanseri, gözde ülser.

****14 kişi kullandığı ilacın ismini bilmediği için değerlendirilmeye alınmamıştır.

*****Cinsel fonksiyonları etkileyen ilaçlar grubu verilerin değerlendirilmesi bölümünde açıklanmıştır.

Tablo 4.1.3’de postmenapozal dönemdeki kadınların şu anki hastalık öyküsü ve cinsel fonksiyonları etkileyen ilaç kullanımına göre dağılımı yer almaktadır. Tablo incelendiğinde, kadınların %17,8’inin şu anda bir kadın hastalığı olduğu belirlenmiştir. Bu kadınların %47,3’ünün meme hastalığı, %29,1’inin genital enfeksiyon ve %27,3’ünün rahim ile ilgili hastalığı olduğu saptanmıştır. Rahim ile ilgili hastalığı olduğunu belirten kadınlarda rahim içi kalınlaşması, rahimde büyüme, rahim sarkması, servikte yara, myom, rahim ağzında polip sorununun var olduğu belirlenmiştir. Kistik hastalığı olduğunu belirten kadınlar rahim ve yumurtalıklarda kist tanımlarken; meme hastalığını ifade eden kadınlar memede kitle, memede nodül, memede kist, memede kalsifikasyon, yağ bezesi, memede fibrokist tanımlarını ifade etmişlerdir. Tabloda, genital enfeksiyonu düşündürebilecek akıntısı olan (kokulu, fazla miktarda, sarı renkli, süt kesiği gibi) 7 kadın genital enfeksiyon kapsamında ele alınmıştır.

Kadınların %88,7’sinin şu anda herhangi bir hastalığa sahip olduğu saptanmıştır. Bu hastalıklar incelendiğinde; %59,5’inde eklemlerle ilgili rahatsızlık, %53,2’sinde hipertansiyon, %21,2’sinde diyabet, %16,4’ünde osteoporoz ve %13,5’inde depresyon olduğu saptanmıştır. Bu tabloda bulunan kalp hastalığı kapsamına; koroner arter hastalığı, kalp yetmezliği, kapak yetmezliği, kalp kapakçığı (aort, mitral kapak) değişimi, kalpte büyüme, kapak hastalığı, kalpte ritim bozukluğu, taşikardi, kalp kapağında çökme ve delinme, kalp kapağında daralma, akciğer ile ilgili hastalık kapsamına; astım, bronşit, akciğer enfeksiyonu, bronşit, bronşektazi ve allerjik astım alınmıştır. Kadınların cinsel fonksiyonlarını etkileyen ilaç kullanımına bakıldığında %39,7 gibi önemli bir grubun cinsel fonksiyonları etkileyen ilaç kullandıkları saptanmıştır.

Tablo 4.1.4. Postmenapozal Dönemdeki Kadınların Menapozu Tanımlayan İfadesi ve Menapoza Yönelik Özellikleri

Özellikler	S	%
Menapoz İfadesi	n: 309*	
Adet görmeme	109	35.3
Sıkıntı	105	34.0
Ateş basması	60	19.4
Sinirlilik	35	11.3
Terleme	31	10.0
Doğurganlığın bitmesi	30	9.7
Yaşlılık	28	9.1
Normal bir dönem	27	8.7
Hormonların salgılanmaması	16	5.2
Kadınlığın bitmesi	16	5.2
Olumsuz duygusal değişim	12	3.9
Fiziksel değişiklik	10	3.2
Hastalık	9	2.9
Uykusuzluk	8	2.6
Rahatlık	7	2.3
İkinci bahar	5	1.6
Bilmiyor	5	1.6
Özgürlük	4	1.3
Cinsel yönden eksiklik	3	1.0
Felaket	3	1.0
Kemik ile ilgili değişim	3	1.0
İlaç kullanmak	3	1.0
Diğer**	5	1.6
Menapoz Yılı	n: 309	
1-3 yıl	109	35.3
4-6 yıl	74	23.9
7-9 yıl	50	16.2
10 yıl ve üzeri	76	24.6
Menapozla İlgili Doktora Gitme	n: 309	
Evet	268	86.7
Hayır	41	13.3
Menapozla İlgili Tedavi Alma	n: 268***	
Tedaviyi aldım devam etmiyorum	102	38.0
Tedaviye tam devam ediyorum	37	13.8
Tedaviye kısmen devam ediyorum	38	14.2
Doktora gittim tedavi almadım	91	34.0
Menapozla İlgili Alınan Tedavi	n: 75***	
Hormonal ilaç****	2	2.7
Hormonal olmayan ilaç****	63	84.0
Hormonal ve hormonal olmayan ilaç	10	13.3

Tablo 4.1.4'ün Devamı

Menapozla İlgili Alınan Tedavi Süresi*****	S n: 75***	%
1 aydan az	4	5.3
1–3 ay	5	6.7
4–6 ay	5	6.7
7 ay ve üzeri	61	81.3
Menapoz Tedavisini Bırakma Nedeni****	n: 140*****	
Doktor önerisi	76	54.3
Kendi isteği	64	45.7

* Soruya birden fazla cevap verilmiştir, ilgili soruya cevap verenlerin sayısıdır, yüzdeler n üzerinden alınmıştır.

**Diğer: insanın gücü kesiliyor, kadının bazı şeylerden soyutlanması, menopozdan sonra yaşam duruyor, çarpıntı, aktivitelerin kısıtlanması.

*** İlgili soruya cevap verenlerin sayısıdır, yüzdeler n üzerinden alınmıştır.

****Bulgular kısmında açıklanacaktır.

*****3 kadın hormonal olmayan ya da hormonal ilaç kullanımına yeni başlamış, menopoz başlangıcından itibaren kalsiyum kullanmaktadır. Kalsiyum dışında kullandıkları ilaca başlama tarihi dikkate alınmıştır.

*****Tedaviye devam etmeyen ve kısmen devam edenler bu gruba alınmıştır.

Tablo 4.1.4'de postmenapozal dönemdeki kadınların menopozu tanımlayan ifadesi ve menopozla yönelik özelliklerinin dağılımı yer almaktadır. Kadınların “menopoz deyince ne anlıyorsunuz, size ne çağrıştırıyor?” sorusuna verdikleri ifadeleri incelendiğinde; ilk sırada %35,3 ile adet görmeme yer alırken bunu %34 ile sıkıntı, %19,4 ile ateş basması, %11,3 ile sinirlilik, %10 ile terleme ifadeleri izlemiştir.

Tabloda görüldüğü gibi, kadınların %35,3'ünün 1–3 yıldır menopozda olduğu, %86,7'sinin menopozla ilgili olarak doktora gittiği saptanmıştır. Bu kadınların %38,0'inin tedaviyi aldığı ancak devam etmediği, % 34'ünün ise doktora gittiği ancak tedavi almadığı belirlenmiştir. Tedaviye tam devam edenler kısmına hem hormonal ilaç hem de hormonal olmayan ilaç kullananlar ile hormonal ilaç kullanımı riskli görülmüş ya da gerek görülmemiş olup sadece hormonal olmayan ilaç kullanan kadınlar alınmıştır. Menapozla ilgili olarak alınan tedavi dağılımı incelendiğinde; %84'ünün hormonal olmayan ilaç kullandığı saptanmıştır. Hormonal ilaç kapsamına; premelle, climen, livial, estrofam, anjelik, climara bant, vagifem, activelle, hormonal olmayan ilaçlar kapsamına ise; fosamax, Cal sandoz, evista, didronat, actonel, protelos, calcimax D3 alınmıştır. Kadınların %81,3'ünün 7 ay ve

daha fazla süredir menapozla ilgili tedavilerine devam ettikleri belirlenmiştir. Menapoz tedavisini kullanıp devam etmeyenler ve tedaviye kısmen devam eden kadınların %54,3'ünün tedaviyi doktor önerisi ile %45,7'sinin ise kendi isteği ile bıraktıkları saptanmıştır. Doktor önerisi ile bırakanların %78,9'u doktorunun yeterli gördüğünü, %14,5'i doktorunun riskli gördüğünü, %2,6'sı istenen etkinin olmadığını, %2,6'sı ilacın yan etkisinin olduğunu ve %1,3'ü ise psikologunun bıraktırdığını ifade etmiştir. Kendi isteği ile bırakanların %28,1'i ilaç kullanmak istemediğini, %28,1'i ilacın yan etkisi olduğunu, %17,2'si yan etki korkusu olduğunu, %9,4'ü bir sonraki menapoz kontrolüne gitmediğini, %7,8'i sıkıntılarının geçtiği, %4,7'si yararını görmediğini, %1,6'sı adet gördüğünü, %1,6'sı bronşektazi nedeni ile ve %1,6'sı kalp krizi geçirdiği için bıraktığını ifade etmiştir.

Tablo 4.1.5. Postmenapozal Dönemde Kadınların Yaşadıkları İdrar İnkontinans Sorunu ve Çözüm yolları

İdrar İnkontinansı	S n: 309	%
Var	114	36.9
Yok	195	63.1
Ped ya da bez kullanımı	n: 114*	
Kullanıyor	46	40.4
Kullanmıyor	68	59.6
İdrar İnkontinansını Çözme Aktiviteleri	n: 114*	
Hiçbir şey yapmamış	65	57.0
Doktora gitmiş tedavi olmamış	37	32.5
Opere olmuş	8	7.0
Doktora gitmiş ilaç tedavisi alıyor/alınmış	3	2.6
Sıcak uygulama yapıyor	1	0.9

*ilgili soruya cevap verenlerin sayısıdır, yüzdeler n üzerinden alınmıştır.

Tablo 4.1.5’de postmenapozal dönemde kadınların yaşadıkları idrar inkontinans sorunu ve çözüm yollarına ilişkin veriler yer almaktadır. Tablo incelendiğinde; kadınların %36,9’unun idrar inkontinans sorunu yaşadıkları ve bu sorunları için %40,4’ünün ped ya da bez kullandığı belirlenmiştir. Kadınların idrar inkontinans sorununu çözmek için %57,0’sinin hiçbir şey yapmadığı, %32,5’inin ise doktora gittiği ancak tedavi olmadığı belirlenmiştir.

4.2.KADINLARIN CİNSEL YAŞAM ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 4.2.1. Postmenapozal Dönemdeki Kadınların Cinsel Yaşamlarına İlişkin Özellikleri n: 309

Özellikler	S	%
Menapoz Öncesi Düzenli Cinsel Yaşam		
Var	271	87.7
Yok	38	12.3
Menapoz Sonrası Düzenli Cinsel Yaşam		
Var	159	51.5
Yok	150	48.5
Cinsel Yaşamı Kısıtlama		
Kısıtlayan	169	54.7
Kısıtlamayan	140	45.3
Kısıtlama Nedenleri	n: 169*	
İsteksizlik olması	43	25.4
Yorgunluk	41	24.3
Sinirli olma	37	21.9
Hastalık**	22	13.0
Stres	15	8.9
Sıkıntı	12	7.1
Ağrı	12	7.1
Üzgün olma	11	6.5
Psikolojinin müsait olmaması	7	4.1
Eş ile ilgili problemler**	7	4.1
Evin kalabalık olması	6	3.6
Operasyon geçirme	5	3.0
Ateş basması	5	3.0
Uykulu olma	4	2.4
Eşinin alkol alması	2	1.2
Eşin istemesi	2	1.2
Huzursuzluk	2	1.2
Diğer***	7	4.1

*Soruya birden fazla cevap verilmiştir, ilgili soruya cevap verenlerin sayısıdır, yüzdeler n üzerinden alınmıştır.

**Bulgular kısmında açıklanmıştır.

***Diğer: yaştan dolayı, vajende yanma hissi, çarpıntı, vajende kuruluk olması, çevresel problemler, çocukların büyümüş olması, her şey

Tablo 4.2.1’de postmenapozal dönemdeki kadınların cinsel yaşamlarına ilişkin bazı özellikleri yer almaktadır. Kadınların menapoz öncesi cinsel yaşamlarının düzenli olup olmadığı incelendiğinde; kadınların %87,7’sinin düzenli cinsel yaşamı olduğu saptanmıştır. Menapoz sonrası cinsel yaşamlarının düzenli olup olmadığı incelendiğinde ise; % %51,5’inin düzenli cinsel yaşamı olduğu saptanmıştır.

Kadınların %54,7’sinin cinsel ilişkilerinde kısıtlama yaptıkları belirlenmiştir. Bu kadınların kısıtlama yaptıkları durumlar incelendiğinde; %25,4’ünün isteksizlik, %24,3’ünün yorgunluk, %21,9’unun sinirlilik, %13,0’ünün ise var olan diabet, hipertansiyon, kalp ve akciğer ile ilgili hastalık nedeni ile kısıtlama yaptıkları saptanmıştır. Eş ile ilgili probleme bağlı cinsel yaşamda kısıtlama yaşadığını ifade eden kadınlar, eşlerinin kalp rahatsızlığı, prostat ameliyatı olması, sertleşme problemi, psikiyatrik problem, fiziksel hijyenini yerine getirmemesi sorunlarını ifade etmişlerdir.

Tablo 4.2.2. Menapoz Sonrası Cinsel Yaşamla İlgili Değişiklik Yaşama Durumları

Menapoz Sonrası Yaşanan Değişiklikler	S	%
Cinsel İlişki Sıklığı		
Azaldı	245	79.3
Arttı	4	1.3
Değişmedi	60	19.4
Cinsel İstek		
Azaldı	210	68.0
Arttı	3	1.0
Değişmedi, önce ve sonra istek vardı	68	22.0
Değişmedi, önce ve sonra istek yoktu	28	9.0
Zevk Alma		
Azaldı	192	62.1
Arttı	7	2.3
Değişmedi, önce ve sonra zevk alıyordu	93	30.1
Değişmedi, önce ve sonra zevk almıyordu	17	5.5
TOPLAM	309	100.0

Tablo 4.2.2’de postmenapozal kadınların menopoz sonrası cinsel yaşamla ilgili değişiklik yaşama durumlarının dağılımı yer almaktadır. Tablo incelendiğinde; kadınların %79,3’ünün cinsel ilişki sıklığının azaldığı, %19,4’ünün değişmediği belirlenmiştir. Kadınların cinsel istek değişimi incelendiğinde, %68’inin cinsel isteğinin azaldığı; %22,0’sinin cinsel isteğinin değişmediği, menopoz öncesi ve sonrasında isteğinin olduğu; %9,0’unun ise cinsel isteğinin değişmediği, menopoz öncesi ve sonrasında isteğinin olmadığı belirlenmiştir. Kadınların %62,1’i zevk almada azalma ve %30,1’i zevk almada değişiklik olmadığı, menopoz öncesi ve sonrasında zevk aldığını ifade etmişlerdir.

Tablo 4.2.3. Postmenapozal Dönemde Kadınların Zevk Almada Yaşadığı Sorunlar ve Çözümlerine Yönelik İfadeleri

Özellikler	S	%
Zevk Almada Sorun	n: 309	
Yaşayan	158	51.1
Yaşamayan	151	48.9
Zevk Almada Yaşanan Sorun	n: 158*	
Zevk almıyorum	118	74.7
Bazen zevk almıyorum	17	10.8
Geç zevk alıyorum	14	8.9
Zevk almam azaldı	6	3.8
Geç ya da hiç zevk almıyorum	3	1.9
Zevk Almada Yaşanan Sorunun Çözümü İçin Yapılanlar	n: 158**	
Hiçbir şey yapmıyorum	148	93.7
Eşim ile konuşuyorum	5	3.2
Doktora gittim	5	3.2
Eşim psikiyatriye gitti	1	0.6
Zevk Alma İçin Gerekli Gördükleri Koşullar	n: 158**	
Hiçbir şey yapmama	53	33.5
Eşim anlayışlı olsa	36	22.8
Stres olmasa	14	8.9
Yaşam şartları daha iyi olsa	10	6.3
Cinsel istek olsa	8	5.1
Eşim güzel sözler söylese	7	4.4
Sağlıklı olsak	6	3.8
Bilmiyorum	6	3.8
Genç olsak	6	3.8
Eşim sinirli olmasa	4	2.5
Cinsel ilişki sırasında ağrı olmasa	4	2.5
Menapoz olmasa	4	2.5
Eşim başka kadınlarla birlikte olmasa	3	1.9
Eşim ile yalnız kalsaydık	3	1.9
Düşünmedim	3	1.9
Eşim sigara alkol kullanmasa	2	1.3
Tatile çıkabilsek	2	1.3
Vajende kuruluk olmasa	2	1.3
Moral düzgün olsa	2	1.3
Diğer***	8	5.1

*İlgili soruya cevap verenlerin sayısıdır, yüzdeler n üzerinden alınmıştır.

**Soruya birden fazla cevap verilmiştir, ilgili soruya cevap verenlerin sayısıdır, yüzdeler n üzerinden alınmıştır.

*** Diğer: erken yasta evlenmeseydim, ameliyat olmasaydım, daha az sıklıkta cinsel ilişki olması, zayıf olmak, psikolojik problemler olmasa, uykuya daha az düşkün olunması, eşimin erken boşalma sorunu olmasa, eşini sevmiyor başka biri olsa.

Tablo 4.2.3’de postmenapozal kadınların zevk almada yaşadığı sorunlar ve çözümlerine yönelik ifadeleri yer almaktadır. Tablo incelendiğinde; kadınların %51,1’inin zevk almada sorun yaşadığı saptanmıştır. Zevk almada yaşanan sorunların dağılımı incelendiğinde; kadınların %74,7’sinin zevk alamadığı, %10,8’inin bazen zevk aldığı belirlenmiştir. Kadınların %93,7’sinin zevk almada yaşadığı sorunun çözümü için hiçbir şey yapmadıkları belirlenmiştir. Kadınların zevk alma için gerekli gördüğü koşullara bakıldığında; %33,5’i hiçbir şey yapmamayı, %22,8’i eşinin anlayışlı olmasını istediğini, %8,9’u stressiz olmayı, %6,3’ü yaşam şartlarının daha iyi olması önerilerini ifade etmişlerdir.

Tablo 4.2.4. Postmenapozal Dönemde Kadınların Cinsel İlişkide Sorun Yaşama Durumları ve Cinsel Birleşme Sırasında Yaşadıkları Sorunlar ve Çözüm Yolları n: 309

Cinsel Sorun	S	%
Var*	270	87,4
Yok	39	12,6
Cinsel Birleşme Sırasında Yaşanan Sorunlar		
Ağrı		
Yaşayan	93	30.1
Yaşamayan	216	69.9
Ağrı Sorununu Çözme Aktiviteleri	n: 93**	
Hiçbir şey yapmama	69	74.2
Doktora gitmiş tedavi oluyor	12	12.9
Doktora gitmiş tedavi almamış	8	8.6
Doktorun verdiği tedaviyi bırakmış	3	3.2
Cinsel ilişkiden uzak durma	1	1.1
Kanama		
Yaşayan	14	4.5
Yaşamayan	295	95.5
Kanama Sorununu Çözme Aktiviteleri	n: 14**	
Hiçbir şey yapmama	8	57.1
Doktora gitme	5	35.7
Doktora gitmiş, verilen tedaviyi kullanmamış	1	7.1
Vajinal Kuruluk		
Yaşayan	131	42.4
Yaşamayan	178	57.6
Kuruluk Sorununu Çözme Aktiviteleri	n: 131**	
Hiçbir şey yapmama	94	71.8
Doktora gitmiş, tedavi oluyor	22	16.8
Doktora gitmiş, tedavi almamış	7	5.3
Doktorun verdiği tedaviyi bırakmış	4	3.1
Eşi krem kullanıyor	2	1.5
Esi ile konuşma	1	0.8
Gazeteden bilgi alma	1	0.8
Vajinal Yanma		
Yaşayan	77	24.9
Yaşamayan	232	75.1
Yanma Sorununu Çözme Aktiviteleri	n: 77**	
Hiçbir şey yapmama	59	76.6
Doktora gitmiş tedavi oluyor	12	15.6
Doktora gitmiş tedavi almamış	4	5.2
Doktorun verdiği tedaviyi bırakmış	2	2.6

*İstek azlığı, zevk almada sorun, cinsel ilişki sırasında kuruluk, kanama, yanma ve ağrı hissi sorunundan bir ya da birden fazlasını yaşayanlar cinsel sorun var olarak kabul edilmiştir.

**İlgili soruya cevap verenlerin sayısıdır, yüzdeler n üzerinden alınmıştır.

Tablo 4.2.4’de postmenapozal dönemde kadınların cinsel ilişkide sorun yaşama durumları ve cinsel birleşme sırasında yaşadıkları sorunlar ve çözüm yollarına ilişkin verilerin dağılımı yer almaktadır. Tablo incelendiğinde; kadınların %87,4’ünün cinsel sorun yaşadıkları saptanmıştır. Kadınların %30,1’inin cinsel ilişki sırasında ağrı yaşadığı saptanmıştır. Ağrı sorunu yaşayan kadınların çözüm aktiviteleri incelendiğinde; %74,2’si hiçbir şey yapmadığını ifade ederken, %12,9’u doktorun önerdiği bir tedavi kullandığını ifade etmiştir.

Kadınların %4,5’inin cinsel ilişki sırasında veya sonrasında kanama sorunu yaşadığı belirlenmiştir. Tablo incelendiğinde; kanama sorunu yaşadığını ifade eden kadınların %57,1’inin çözüm için hiçbir şey yapmadıkları, %35,7’sinin ise doktora başvurmuş olduğu saptanmıştır.

Kadınların %42,4’ünün cinsel ilişki sırasında vajende kuruluk sorunu yaşadığı belirlenmiştir. Kuruluk sorunu yaşayan kadınların %71,8’i çözüm için hiçbir şey yapmadıkları, %16,8’inin ise doktorun önermiş olduğu tedaviyi kullandıkları saptanmıştır.

Kadınların %24,9’unun cinsel ilişki sırasında vajende yanma sorunu yaşadığı belirlenmiştir. Tablo incelendiğinde; yanma sorunu yaşadığını ifade eden kadınların %76,6’sının çözüm için hiçbir şey yapmadıkları, %15,6’sının ise doktorun önermiş olduğu tedaviyi kullandıkları belirlenmiştir.

Tablo 4.2.5. Postmenapozal Dönemdeki Kadının Eşinde Olan ve Cinsel Aktivitesini Kısıtlayan Problemlere Yönelik İfadeleri

Eşde Cinsel Aktiviteyi Kısıtlayan Problem	S n: 309	%
Var	72	23,3
Yok	237	76,7
Yaşanan Problem	n: 72*	
Sertleşme problemi	17	23.6
Prostat	17	23.6
Kalp hastalığı	14	19.4
Boşalma problemi	13	18.1
Sinirli olması	7	9.7
İstekte değişim	6	8.3
Alkol alması	5	6.9
Eklem ile ilgili rahatsızlık	4	5.6
Yorgunluk	3	4.2
Beyin kanaması	2	2.8
Yaşının ilerlemiş olması	2	2.8
Psikolojik rahatsızlık	2	2.8
İdrar yolu ile ilgili hastalık	2	2.8
Solunum yolu ile ilgili hastalık	2	2.8
Cinsel ilişki sırasında ağrı	2	2.8
Diğer**	8	11.1

*Soruya birden fazla cevap verilmiştir, ilgili soruya cevap verenlerin sayısıdır, yüzdelere n üzerinden alınmıştır.

**Diğer: Titiz olması mikrop kapmaktan korkması, Parkinson hastalığı, sigara kokusu, şehir dışında olması, sorunun ne olduğunu bilmiyor, kolostomi olması, depresyon ilacı kullanımına bağlı uyku olma, yüksek tansiyon.

Tablo 4.2.5’de postmenapozal dönemdeki kadının eşinde olan ve cinsel aktivitesini kısıtlayan problemlere yönelik kadınların ifadeleri yer almaktadır. Kadınların ifadelerine göre, eşlerinin %23,3’ünde cinsel aktiviteyi kısıtlayan bir problemin var olduğu belirlenmiştir. Kadınların eşlerinin yaşadığı problemler incelendiğinde; %23,6’sının sertleşme problemi, %23,6’sının prostat sorunu, %19,4’ünün kalp hastalığı, %18,1’inin ise boşalma problemi yaşamalarına bağlı cinsel aktivitelerini kısıtladıkları saptanmıştır. Tablo 4.2.1 incelendiğinde; kadınlara cinsel yaşamında kısıtlama yapıp yapmadıkları sorulduğunda, kısıtlama yapan kadınlardan sadece 7’si eşi ile ilgili problemler nedeni ile kısıtlama yaptıklarını ifade etmiştir.

Tablo 4.2.6. Postmenapozal Dönemdeki Kadınların Son Altı Aydır Kendilerinin ve Eşlerinin Cinsel İlişkiden Memnun Olma Durumları ve Kendilerini Cinsel Yönden Nasıl Hissettiklerine İlişkin Görüşleri

n: 309

Görüşler	S	%
Kendisinin Cinsel İlişkiden Memnuniyeti		
Memnun	213	68.9
Memnun Değil	84	27.2
Kısmen memnun	12	3.9
Eşinin Cinsel İlişkiden Memnuniyeti		
Memnun	262	84.8
Memnun Değil	46	14.9
Bilmiyorum	1	0.3
Cinsel Yönden Nasıl Hissettiği*		
Normal	118	38.2
İsteksiz	104	33.7
Çekici	34	11.0
Soğuk	24	7.8
Rahat	22	7.1
Çekingen	13	4.2
İtici	8	2.6
İstekli	7	2.3
Yaşlanmış	2	0.6
Diğer**	8	2.6

*Soruya birden fazla cevap verilmiştir, ilgili soruya cevap verenlerin sayısıdır, yüzdelere n üzerinden alınmıştır.

**Diğer: Ameliyattan sonra çekiciliğini kaybetme, fiziki bozulmuş, çirkin, memnun etmeye çalışan, talebin karşı taraftan gelmesini bekleyen, yetersiz, hiçbir fikrim yok, iğrenç

Tablo 4.2.6’da postmenapozal dönemdeki kadınların son altı aydır kendilerinin ve eşlerinin cinsel ilişkiden memnun olma ve kendilerini cinsel yönden nasıl hissettiklerine ilişkin görüşleri yer almaktadır. Tablo incelendiğinde; kadınların %68,9’unun son altı aydır cinsel ilişkilerinden memnun oldukları belirlenmiştir. Kadınların %84,8’inin ise; eşlerinin cinsel ilişkilerinden memnun olduklarını düşündükleri belirlenmiştir.

Kadınların cinsel yönden nasıl hissettiklerine ilişkin ifadeleri incelendiğinde; %38,2’si normal, %33,7’si isteksiz ve %11,0’i kendilerini çekici olarak gördükleri saptanmıştır.

Tablo 4.2.7. Postmenapozal Dönemde Kadın ve Eşinin Cinsel İlişkilerine Yönelik Bazı Özelliklerin Dağılımı

Özellikler	S	%
Eşinin Cinsel İsteğine Hayır Diyebilme	n: 309	
Diyebilen	260	84.1
Diyemeyen	49	15.9
Kadının Hayır Cevabına Eşinin Verdiği Tepki	n: 260*	
Anlayışla karşılar	188	72.3
Küser	67	25.8
Kızar	33	12.7
Anlayışla karşılamaz	14	5.4
Eşinin Zorla Cinsel İlişkide Bulunma Durumu	n: 309	
Bulunan	61	19.7
Bulunmayan	248	80.3
Kadının İstemediği Halde Cinsel İlişkide Bulunma Nedeni	n: 60**	
Huzursuzluk çıkmaması için	28	46.7
Karşı gelemediği için	21	35.0
Eşini memnun etmek için	6	10.0
Israrından bıktığı için	5	8.3
Eşi dışarıya yönelmesin diye	2	3.3
Eşinin alkollü olması	1	1.7
Kadının yorgun ve uykusuz olması	1	1.7
Çocuklar duymasın diye	1	1.7
Eşini düşündüğü için	1	1.7
Bilmiyor	1	1.7
Cinsel Yaşamla ilgili Problemleri Eş ile Paylaşma	n: 309	
Paylaşabilen	254	82.2
Paylaşamayan	55	17.8
Cinsel Yaşamla ilgili Problemleri Eş ile Paylaşamama Nedeni***	n: 45***	
Tabu	19	42.2
Eşi anlayışla karşılamıyor	15	33.3
Hiçbir sorununu kimseyle paylaşmıyor	3	6.6
Bilmiyorum	2	4.4
Konuşmadan anlaşıyorlar	1	2.2
Eşi küser üzülür diye	1	2.2
Eşimle uyumlu değilim	1	2.2
Gerek duymamış	1	2.2
Eşine karşı sevgisini kaybetmiş	1	2.2
Eşi dışındaki insanlarla konuşuyor	1	2.2

*Soruya birden fazla cevap verilmiştir, ilgili soruya cevap verenlerin sayısıdır, yüzdeler n üzerinden alınmıştır.

**Soruya birden fazla cevap verilmiştir, ilgili soruya cevap verenlerin sayısıdır, yüzdeler n üzerinden alınmıştır. 1 kişi cevap vermediği için değerlendirilmeye alınmamıştır.

***İlgili soruya cevap verenlerin sayısıdır, yüzdeler n üzerinden alınmıştır. 10 kişi cinsel yaşamla ilgili problemi olmadığı için değerlendirilmeye alınmamıştır.

Tablo 4.2.7’de postmenapozal dönemde kadın ve eşinin cinsel ilişkilerine yönelik bazı özelliklerin dağılımları yer almaktadır. Tablo incelendiğinde; kadınların %84,1’inin eşinin cinsel isteğine hayır diyebildiği, %15,9’unun ise diyemediği belirlenmiştir. Eşinin cinsel isteğine hayır diyebilen kadınların %72,3’ü eşinin hayır cevabını anlayışla karşıladığını, %25,8’i küstüğünü, %12,7’si ise kızdığını ifade etmiştir.

Kadınların %19,7’sinin eşinin zorla cinsel ilişkide bulunmakta olduğu saptanmıştır. Kadının istemediği halde cinsel ilişkide bulunma nedenleri incelendiğinde; %46,7’sinin huzursuzluk çıkmaması için, %35,0’ının karşı gelemediği için ve %10,0’unun eşini memnun etmek için cinsel ilişkide bulundukları belirlenmiştir.

Kadınların %82,2’si cinsel yaşamla ilgili problemlerini eşi ile paylaşabildiğini ifade etmişlerdir. Cinsel yaşamla ilgili problemlerini eşi ile paylaşamadığını ifade eden kadınların paylaşmama nedenleri incelendiğinde; %42,2’si cinselliğin tabu olmasını, %33,3’ü eşinin anlayışla karşılamadığını ve %6,6’sı ise hiçbir sorununu kimseyle paylaşmadığını ifade etmiştir.

Tablo 4.2.8. Postmenapozal Dönemdeki Kadının Cinsellikle İlgili Bilgi Edinme İhtiyacı ve Kaynakları

Özellikler	S	%
Cinsellik Hakkında Bilgi Edinme İhtiyacı	n: 309	
Var	19	6.1
Yok	290	93.9
Cinsellik Hakkında Bilgi Edinmek İsteddiği Konu	n: 19*	
Cinsel isteksizlik konusu nedenleri ve çözümü	6	31.6
Kadınların orgazm olabilirliği	2	10.5
Her konuda	2	10.5
Cinselliğin rahat ifade edilememe nedenleri	2	10.5
Yaşlılıkta cinsellik	1	5.3
Cinsel yaşamı renklendirmek için yapılacaklar	1	5.3
Cinsellik hakkındaki yenilikler	1	5.3
Menapoz döneminde görülen cinsel sorunlar	1	5.3
HRT yi bırakınca olabilecek cinsel sorunlar	1	5.3
Eşlerdeki cinsel problemler	1	5.3
Zevk alamama nedenleri	1	5.3
Bilgilerin Kimden Alınmak İstendiği	n: 19**	
Doktor	12	66.7
Konunun uzmanı***	6	33.3

*İlgili soruya cevap verenlerin sayısıdır, yüzdeler n üzerinden alınmıştır.

** İlgili soruya cevap verenlerin sayısıdır, yüzdeler n üzerinden alınmıştır. “Doğru kaynak” cevabını veren 1 kişi değerlendirilmeye alınmamıştır.

***1 kişi “bilen kişi” cevabını vermiş ve konunun uzmanı kapsamına alınmıştır. 1 kişi ise uzmanın bayan olması gerektiğini ifade etmiştir.

Tablo 4.2.8’de postmenapozal dönemdeki kadının cinsellikle ilgili bilgi edinme ihtiyacı ve kaynakları ile ilgili veriler yer almaktadır. Tablo incelendiğinde; kadınların %93,9’unun cinsellikle ilgili bilgiye ihtiyacı olmadığını ifade ettikleri belirlenmiştir. Cinsellik hakkında bilgi edinme ihtiyacı olan kadınların %31,6’sının cinsel isteksizlik konusu, nedenleri ve çözümü hakkında bilgi almak istedikleri saptanmıştır. Kadınların %66,7’si bu bilgileri doktordan almak istediklerini ifade etmişlerdir.

4.3.KADINLARIN CİNSEL SORUN YAŞAMA DURUMUNU ETKİLEYEN FAKTÖRLERLERE İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 4.3.1. Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Cinsel Sorun Yaşama Durumlarının Dağılımı (% sütun)

Özellikler	Cinsel Sorun				Toplam		Önemlilik Testi
	Yaşayan		Yaşamayan				
	S	%	S	%	S	%	
Yaş	n: 270		n: 39				
45–49	45	16.7	8	20.5	53	17.2	$\chi^2 : 2.000$ $p : ,572$ $SD : 3$
50–54	112	41.4	19	48.7	131	42.4	
55–59	86	31.9	10	25.6	96	31.0	
60 ve üzeri	27	10.0	2	5.2	29	9.4	
Eğitim Düzeyi							
Okuryazar değil	19	7.0	1	2.6	20	6.5	$\chi^2 : 5.700$ $p : ,127$ $SD : 3$
Okuryazar – ilkokul	129	47.8	13	33.3	142	46.0	
Ortaokul-lise	72	26.7	13	33.3	85	27.5	
Üniversite	50	18.5	12	30.8	62	20.0	
Eşin Yaşı							
43–53	63	23.4	11	28.2	74	23.9	$\chi^2 : 2.309$ $p : ,315$ $SD : 2$
54–64	181	67.0	27	69.2	208	67.4	
65–75	26	9.6	1	2.6	27	8.7	
Eşin Eğitim Düzeyi							
Okuryazar değil	2	0.7	-	-	2	0.6	
Okuryazar – ilkokul	83	30.7	6	15.4	89	28.8	
Ortaokul-lise	104	38.5	14	35.9	118	38.2	
Üniversite	81	30.0	19	48.7	100	32.4	
Evlilik Süresi							
25 ve altı	35	13.0	8	20.5	43	13.9	$\chi^2 : 3.838$ $p : ,280$ $SD : 3$
26–32	85	31.5	14	35.9	99	32.1	
33–39	101	37.4	14	35.9	115	37.2	
40 ve üzeri	49	18.1	3	7.7	52	16.8	

Tablo 4.3.1'in Devamı (% sütun)

Özellikler	Cinsel Sorun				Toplam		Önemlilik Testi
	Yaşayan		Yaşamayan				
	S	%	S	%	S	%	
Sosyal Güvence	n: 270		n: 39				
Var	259	95.9	38	97.4	297	96.1	$\chi^2 : ,208^*$ $p : 1,000$ SD : 1
Yok	11	4.1	1	2.6	12	3.9	
Gebelik Sayısı							
0	7	2.6	-	-	7	2.3	
1	2	0.7	2	5.1	4	1.3	
2	28	10.4	1	2.6	29	9.4	
3 ve üzeri	233	86.3	36	92.3	269	87.0	
Aile Tipi							
Çekirdek	240	88.9	34	87.2	274	88.7	$\chi^2 : ,099^*$ $p : ,786$ SD : 1
Geniş	30	11.1	5	12.8	35	11.3	

*Fisher's Ki-kare değerleri alınmıştır.

Tablo 4.3.1’de kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre cinsel sorun yaşama durumlarının dağılımı yer almaktadır. Tablo incelendiğinde; cinsel sorun yaşayan kadınların %41,4’ünün 50–54 yaş grubunda, %47,8’inin eğitim düzeyinin okuryazar-ilkokul, %67,0’sinin eşinin 54–64 yaş grubunda, %38,6’sının eşinin eğitim düzeyinin ortaokul-lise, %37,4’ünün 33–39 yıldır evli olduğu, %95,9’unun sağlık güvencesinin olduğu, %86,3’ünün 3 ve daha fazla sayıda gebelik geçirdiği ve %88,9’unun çekirdek aile tipine sahip olduğu belirlenmiştir. Cinsel sorun yaşamayan kadınların %48,7’sinin 50–54 yaş grubunda, %33,3’ünün eğitim düzeyinin okuryazar-ilkokul ve ortaokul-lise, %69,2’sinin eşinin 54–64 yaş grubunda, %48,7’sinin eşinin eğitim düzeyinin üniversite, %35,9’unun 26–32 ve 33–39 yıldır evli olduğu, %97,4’ünün sağlık güvencesinin olduğu, %92,3’ünün 3 ve daha fazla sayıda gebelik geçirdiği ve %87,2’sinin çekirdek aile tipine sahip olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede kadının yaşı, eğitim düzeyi, eşinin yaşı, evlilik süresi, sosyal güvence ve aile tipine göre cinsel sorun yaşama durumu arasında anlamlı bir fark ($p>0.05$) bulunamamıştır.

Tablo 4.3.2. Postmenapozal Dönemdeki Kadınların Hastalık Öykülerine Göre Cinsel Sorun Yaşama Durumlarının Dağılımı (% sütun)

Hastalık Öyküleri	Cinsel Sorun				Toplam		Önemlilik Testi
	Yaşayan		Yaşamayan				
	S	%	S	%	S	%	
Geçirilmiş Kadın Hastalığı	n: 270		n: 39				
Var	135	50.0	18	46.2	153	49.5	x ² : ,202 p : ,653 SD : 1
Yok	135	50.0	21	53.8	156	50.5	
Geçirilmiş Kadın Hastalığı ile İlgili Ameliyat							
Olan	102	37.8	13	33.3	115	37.2	x ² : ,288 p : ,591 SD : 1
Olmayan	168	62.2	26	66.7	194	62.8	
Şu An Kadın Hastalığının Varlığı							
Var	51	18.9	4	10.3	55	17.8	x ² : 1.736 p : ,188 SD : 1
Yok	219	81.1	35	89.7	254	82.2	
Şu An Hastalık Varlığı							
Var	243	90.0	31	79.5	274	88.7	x ² : 3,750* p : ,061 SD : 1
Yok	27	10.0	8	20.5	35	11.3	

*Fisher's Ki-kare değerleri alınmıştır.

Tablo 4.3.2’de postmenapozal dönemdeki kadınların hastalık öykülerine göre cinsel sorun yaşama durumlarının dağılımı yer almaktadır. Kadınların hastalık öykülerine göre cinsel sorun yaşama durumunun dağılımına bakıldığında; cinsel sorunu olan kadınların %50’sinin kadın hastalığı geçirdiği, %37,8’inin geçirdiği kadın hastalığı ile ilgili ameliyat olduğu, %18,9’unun şu anda kadın hastalığı olduğu, %90’ının ise şu anda hastalığı olduğu belirlenmiştir. Cinsel sorunu olmayan kadınların ise; %46,2’sinin kadın hastalığı geçirdiği, %33,3’ünün geçirdiği kadın hastalığı ile ilgili ameliyat olduğu, %10,3’ünün şu anda kadın hastalığı olduğu ve %79,5’inin ise şu anda hastalığı olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede geçirilmiş kadın hastalığı, geçirilmiş kadın hastalığı ile ilgili ameliyat, şu anki kadın hastalığı ve şu anki hastalık varlığına göre cinsel sorun yaşama durumları arasındaki fark önemsiz ($p>0.05$) bulunmuştur.

Tablo 4.3.3. Postmenapozal Dönemdeki Kadınların Cinsel Fonksiyonlarını Etkileyen İlaç Kullanımına Göre Cinsel Sorun Yaşama Durumlarının Dağılımı (% sütun)

Cinsel Fonksiyonları Etkileyen İlaç Kullanma	Cinsel Sorun				Toplam		Önemlilik Testi
	Yaşayan		Yaşamayan				
	S	%	S	%	S	%	
	n: 256		n: 39				
Kullanıyor	100	39.1	17	43.6	117	39.7	$\chi^2 : ,290$ $p : ,590$ $SD : 1$
Kullanmıyor	156	60.9	22	56.4	178	60.3	

Tablo 4.3.3’de postmenapozal dönemdeki kadınların kullandıkları ilaçlara göre cinsel sorun yaşama durumlarının dağılımı yer almaktadır. Tablo incelendiğinde; cinsel sorun yaşayan kadınların %39,1’inin cinsel fonksiyonları etkileyen ilaç kullandığı belirlenmiştir. Cinsel sorun yaşamayan kadınların %43,6’sının ise cinsel fonksiyonları etkileyen ilaç kullandığı belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede cinsel fonksiyonları etkileyen ilaç kullanma durumuna göre cinsel sorun yaşama durumları arasındaki fark anlamsız ($p>0.05$) bulunmuştur.

Tablo 4.3.4. Postmenapozal Dönemdeki Kadınların Menapoza Yönelik Özelliklerine Göre Cinsel Sorun Yaşama Durumlarının Dağılımı (% sütun)

Özellikler	Cinsel Sorun		Toplam		Önemlilik Testi
	Yaşayan	Yaşamayan			
	S	%	S	%	
Menapoz Yılı	n: 270		n: 39		
1-3 yıl	91	33.7	18	46.2	$\chi^2 : 3,841$ $p : ,279$ SD : 3
4-6 yıl	64	23.7	10	25.6	
7-9 yıl	47	17.4	3	7.7	
10 yıl ve üzeri	68	25.2	8	20.5	
Hormon Replasman Tedavisi Alma Durumu	n:204		n: 34		
Alıyor	7	3.4	7	20.6	$\chi^2 : 15,495^*$ $p : ,001$ SD : 1
Almıyor	197	96.6	27	79.4	
Menapozla İlgili Alınan Tedavi Süresi	n: 62		n: 13		
3 ay ve altı	9	14.5	-	-	$\chi^2 : 2,144^*$ $p : ,345$ SD: 1
4 ay ve üzeri	53	85.5	13	100.0	

* Fisher's Ki-kare değerleri alınmıştır.

Tablo 4.3.4’de postmenapozal dönemdeki kadınların menapoza yönelik özelliklerine göre cinsel sorun yaşama durumlarının dağılımı yer almaktadır. Tablo incelendiğinde; cinsel sorun yaşayan kadınların %33,7’sinin 1–3 yıldır menapozda olduğu belirlenmiştir. 1–3 yıldır menapozda olan kadınların cinsel sorun yaşama oranının yüksek, 7–9 yıla gelindiğinde cinsel sorun yaşama oranının azaldığı, 10 yıl ve daha fazla sürede ise tekrar yükseldiği dikkati çekmektedir. Cinsel sorun yaşayan kadınların sadece %3,4’ünün hormon replasman tedavisi aldığı ve %85,5’inin 4 aydan fazla süredir menapozla ilgili tedavi almakta olduğu belirlenmiştir. Cinsel sorun yaşamayan kadınların ise %46,2’sinin 1–3 yıldır menapozda olduğu, %20,6’sının kadınlık hormonu içeren ilaç kullandığı ve %100’ünün 4 aydan fazla süredir menapozla ilgili tedavi almakta olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede hormon replasman tedavisi alma durumuna göre cinsel sorun yaşama durumu arasındaki fark anlamlı ($p<0.05$) bulunmuştur. Menapozda geçirilen süre ve menapozla ilgili tedavi alma süresine göre cinsel sorun yaşama durumları arasındaki fark anlamsız ($p>0.05$) bulunmuştur.

Tablo 4.3.5. Postmenapozal Dönemdeki Kadınların Menapoz Öncesi ve Sonrası Cinsel Yaşam Düzenine Göre Cinsel Sorun Yaşama Durumlarının Dağılımı (% sütun)

Düzenli Cinsel Yaşam	Cinsel Sorun				Toplam		Önemlilik Testi
	Yaşayan		Yaşamayan				
	S	%	S	%	S	%	
Menapoz Öncesi Düzenli Cinsel Yaşam	n: 270		n: 39				
Var	234	86.7	37	94.9	271	87.7	$\chi^2 : 2.127^*$ $p : ,194$ SD : 1
Yok	36	13.3	2	5.1	38	12.3	
Menapoz Sonrası Düzenli Cinsel Yaşam							
Var	125	46.3	34	87.2	159	51.5	$\chi^2 : 22.803$ $p : ,000$ SD : 1
Yok	145	53.7	5	12.8	150	48.5	

*Fisher's Ki-kare değerleri alınmıştır.

Tablo 4.3.5'de postmenapozal dönemdeki kadınların menopoz öncesi ve sonrası cinsel yaşam düzenine göre cinsel sorun yaşama durumlarının dağılımı yer almaktadır. Menapoz öncesi düzenli cinsel yaşam varlığı ile cinsel sorun yaşama durumu dağılımına bakıldığında; cinsel sorun yaşayan kadınların %86,7'sinin, cinsel sorun yaşamayan kadınların ise %94,9'unun menopoz öncesinde düzenli cinsel yaşamı olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede menopoz öncesi düzenli cinsel yaşam varlığına göre cinsel sorun yaşama durumları arasındaki fark anlamsız ($p>0.05$) bulunmuştur.

Menapoz öncesi düzenli cinsel yaşam varlığı ile cinsel sorun yaşama durumu dağılımına bakıldığında; cinsel sorun yaşayan kadınların %53,7'sinin düzenli cinsel yaşamı olmadığı, cinsel sorun yaşamayan kadınların %87,2'sinin düzenli cinsel yaşamı olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede menopoz sonrası düzenli cinsel yaşam varlığına göre cinsel sorun yaşama durumları arasındaki fark anlamlı ($p<0.05$) bulunmuştur.

Tablo 4.3.6. İdrar İnkontinansının Postmenapozal Kadınlarda Yaşanan Cinsel Sorunlara Etkisi (% satır)

İdrar İnkontinansı	Cinsel Sorun				Toplam		Önemlilik Testi
	Yaşayan		Yaşamayan				
	S	%	S	%	S	%	
Var	100	87.7	14	12.3	114	36.9	x ² : ,019 p : ,890 SD : 1
Yok	170	87.2	25	12.8	195	63.1	
Toplam	270	87.4	39	12.6	309	100.0	

Tablo 4.3.6’da postmenapozal dönemde kadınların yaşadıkları idrar inkontinans varlığına göre cinsel sorun yaşama durumlarının dağılımı yer almaktadır. Tablo incelendiğinde; idrar inkontinansı olan kadınların %87,7’sinin cinsel sorun yaşadığı, %12,3’ünün ise cinsel sorun yaşamadığı belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, idrar inkontinans varlığına göre cinsel sorun yaşama durumu arasındaki fark anlamsız ($p>0.05$) bulunmuştur.

Tablo 4.3.7. Postmenapozal Dönemde Kadınların Eşinde Cinsel Aktiviteyi Kısıtlayan Problemlere Göre Cinsel Sorun Yaşama Durumlarının Dağılımı (% sütun)

Eşinde Cinsel Aktivite Problemi	Cinsel Sorun				Toplam		Önemlilik Testi
	Yaşayan		Yaşamayan				
	S	%	S	%	S	%	
	n:270		n: 39				
Var	68	25.2	4	10.3	72	23.3	x ² : 4.250 p : ,039 SD : 1
Yok	202	74.8	35	89.7	237	76.7	

Tablo 4.3.7’de postmenapozal dönemde kadınların eşinde cinsel aktiviteyi kısıtlayan problem varlığına göre cinsel sorun yaşama durumlarının dağılımı yer almaktadır. Eşinde cinsel aktiviteyi kısıtlayan problem olduğunu ifade eden kadınların %25,2’sinin cinsel sorun yaşadığı, %10,3’ünün ise cinsel sorun yaşamadığı belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede eşde cinsel aktiviteyi kısıtlayan problem varlığına göre cinsel sorun yaşama durumları arasındaki fark anlamlı ($p<0.05$) bulunmuştur.

Tablo 4.3.8. Postmenapozal Dönemdeki Kadının Eşinin Eğitim Düzeyine Göre Kadına Zorla Cinsel İlişkide Bulunma Durumlarının Dağılımı (% sütun)

Eşin Eğitim Düzeyi	Eşin Zorla Cinsel İlişkide Bulunma Durumu				Toplam	
	Evet		Hayır		S	%
	S n: 61	%	S n: 248	%		
Okuryazar değil	2	3.3	-	-	2	0.6
Okuryazar-ilkokul	28	45.9	61	24.6	89	28.8
Ortaokul-lise	23	37.7	95	38.3	118	38.2
Üniversite	8	13.1	92	37.1	100	32.4

Tablo 4.3.8’de postmenapozal dönemdeki kadının eşinin eğitim düzeyine göre kadına zorla cinsel ilişkide bulunma durumlarının dağılımı yer almaktadır. Tablo incelendiğinde; eşi zorla cinsel ilişkide bulunan kadınların %45,9’unun eşinin eğitim düzeyinin okuryazar-ilkokul olduğu belirlenmiştir. Eşinin zorla cinsel ilişkide bulunma durumu olmayan kadınların %38,3’ünün ise eşinin eğitim düzeyi ortaokul-lise olarak belirlenmiştir. Eğitim düzeyi yükseldikçe eşin zorla cinsel ilişkide bulunma düzeyi azalmaktadır.

5.TARTIŞMA

Menapozal dönem; yaşlanan kadında sıklıkla cinsel aktivitenin de olumsuz yönde etkilendiği anatomik, fizyolojik ve psikolojik değişikliklerin görüldüğü bir dönemdir. Bu dönemde en sık görülen cinsel şikâyetler; orgazma ulaşmada güçlük, orgazm olamama ya da orgazm süresinin kısalması, cinsel istek ve cinsel ilişki sıklığında azalma, cinsel birleşme sırasında ağrı (disparoni)'dır (2). Menapoz döneminde görülen cinsel sorunların birçok nedeni vardır. Menapozla birlikte dolaşımdaki östrojen ve androjenin azalması sonucu; ürogenital atrofi, vajinal kayganlaşmada azalma, sekonder seks karakterleri ve ruhsal durumla ilgili değişimler meydana gelmektedir (2,10,33). Klimakterik dönemde tüm kadınlar aynı hormonal değişimleri yaşamalarına rağmen yaşam şekli, kültür, dini inanışlar, cinsel eşin özellikleri, kadının yaşadığı deneyimler, yaş, eğitim durumu, sağlık durumu, psikolojik problemler, stres, jinekolojik problemler, yorgunluk, menopoz tipi (spontan veya cerrahi), çevresel faktörler gibi kişilerarası farklılık gösteren değişken özellikler, bu dönemdeki kadınların farklı cinsel yapıya sahip olmasını belirlemektedir (10,19,20). Sağlıklı olma ve kendini iyi hissetmenin önemli göstergelerinden biri de doyumlu bir cinsel yaşama sahip olma olduğundan, menopoz dönemindeki kadının cinsel fonksiyonlarla ilgili sorunlarının nedeninin belirlenmesi önemlidir.

Yapılan çalışmalarda, postmenapozal dönemde cinsel ilişki sıklığı ve libidoda azalma, vajinal disparoni ve partnerinin problemlerinde artışın en sık görülen cinsel problemler olduğu ifade edilmektedir (2,12,14,57). Genel popülasyonda kadın cinsel disfonksiyon oranının %30-50 arasında olduğu belirtilmektedir (19). Castelo ve arkadaşlarına (6) göre bu oranların menopoz başlangıcından sonuna gelindiğinde %22.2'den %66'ya yükseldiği belirtilirken; Dennerstein ve arkadaşları (7) %42'den %88'e yükseldiğini ifade etmektedir. Çalışmamızda ise postmenapozal dönemdeki kadınların %87.4'ünün cinsel sorun yaşadığı belirlenmiştir (Tablo 4.2.4). Görüldüğü üzere cinsel sorun yaşayan kadın oranları literatürde belirtilen oranlardan daha yüksek bulunmuştur. Bu farklılıkların örneklem gruplarındaki kadınların sosyokültürel farklılıklarından kaynaklandığı düşünülmektedir. Menapozdaki kadınlar aynı hormonal değişimleri yaşamalarına rağmen, cinsellik ve yaşanan

sorunların oranı ülkeden ülkeye, kültürden kültüre ve kişiden kişiye göre değişiklik gösterebilmektedir.

Yurtiçi ve yurtdışında yapılan çalışmalarda, kadında cinsel sorun yaşama sıklığının yaş ilerledikçe arttığı belirtilmektedir (18,33,40). Çalışmamızda, 50-54 yaş grubunda cinsel sorun yaşayan kadınların oranı %41.4 ile diğer gruplara göre daha yüksek bulunmuş ancak yapılan istatistiksel değerlendirmede kadının yaşına göre cinsel sorun yaşama durumu arasındaki fark anlamsız ($p>0.05$) bulunmuştur (Tablo 4.3.1). Yaş gruplarına kendi arasında bakıldığında ise, cinsel sorun yaşayan kadın oranının %93,1 ile 60 ve üzeri yaş grubunda diğer gruplara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızda kadınların çoğunluğunun eğitim düzeyinin düşük olduğu ve bu grubun daha fazla cinsel sorun yaşadığı belirlenmiştir (Tablo 4.3.1). Bu durumun kadınların menapoz ve cinsellikle ilgili bilgi eksikliğinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede kadının eğitim durumuna göre cinsel sorun yaşama durumu arasındaki fark anlamsız ($p>0.05$) bulunmuştur. Evliliğin yılların alışkanlığıyla sıkıcı bir ilişki haline gelmesi cinselliği olumsuz yönde etkileyebilmektedir (40). Çalışmamızda evlilik süresi arttıkça cinsel sorun yaşama oranlarının arttığı, ancak 40 ve üzerinde yıl evli olanlarda tekrar azaldığı bulunmuştur (Tablo 4.3.1). Cinsel yönden aktif ve 40 yıl üzerinde evli olan kadınların çok nadir cinsel ilişkide bulunmaları nedeniyle daha az cinsel sorun yaşadıkları düşünülmektedir. Gruplara kendi içersinde bakıldığında ise, cinsel sorun yaşayan kadın oranının %94,2 ile 40 yıl ve üzeri evli olan grupta diğer gruplara oranla daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Literatürden farklı olarak çalışmamızda gebelik sayısı ile cinsel sorun yaşama durumları arasındaki ilişkiye bakılmıştır (Tablo 4.3.1). Gebelik sayısının arttıkça cinsel sorun yaşayan kadınların oranının da artış gösterdiği belirlenmiştir. Literatürden farklı olarak aile tipi ile cinsel sorun yaşama durumları arasındaki ilişkiye de bakılmıştır (Tablo 4.3.1). Çekirdek aile tipine sahip kadınların geniş aile tipine sahip kadınlara oranla daha fazla cinsel sorun yaşadıkları belirlenmiştir. Ancak yapılan istatistiksel değerlendirmede aile tipi ile cinsel sorun yaşama arasındaki ilişki anlamsız ($p>0.05$) bulunmuştur.

Jinekolojik ve meme kanserinin cerrahi tedavileri, özellikle kadınların cinsel fonksiyonları üzerine, beden imajında değişikliğe bağlı olumsuz etki yapmaktadır (18,38,39). Çalışmamızda kadınların %66.7 ile histerektomi, %57.9 ile ooferektomi

ve %6.1 ile mastektomi gibi beden imajını olumsuz yönde etkileyebilecek ameliyat geçirdikleri belirlenmiştir (Tablo 4.1.2). Ancak yapılan istatistiksel değerlendirmede geçirilmiş kadın hastalığı ile ilgili ameliyat olma durumuna göre cinsel sorun yaşama durumları arasındaki fark anlamsız ($p>0.05$) bulunmuştur (Tablo 4.3.2).

Cinsellik yaşam boyu süren bir davranıştır ve genel stereotiplere karşın, cinsellik menapozla birlikte sona ermemektedir. Çoğu kadın tüm yaşamı boyunca cinsel olarak aktif kalmaktadır (27). Yapılan çalışmalarda kadının cinsel ilişki sıklığının menapoz ile birlikte azaldığı ifade edilmektedir (13,14,58,59). Danacı ve arkadaşlarının (13) yaptığı çalışmada; kadınların %56,5'inin cinsel ilişkiye girme sıklığının azaldığı, %8,7'sinin arttığı, %34'ünün ise değişmediği belirtilmektedir. Deeks (14)'in yaptığı çalışmada ise; kadınların %20,7'sinin cinsel ilişki sıklığının azaldığı, %6'sının arttığı, %72,3'ünün ise değişmediği saptanmıştır. Harris etkileşim araştırmasına (Harris Interactive Study) (58,59) göre; 55 yaş altındaki kadınların %47'sinin cinsel ilişki sıklığında azalma olduğu, %10'unun arttığı ve %36'sında bir değişiklik olmadığı ifade edilmektedir. Çalışmamızda ise kadınların %79,3'ünün cinsel ilişki sıklığının azaldığı, %1,3'ünün arttığı ve %19,4'ünün değişmediği belirlenmiştir (Tablo 4.2.2). Yurt dışında yapılan çalışmalara göre çalışmamızda bulunan oranların daha yüksek olması; kadın ve cinselliğin ülkemizde hala tabu olarak görülen bir konu olması, geleneksel tutucu yaşam biçimini benimsemiş bazı kadınların menapozla girdikten sonra kendilerine kısmen cinselliği yasaklamalarından veya menapozu istemedikleri cinsel aktiviteden bir kaçış yolu olarak görmelerinden kaynaklanabilir.

Kadının eşi ile olan evlilik ilişkisinin kalitesi de cinsel aktiviteyi etkileyebilmektedir (21). Kadının eşinde cinsel problem olması erkeğin cinsel ilişkiyi bırakmasına neden olabilmektedir. Eşin cinsel aktiviteyi bırakması, kadının menapozla birlikte eşinin ilgisini kaybettiği düşüncesine yol açabilmektedir (2,18,40). Evlilikte memnuniyet, genç çiftlerde olduğu gibi, menapozdaki kadın ve eşi içinde cinsel ilişki memnuniyeti ile yakın ilişkilidir (18). Çalışmamızda kadınların %27,2'si eşi ile olan cinsel ilişkisinden memnun olmadığını ifade etmiştir (Tablo 4.2.6). Deeks (14), postmenapozal dönemdeki kadınların %1.2'sinde azalmış memnuniyet olduğunu belirtmektedir. Genel olarak kadınlar evlilikleri boyunca cinsel konularda söz sahibi olmadıkları, cinsellikle ilgili konuları eşleri ile

paylaşamadıkları, eşi isterse cinsel ilişkide bulundukları ve cinselliği eşine karşı yerine getirmesi gereken bir görev olarak görebildikleri için menapozla birlikte cinsel aktivitelerini kısıtlamak istedikleri düşünülmektedir. Kadınların eşlerinin ısrarcı tutumlarının da kadınların cinsel yaşamlarından memnuniyetsizlik oranlarını arttırabilmektedir. Çalışmamızda literatürden farklı olarak, kadınların %84,2'sinin eşinin cinsel isteğine hayır diyebildiği belirlenmiştir. Hayır diyebilen kadınların eşlerinin yüksek oranda anlayışla karşıladığı (%72,3), daha az oranda küstüğü (%25,8), kızdığı (%12,7) ya da anlayışla karşılanmadığı (%5,4) belirlenmiştir (Tablo 4.2.7). Anlayışla karşılanan kadınların eşlerinin genel olarak ilk tepkilerinin kızgınlık ya da küskünlük olduğu, ancak daha sonra anlayışla karşıladıkları saptanmıştır. Tabloda gösterilmeyen ancak eşinin cinsel isteğine hayır diyemeyen kadınlara nedeni sorulduğunda; din yönünden günah olduğu, eşini kırmak istemediği, eşini zevkinden mahrum etmemek istediği, karşılıklı istedikleri, mutlu oldukları, zaman bulamadıkları, cinselliği görev olarak görmeleri, eşinin alkol kullanmasından dolayı karşı gelemediği, eşinin başka kadınlara gitmemesi, eşinin kalbinin kırılmaması ya da üzülmemesi gibi ifadeleri kullandıkları belirlenmiştir. Çalışmamızda literatürden farklı olarak, kadınların %19,7'sinin eşinin zorla cinsel ilişkide bulunmuş olduğu da saptanmıştır (Tablo 4.2.7). Kadınların genel olarak eşi ile arasında huzursuzluk çıkmasını istemedikleri için cinsel ilişkide bulundukları belirlenmiştir (Tablo 4.2.7). Eşinin eğitim düzeyi düşük olan kadınların daha fazla oranda zorla cinsel ilişkiye maruz kaldıkları belirlenmiştir (Tablo 4.3.8). Çalışmamızda literatürden farklı olarak, kadınların %82,2'sinin eşi ile cinsellikle ilgili konuları rahatlıkla paylaşabildikleri saptanmıştır. Cinsel problemlerini paylaşmayan kadınların büyük oranda cinselliğin tabu olması ve eşinin bu konuları anlayışla karşılamaması nedeni ile eşleri ile konuşamadıkları belirlenmiştir (Tablo 4.2.7).

Kadında idrar inkontinansının olması istemli olarak cinsel ilişki sıklığının azalmasına neden olabilmektedir (2,10,33). Çalışmamızda yapılan istatistiksel değerlendirmede, idrar inkontinans varlığına göre cinsel sorun yaşama durumu arasındaki fark anlamsız ($p>0.05$) bulunmuştur (Tablo 4.3.6). Elde edilen bulgulara, idrar inkontinans sorunu yaşayan kadınların %59,6'sının ped ya da bez kullanmadığı, %57'sinin ise çözüm için hiçbir şey yapmadıkları belirlenmiştir (Tablo 4.1.5). Bu sonuçta, idrar inkontinans sorunu yaşayan kadınların genel olarak çözüm için hiçbir

şey yapmamalarının, idrar inkontinans sorununu hafif şiddette yaşamalarından kaynaklanabileceği ve idrar inkontinans sorununun hafif şiddetli olmasının cinsel yaşamı etkilemeyeceği düşünülmektedir.

Kadının eşinde sağlık ya da cinsellikle ilgili problem olması da kadının cinsel ilişki sıklığını etkilemektedir (18,27,40,42). Çalışmamızdan elde edilen verilerde, kadının eşinin cinsel aktivitesini olumsuz yönde etkileyebilecek sertleşme problemi, prostat, kalp hastalığı ve boşalma probleminin daha fazla yaşandığı belirlenmiştir (Tablo 4.2.5). Bu sonuçta, eşin cinsel aktivitesini kısıtlayan problemin olmasının direk olarak kadının da cinsel aktivite sıklığını etkileyebilecektir. Çalışmamızda yapılan istatistiksel değerlendirmede eşde cinsel aktiviteyi kısıtlayan problem varlığına göre cinsel sorun yaşama durumu arasındaki fark anlamlı ($p<0.05$) bulunmuştur (Tablo 4.3.7).

Postmenapozal cinsel yaşamın belirlenmesinde kadının bu dönemi cinsel açıdan ne şekilde gördüğü önemlidir. Menapozu her şeyin sonu olarak algılayan kadınlar olumsuz düşünceye sahip olabilir (10). Kadınlar çocuk doğurabildikleri sürece cinsel ilişkiyi sorumluluklarının bir parçası gibi kabullenmektedirler. Menapoz onları bu görevden uzaklaştırdığı zaman, ilişkiyi bırakmak isteyebilmektedirler (26). Çalışmamızda, kadınların menapozu genel olarak sıkıntı, ateş basması, yaşlılık, kadınlığın bitmesi gibi olumsuz yönde tanımladıkları belirlenmiştir (Tablo 4.1.4). Bu sonuçta, kadınların menapozu olumsuz algılamalarının cinsel ilişki sıklığının azalmasında rolü olabileceği düşünülmektedir.

Çalışma bulguları arasında cinsel istekle ilgili yaşanan değişimler arasında en fazla cinsel istekte azalma (%68,0) olduğu bulunmuştur (Tablo 4.2.2). Harris etkileşim araştırması (58,59) kadınların %45'inin cinsel isteğinde azalma yaşadığını, Danacı ve arkadaşları (13); kadınların %30,4'ünün, Hotun (26) %47,4'ünün, Deeks (14) %8,6'sının, Nappi ve arkadaşları (12) kadınların %22'sinin cinsel istekte azalma yaşadığını belirtmektedir. Çalışmamızda cinsel istekte azalma oranı literatüre göre daha yüksek (%68) bulunmuştur (Tablo 4.2.2). Menapozu girdikten sonra kadının çekiciliğini kaybettiği düşüncesi cinsel isteği etkileyebilmektedir. Çalışmamızda kadınların sadece %11'i kendisini çekici olarak görürken, %33,7'si kendisini cinsel yönden isteksiz olarak gördüğünü ifade etmiştir (Tablo 4.2.6). Delamater (21) antikoagülan, kardiyovasküler, lipid ve kolesterol düşürücü,

antihipertansif ve antidepresan ilaçların kullanımı ile cinsel istek arasındaki ilişkinin anlamlı olduğunu belirtmiştir. Çalışmamızda cinsel sorun yaşayan kadınların %39,1'inin cinsel fonksiyonları etkileyen ilaç kullandığı belirlenmiştir (Tablo 4.3.3). Yapılan istatistiksel değerlendirmede cinsel fonksiyonları etkileyen ilaç kullanma durumuna göre cinsel sorun yaşama durumu arasındaki fark anlamsız ($p>0.05$) bulunmuştur. Hormon replasman tedavisi (HRT) sadece östrojen içerdiği zaman, klimakterik semptomları azaltarak bu faktörlerden etkilenen kadınların cinsel işlevlerine olumlu etkileri olabilmektedir. Fakat tek başına veya progesteron ile kombinasyonunda östrojen, cinsel istek kaybı şikâyetlerini hafifletmemekte aksine, dolaşımdaki serbest testosteron azalmasına yol açarak cinsel istek kaybına neden olabilmektedir (31). Hotun (26)'un yaptığı çalışmada, kadınların HRT alma durumu ile cinsel istek azlığı sorunu yaşama arasındaki ilişkinin anlamlı olduğu belirtilmektedir. Çalışmamızdan elde edilen bulgularda, kadınlık hormonu olan östrojen içeren ilaç kullanan kadınların daha az cinsel sorun yaşadıkları belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, kadınlık hormonu içeren ilaç kullanım durumuna göre cinsel sorun yaşama durumları arasındaki fark anlamlı ($p<0.05$) bulunmuştur (Tablo 4.3.4). Literatürde kardiyovasküler rahatsızlıklar, hipertansiyon, diyabet, artrit, kanser ve depresyon durumlarında cinsel isteğin etkilenebileceği belirtilmektedir (18,21). DeLamater (21)'in yaptığı çalışmada, yüksek kan basıncı ile azalmış cinsel istek arasındaki ilişkinin anlamlı, diyabet, artrit ve depresyon arasındaki ilişkinin anlamlı olmadığı belirtilmektedir. Çalışmamızda, kadınların eklemlerle ilgili rahatsızlık (%59.5), hipertansiyon (%53.2), diyabet (%21.2) ve depresyon (%13.5) gibi cinsel isteği etkileyebilecek hastalıkları olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.1.3). Ancak yapılan istatistiksel değerlendirmede, şu anki hastalık varlığına göre cinsel sorun yaşama durumu arasındaki fark anlamsız ($p>0.05$) bulunmuştur (Tablo 4.3.2).

Orgazmik cevap yaşın artmasından olumsuz etkilenmemektedir. Vajinal ve rektal kontraksiyonların sayısının ve şiddetinin azalmasına rağmen, kadınların orgazm ile ilgili kapasiteleri devam etmektedir (18). Haris Etkileşim Araştırması (58,59); menapozdaki kadınların %35'inin menapoza girdikten sonra zevk almada azalma, %7'sinde artış ve % 46'sında bir değişiklik olmadığını belirtmektedir. Çalışmamızda ise; kadınların %35,6'sının zevk almada değişme yaşamadığı,

%62,1'inin zevk almada azalma ve %2,3'ünün ise artma yaşadığı belirlenmiştir (Tablo 4.2.2). Literatüre göre kadınların zevk almada azalma sorununu yaşama oranları daha yüksek bulunmuştur. Bu farklılığın, örneklem grubundaki kadınların sosyokültürel farklılıklarından kaynaklandığı düşünülmektedir. Ayrıca kadınların genellikle menapozla birlikte cinsel yaşamın sona erdiği, gençlik döneminde olduğu kadar zevk alınamayacağı düşüncesine sahip oldukları gözlenmiştir.

AARP (The American Association of Retired Persons- Amerikan Emekli Bireyler Derneği) araştırması (51,58,59); menapoz dönemindeki kadınların %29'unun cinsel ilişki sırasında daima orgazm olduğunu, %10'unun hiç orgazm olmadığını bildirmektedir. NHSLS (National Health and Social Life Survey- Ulusal Sağlık ve Sosyal Yaşam Araştırması) araştırması (58,59), 45–49 yaş arası kadınların %34'ünün, 50–54 yaş arası kadınların %26'sının ve 55–59 yaş arası kadınların %25'inin eşi ile daima orgazm yaşadığını belirtmektedir. Danacı ve arkadaşlarının (13) yaptığı çalışmada; kadınların %29,5'inin orgazm olmadığı, %61,9'unun bazen, %4,8'inin sık sık, %23,8'inin ise her cinsel ilişkide orgazm olduğu belirtilmiştir. Deeks (14)'in çalışmasına göre; kadınların %2,5'inin orgazma ulaşmada güçlük yaşadığı ifade edilmektedir. Çalışmamızdan elde edilen bulgulara göre; kadınların %51,1'inin zevk almada sorun yaşadığı belirlenmiştir. Zevk almada yaşanan sorunlar arasında en fazla oranda zevk almama (%74,7) sorununun yaşandığı saptanmıştır (Tablo 4.2.3). Görüldüğü üzere çalışmamızda kadınların zevk almama sorununu yaşama oranı literatüre göre oldukça yüksek bulunmuştur. Bu farklılığın, örneklem grubundaki kadınların sosyokültürel özelliklerinin farklılığından kaynaklandığı düşünülmektedir. Ayrıca bu farklılığın, örneklem grubumuzda zevk almayı etkileyebilecek cinsel ilişki sırasında yaşanan kuruluk, yanma ve ağrı sorunlarının yüksek oranlarda olmasının rolü olabileceği düşünülmektedir (Tablo 4.2.4). Postmenapozal dönemdeki kadınların zevk almada sorun yaşama oranlarının değişim yaşama oranlarına göre daha az olduğu dikkati çekmektedir. Bu sonuçta, kadınların zevk alma konusunda yüksek oranda değişim yaşamalarına rağmen, bu değişimi normal olarak görmelerinin rolü olabileceği düşünülmektedir. Yine çalışmamızda, kadınların zevk almama sorunu olmasına rağmen çözüm için çoğunlukla hiçbir şey yapmadıkları belirlenmiştir (Tablo 4.2.3). Bu sonuçta, kadınların menapoz kontrolüne gittiklerinde cinsellik ile ilgili problemlerini sağlık personeli ile rahat bir

şekilde konuşamamalarının ve zevk almama sorununu önemsememelerinin rolü olduğu düşünülmektedir. Çalışmamızda sadece 5 kadının zevk alma ile ilgili sorununun çözümü için doktora gitmiş olduğu belirlenmiştir. Benzer şekilde bu sorununun eşi ile paylaştan 5 kadının olduğu saptanmıştır (Tablo 4.2.3). Kadınların zevk almada önerdikleri değişimler ile ilgili verilere bakıldığında; ilk sırada hiçbir şey yapmama (%33,5) önerisi bulunurken, bunu eşin anlayışlı olması (%22,8) ve stresin olmaması (%8,9) takip etmektedir (Tablo 4.2.3). AARP (51,58,59) araştırma sonuçlarına göre; kadınların daha fazla zevk alabilmek için önerdikleri değişimler incelendiğinde, kadınlar ilk sırada değişikliğe ihtiyaç duymadıklarını (%22) ifade ederken, bunu sırası ile daha az stres (%20) ve eşlerinin sağlık durumlarının iyi olması (%19) ifadeleri izlemektedir. Bu farklılığın, örneklem gruplarındaki kadınların sosyokültürel özelliklerinin farklılıklarından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Ayrıca, kadınların cinsellik konusunda farklı bakış açılarına sahip olmalarının da rolü olduğu düşünülmektedir.

Vajinal kuruluk ve buna bağlı olarak cinsel ilişki sırasında gelişen ağrı (disparoni) ve kanama ile vajinal yanma şikâyetleri, menapoz polikliniğine başvuran kadınlar arasında en çok rastlanan cinsel sorunlar arasında yer almaktadır (7,18). Deeks (14)'e göre kadınların %14,7'sinin vajende kuruluk sorununu yaşadığı ve bu sorunun en fazla postmenapozal dönemde yaşandığı belirtilmiştir. NHSLS araştırması (58,59) ise kadınların %21'inin kuruluk sorununu yaşadığını belirtmektedir. Çalışmamızda ise vajende kuruluk problemini kadınların %42,4'ünün yaşadığı belirlenmiştir (Tablo 4.2.4). Literatürde düzenli cinsel yaşamın vajinal kanlanmayı artırarak vajinal kuruluğa bağlı gelişen sorunları azalttığı belirtilmektedir (9). Çalışmamızda, menapoz sonrası düzenli cinsel yaşamı olmayan kadınların %53,7'sinin cinsel sorun yaşadığı belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede menapoz sonrası düzenli cinsel yaşam varlığına göre cinsel sorun yaşama durumu arasındaki fark anlamlı ($p<0.05$) bulunmuştur (Tablo 4.3.5).

Vajinal kuruluğa bağlı tekrarlayan disparoni kadında korkuya neden olarak; uyarı yokluğu, orgazmda başarısızlık ve cinsel istek kaybına yol açabilir (10). Bu durum, tüm cinsel ilişki faaliyetinden kaçınma ve cinsel ilişkide zorluk yaşanmasına neden olmaktadır. Danacı ve arkadaşları (13) kadınların %31,8'inin, Hotun (26) %42,4'ünün, Nappi ve arkadaşları (12) ise %29,8'inin disparonisi olduğunu

belirtmiştir. Çalışmamızda ise kadınların %30,1'inin dispareni sorunu yaşadığı belirlenmiştir (Tablo 4.2.4). Elde edilen verilerde dispareniye neden olabilecek genital enfeksiyon sadece 16 kadında saptanmıştır (Tablo 4.1.3). Kadınların dispareni sorununun çözümü için çoğunlukla hiçbir şey yapmadıkları (%74,2) dikkati çekmektedir. Kadınların sadece %24,7'sinin çözüm için doktora başvurduğu belirlenmiştir (Tablo 4.2.4). Hotun (26)' a göre; dispareni şikâyeti olan kadınların %19'unun bu yakınmadan endişelendiği, %6,5'inin bu konuda öneri aldığı belirtilmektedir. Kadınların cinsel ilişki sırasında yaşadıkları ağrı, kanama, kuruluk ve yanma sorununun çözümü için herhangi bir şey yapmadıkları belirlenmiştir. Doktora giden ve tedavi alanların oranı oldukça düşük bulunmuştur (Tablo 4.2.4). Bu sonuçta, kadınların çoğunluğunun menapoz kontrollerine gittiğinde cinsellikle ilgili sorunlarını konuşmaktan çekinmeleri, bu konuda doktora başvurmayı gereksiz görmesi ve sağlık personelinin bu konuda hiç soru sormamalarının rolü olduğu düşünülmektedir. Ayrıca, kadınların verilen hizmetten memnun olmamasının da rolünün olabileceği düşünülmektedir. Kadınların sosyal güvencenin varlığı da cinsel sorunlara çözüm alabilmesini etkileyebilmektedir. Çalışmamızda yapılan istatistiksel değerlendirmede sosyal güvencenin varlığına göre cinsel sorun yaşama arasındaki fark anlamsız ($p>0.05$) bulunmuştur.

Sağlık kuruluşlarında menapoz döneminde cinsellikle ilgili konulara çok fazla değinilmediğinden, çoğu kadının doğru bilgiye ulaşma şansı çok azdır. Kadınların fazla oranda cinsel sorun yaşamalarına ve çözümü için genellikle hiçbir şey yapmamalarına rağmen menapozda cinsel konularla ilgili bilgi ihtiyaçları olmadıklarını belirtmişlerdir. Çalışmamızda, sadece 19 kadın cinsellik hakkında bilgi edinmeye ihtiyacı olduğunu belirtmiştir (Tablo 4.2.8). Bilgi almak istemeyen kadınların bu yaştan sonra cinsellikle ilgili herhangi bir bilgiye gerek duymadıkları düşüncesine sahip olduğu ya da bu ihtiyacı dile getirmekten çekindikleri düşünülmektedir. Kadınlar bilgileri genel olarak doktor ya da konunun uzmanından almak istediklerini belirtmişlerdir. Ancak hiçbir kadının hemşire grubundan bilgi almak istediğini belirtmemesi dikkati çeken bir bulgudur. Bu sonuçta hemşirelerin, menapoz dönemindeki kadınların cinsel yaşamı konusunda yeterli bilgiye sahip olmaması, bu dönemde görülen cinsel sorunlar ve çözümleri konusunda yeterli eğitim ve danışmanlık hizmeti vermemesinin rolü olduğu düşünülmektedir. Ayrıca,

hemşirelere sağlık kurumlarında postmenapozal dönemde görülebilecek cinsel sorunlarla ilgili eğitim ve danışmanlık rolünün verilmediği ve hemşirelerin de bu rolünün olabileceğini düşünmedikleri düşünülmektedir.

Genel olarak çalışmamızdan elde edilen cinselliğe ait bulgular, menapozdaki kadınlara menapozda görülen cinsel sorunlar ve baş etme yöntemleri hakkında eğitim ve danışmanlık hizmeti verilmesi gerekliliğini göstermesi bakımından önemlidir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. SONUÇLAR

6.1.1. TANIMLAYICI ÖZELLİKLERE İLİŞKİN SONUÇLAR

- 1) Araştırmaya katılan kadınların %59,6'sının 45–54 yaş grubunda, %40,8'inin ilkokul mezunu olduğu saptanmıştır. Kadınların eşlerinin %44,0'ının 50–56 yaş grubunda olduğu ve %60,9'unun lise ve üzeri eğitim düzeyine sahip oldukları belirlenmiştir. Kadınların %54,1'inin 33 yıl ve üzerinde evli oldukları, %96,1'inin sosyal güvencesinin olduğu belirlenmiştir. Kadınların gebelik sayıları incelendiğinde, %87,0'sinin 3 ve üzeri sayıda gebelik geçirdiği belirlenmiştir. Kadınların %88,7'si çekirdek tipi aileye sahiptir (Tablo 4.1.1).
- 2) Kadınların %49,5'inin geçirilmiş kadın hastalığı olduğu belirlenmiştir. Kadınların %37,2'si geçirilmiş kadın hastalığı ile ilgili ameliyat olduklarını belirtmiştir (Tablo 4.1.2).
- 3) Kadınların %17,8'inin şu anda bir kadın hastalığı olduğu belirlenmiştir. Kadınların %88,7'sinin şu anda herhangi bir hastalığa sahip olduğu saptanmıştır. Kadınların cinsel fonksiyonlarını etkileyen ilaç kullanımına bakıldığında %39,7 gibi önemli bir grubun cinsel fonksiyonları etkileyen ilaç kullandıkları saptanmıştır (Tablo 4.1.3).
- 4) Kadınların menapozla yönelik ifadeleri incelendiğinde; ilk sırada %35,3 ile adet görmeme yer alırken bunu %34 ile sıkıntı, %19,4 ile ateş basması, %11,3 ile sinirlilik, %10 ile terleme ifadeleri izlemiştir. Kadınların %35,3'ünün 1–3 yıldır menapozda olduğu, %86,7'sinin menapozla ilgili olarak doktora gittiği saptanmıştır. Bu kadınların, %38,0'inin tedaviyi aldığı ancak devam etmemekte olduğu belirlenmiştir. Menapozla ilgili olarak alınan tedavi dağılımı incelendiğinde; %84'ünün hormonal olmayan ilaç kullandığı saptanmıştır. Kadınların %81,3'ünün 7 ay ve daha fazla süredir menapozla ilgili tedavilerine devam ettikleri belirlenmiştir. Menapoz tedavisini kullanıp devam etmeyenler ve tedaviye kısmen devam eden kadınların %54,3'ünün tedaviyi doktor önerisi ile %45,7'sinin ise kendi isteği ile bıraktıkları saptanmıştır (Tablo 4.1.4).

- 5) Kadınların %36,9'unun idrar inkontinans sorunu yaşadıkları ve bu sorunları için %40,4'ünün ped ya da bez kullandığı belirlenmiştir. Kadınların idrar inkontinans sorununu çözmek için %57,0'sinin hiçbir şey yapmadığı, %32,5'inin ise doktora gittiği ancak tedavi olmadığı belirlenmiştir (Tablo 4.1.5).

6.1.2. CİNSEL YAŞAM ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN SONUÇLAR

- 1) Kadınların menapoz öncesi cinsel yaşamlarının düzenli olup olmadığı incelendiğinde; kadınların %87,7'sinin düzenli cinsel yaşamı olduğu saptanmıştır. Menapoz sonrası cinsel yaşamlarının düzenli olup olmadığı incelendiğinde ise; %51,5'inin düzenli cinsel yaşamı olduğu saptanmıştır. Kadınların %54,7'sinin cinsel ilişkilerinde kısıtlama yaptıkları belirlenmiştir (Tablo 4.2.1).
- 2) Kadınların %79,3'ünün cinsel ilişki sıklığının azaldığı, %68'inin cinsel isteğinin azaldığı, %62,1'inin zevk almada azalma yaşadığı belirlenmiştir (Tablo 4.2.2).
- 3) Kadınların %51,1'inin zevk almada sorun yaşadığı saptanmıştır. Kadınların %74,7'sinin zevk alamadığı, %10,8'inin bazen zevk aldığı belirlenmiştir. Kadınların %93,7'sinin zevk almada yaşadığı sorunun çözümü için hiçbir şey yapmadıkları belirlenmiştir. Kadınların zevk almak için önerilerine bakıldığında; %33,5'i hiçbir şey yapmamayı, %22,8'i eşinin anlayışlı olmasını istediğini, %8,9'u stressiz olmayı, %6,3'ü yaşam şartlarının daha iyi olması önerilerini ifade etmişlerdir (Tablo 4.2.3).
- 4) Kadınların %87,4'ünün cinsel sorun yaşadıkları saptanmıştır. Kadınların %30,1'inin cinsel ilişki sırasında ağrı yaşadığı saptanmıştır. Ağrı sorunu yaşayan kadınların %74,2'sinin hiçbir şey yapmadığı belirlenmiştir. Kadınların %4,5'inin cinsel ilişki sırasında veya sonrasında kanama sorunu yaşadığı belirlenmiştir. Kanama sorunu yaşadığını ifade eden kadınların %57,1'inin çözüm için hiçbir şey yapmadıkları saptanmıştır. Kadınların %42,4'ünün cinsel ilişki sırasında vajende kuruluk sorunu yaşadığı belirlenmiştir. Kuruluk sorunu yaşayan kadınların %71,8'i çözüm için hiçbir

şey yapmadıkları saptanmıştır. Kadınların %24,9'unun cinsel ilişki sırasında vajende yanma sorunu yaşadığı belirlenmiştir. Yanma sorunu yaşadığını ifade eden kadınların %76,6'sının çözüm için hiçbir şey yapmadıkları belirlenmiştir (Tablo 4.2.4).

- 5) Kadınların ifadelerine göre, eşlerinin %23,3'ünde cinsel aktiviteyi kısıtlayan bir problemin var olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.2.5).
- 6) Kadınların %68,9'unun son altı aydır cinsel ilişkilerinden memnun oldukları belirlenmiştir. Kadınların %84,8'ünün ise; eşlerinin cinsel ilişkilerinden memnun olduklarını düşündükleri belirlenmiştir. Kadınların cinsel yönden nasıl hissettiklerine ilişkin ifadeleri incelendiğinde; %38,2'si normal, %33,7'si isteksiz ve %11,0'i kendilerini çekici olarak gördükleri saptanmıştır (Tablo 4.2.6).
- 7) Kadınların %84,1'inin eşinin cinsel isteğine hayır diyebildiği, %15,9'unun ise diyemediği belirlenmiştir. Eşinin cinsel isteğine hayır diyebilen kadınların %72,3'ü, eşinin hayır cevabını anlayışla karşıladığını ifade etmiştir. Kadınların %19,7'sinin eşinin zorla cinsel ilişkide bulunmakta olduğu saptanmıştır. Kadınların %46,7'sinin huzursuzluk çıkmaması için cinsel ilişkide bulundukları belirlenmiştir. Kadınların %82,2'si cinsel yaşamla ilgili problemlerini eşi ile paylaşabildiğini ifade etmişlerdir. Cinsel yaşamla ilgili problemlerini eşi ile paylaşamadığını ifade eden kadınların paylaşmama nedenleri incelendiğinde; %34,5'i cinselliğin tabu olmasını ve %27,3'ü ise eşinin anlayışla karşılamadığını ifade etmiştir (Tablo 4.2.7).
- 8) Kadınların %93,9'unun cinsellikle ilgili bilgiye ihtiyacı olmadığını ifade ettikleri belirlenmiştir. Cinsellik hakkında bilgi edinme ihtiyacı olan kadınların %31,6'sının cinsel isteksizlik konusu, nedenleri ve çözümü hakkında bilgi almak istedikleri saptanmıştır. Kadınların %66,7'si bu bilgileri doktordan almak istediklerini ifade etmişlerdir (Tablo 4.2.8).

6.1.3. CİNSEL SORUN YAŞAMA DURUMUNU ETKİLEYEN FAKTÖRLERE İLİŞKİN SONUÇLAR

- 1) Cinsel sorun yaşayan kadınların %41,4'ünün 50–54 yaş grubunda, %47,8'inin eğitim düzeyinin okuryazar-ilkokul, %67,0'sinin eşinin 54–64 yaş grubunda, %38,6'sının eşinin eğitim düzeyinin ortaokul-lise, %37,4'ünün 33–39 yıldır evli olduğu, %95,9'unun sağlık güvencesinin olduğu, %86,3'ünün 3 ve daha fazla sayıda gebelik geçirdiği ve %88,9'unun çekirdek aile tipine sahip olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede kadının yaşı, kadının eğitim düzeyi, eşin yaşı, evlilik süresi, sosyal güvence ve aile tipine göre ile cinsel sorun yaşama arasındaki fark anlamsız ($p>0.05$) bulunmuştur (Tablo 4.3.1).
- 2) Cinsel sorunu olan kadınların %50'sinin kadın hastalığı geçirdiği, %37,8'inin geçirdiği kadın hastalığı ile ilgili ameliyat olduğu, %18,9'unun şu anda kadın hastalığı olduğu, %90'ının ise şu anda hastalığı olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede geçirilmiş kadın hastalığı, geçirilmiş kadın hastalığı ile ilgili ameliyat, şu anki kadın hastalığı ve şu anki hastalık varlığına göre cinsel sorun yaşama durumu arasındaki fark anlamsız ($p>0.05$) bulunmuştur (Tablo 4.3.2).
- 3) Cinsel sorun yaşayan kadınların %39,1'inin cinsel fonksiyonları etkileyen ilaç kullandığı belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede cinsel fonksiyonları etkileyen ilaç kullanma durumuna göre cinsel sorun yaşama durumu arasındaki fark anlamsız ($p>0.05$) bulunmuştur (Tablo 4.3.3).,
- 4) Cinsel sorun yaşayan kadınların %33,7'sinin 1–3 yıldır menapozda olduğu, %73,7'sinin menapoz tedavisi almadığı ve %85,5'inin 4 aydan fazla süredir menapozla ilgili tedavi almakta olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede menapozda geçirilen süre, menapozla ilgili alınan tedavi ve süresine göre cinsel

sorun yaşama durumları arasındaki fark anlamsız ($p>0.05$) bulunmuştur (Tablo 4.3.4).

- 5) Cinsel sorun yaşayan kadınların %86,7'sinin menapoz öncesinde düzenli cinsel yaşamı olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede menapoz öncesi düzenli cinsel yaşamın varlığına göre cinsel sorun yaşama durumu arasındaki fark anlamsız ($p>0.05$) bulunmuştur. Cinsel sorun yaşayan kadınların %53,7'sinin düzenli cinsel yaşamı olmadığı belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede menapoz sonrası düzenli cinsel yaşamın varlığına göre cinsel sorun yaşama durumu arasındaki fark anlamlı ($p<0.05$) bulunmuştur (Tablo 4.3.5).
- 6) Cinsel sorun yaşayan kadınların %37'sinin idrar inkontinansı yaşadığı belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, idrar inkontinans varlığına göre cinsel sorun yaşama durumu arasındaki fark anlamsız ($p>0.05$) bulunmuştur (Tablo 4.3.6).
- 7) Eşinde cinsel aktiviteyi kısıtlayan problem olduğunu ifade eden kadınların %25.2'sinin cinsel sorun yaşadığı belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede eşde cinsel aktiviteyi kısıtlayan problemin varlığına göre cinsel sorun yaşama durumları arasındaki fark anlamlı ($p<0.05$) bulunmuştur (Tablo 4.3.7).
- 8) Eşi zorla cinsel ilişkide bulunan kadınların %45.9'unun eşinin eğitim düzeyinin düşük olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.3.8).

6.2.ÖNERİLER

Araştırmadan elde edilen verilerin değerlendirilmesi sonucunda aşağıdaki öneriler geliştirilmiştir.

1. Çalışmada kadınların cinsel sorun yaşama oranları yüksek bulunmuştur. Yüksek oranda cinsel sorun yaşıyor olmalarına rağmen var olan sorunlarının çözümü için hiçbir şey yapmadıkları ve bilgi gereksinimlerinin olmadığı ifadelerine yer verdikleri belirlenmiştir. Bilgi gereksinimi olan kadınların ise

bilgileri almak istediği sağlık personeli arasında hemşirenin olmadığı belirlenmiştir. Bu nedenle;

- ✓ Sağlık hizmeti veren kurumların postmenapozal dönemde cinsel yaşamla ilgili bilgilendirme ve danışmanlık hizmetlerini üstlenmesi,
 - ✓ Hemşirelerin; menapoz dönemindeki kadın ve eşine bu dönemde olabilecek cinsel sorunlar, nedenleri ve çözüm yolları hakkında eğitim ve danışmanlık hizmetlerinde etkin rol almasını sağlayacak hemşirelik hizmetlerinin planlanması,
2. Kadınlara cinsel yaşamla ilgili açık uçlu soru sorulduğunda cevap vermedikleri, cinsel sorunlar direk olarak sorulduğunda cevap verdikleri gözlenmiştir. Bu nedenle; cinsel yaşamla ilgili veri toplama formu oluşturulurken açık uçlu sorular yerine kapalı uçlu soruların kullanılması,
 3. Kadınların zevk almama sorununu literatüre göre daha yüksek oranda yaşadıkları belirlenmiştir. Bu farklılığın nedenini ortaya çıkarabilecek niteliksel çalışmaların yapılması önerilir.

KAYNAKLAR

1. Atasü, T., Gezer, A., Menapoz : Tanım ve Terminoloji, “Menapoz-Tedavisi ve Kanser”, (Ed. T. Atasü ve ark.)’de, Nobel Tıp Kitabevleri, Ankara, s.13-26, 2001.
2. Kökçü, A., Çetinkaya, M. B., Menapozun Seksüel Aktiviteye Etkisi, Sendrom Aktüel Tıp Dergisi, 16 (9), s. 43-47, Eylül 2004.
3. Ertüngealp, E., Seyisoğlu, H., Klimakterium ve Menapoz, “Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi”, (Ed. H. A. Kişnişçi ve ark.)’de, Güneş Kitabevi, Ankara, s. 1319-1330, 1996.
4. Yücel, A., Menapoz ve Hormon Tedavisi, “Kadın Hastalıkları ve Doğum-Tamı ve Tedavi”, (Ed. G. S. Günalp ve Z. S. Tuncer)’de, Pelikan Yayıncılık, Ankara, s. 585-589, 2004.
5. Pilliteri, A., Reproductive and Sexual Health, “Maternal and Child Health Nursing- Care of The Childbearing and Childrearing Family” (A. Pillitteri)’de, IV. Baskı, Lippincott Williams & Wilkins, United States of America, s. 85, 2003.
6. Castelo-Branco, C. ve ark., Prevalence of Sexual Dysfunction in a Cohort of Middle-Aged Women: Influences of Menopause and Hormone Replacement Therapy, J Obstet Gynaecol., 23(4), s. 426-30, 2003 Temmuz.
7. Dennerstein, L., Alexander, J. L., Kotz, K., (2003). The Menopause and Sexual Functioning: A Review of the Population-Based Studies (online), Annu Rev Sex Res.14. S64-82, www.findarticles.com/p/articles/mi_qa3778/is_200301/ai_n9205388/print, (27/11/2005).
8. Cellek, S., Kadında Cinsel Fonksiyon Bozukluğunun Patofizyolojisi (online), Androloji Bülteni, 17 ve Öncesi (4), <http://www.androloji.org.tr/images/file/BULSAY11/derlemev1.doc>, (29/07/2006).
9. Bobak, I. M., Jensen, M. D., Health Promotion and Screening, “Maternity and Gynecologic Care”, (Ed: D. L. Lowdermilk)’de, Fifth Edition, Mosby-Year Book, Inc., s. 1262-1265, 1993.

10. Seyisoğlu, H., Menapoz ve Seksüel Yaşam, “Menapoz-Tedavisi ve Kanser”, (Ed. T. Atasü ve ark.)’de, Nobel Tıp Kitapevleri, Ankara, s.385-396, 2001.
11. Butcher, J., (05/06/1999), ABC of Sexual Health, Female Sexual Problems II: Sexual Pain and Sexual Fears (online), BMJ; 318(7176), S110–112, <http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/318/7176/110>, (30/10/2005).
12. Nappi, R. E. ve ark., Self-Reported Sexual Symptoms in Women Attending Menopause Clinics, Gynecol Obstet Invest.,53(3), s. 181-187, 2002.
13. Danacı, A. E. ve ark., Menapoz Döneminde Cinsel, Psikolojik, ve Hormonal Değişkenlerin İlişkisi, Türk Psikiyatri Dergisi, 11(4). S293–299, 2000.
14. Deeks, A., A., (Ağustos 2001), Sexual Function and The Menopausal Woman: The Importance of Age and Partner’s Sexual Functioning-Statistical Data Included (online), Journal of Sex Research, http://www.findarticles.com/p/articles/mi_m2372/is_3_38/ai_82013893/print, (29/05/2005).
15. Blumel, J. E. ve ark., Impairment of Sexual Activity in Middle-Aged Women in Chile, Menopause, 11(1), s. 78-81, 2004 Ocak-Şubat.
16. Blumel, J. E. ve ark., Prevalence of Sexual Dysfunction in Climacteric Women, Influence of Menopause and Hormone Replace Therapy, Rev Med Chil., 130(10), s. 1131-1138, 2002 Ekim.
17. (1/12/2000), Perimenopause Update (online), Association of Reproductive Health Professionals, http://www.arhp.org/healthcareproviders/onlinepublications/clinicalproceedings/rhupdatecp/perimenopause_update.cfm?ID=184, (08/08/2004).
18. Meston, C. M., (1997), Aging and Sexuality Successful Aging (online), West J Med 167:285–290, <http://www.pubmedcentral.gov/articlerender.fcgi?tool=pubmed&pubmedid=934871>, (17/06/2006).
19. Soylu, A., Kadın Cinsel Fonksiyon Bozukluğunda Tanı (online), Androloji Bülteni. 17 ve öncesi (3), <http://www.androloji.org.tr/images/file/KCFT.doc>, (17/07/2006).

20. Bartlik, B., Goldstein, M. Z., (Haziran 2000), Practical Geriatrics: Maintaining Sexual Health After Menopause (online), Psychiatr Serv., 51, S751-753, <http://ps.psychiatryonline.org/cgi/content/full/51/6/751> (15/07/2006).
21. DeLamater, J. D., (Mayıs 2005), Sexual desire in Later Life (online), Journal of Sex Research, http://findarticles.com/p/articles/mi_m2372/is_2_42/ai_n13822490/print, (08/07/2006).
22. Shifren, J. L., The Role of Androgens in Female Sexual Dysfunction, Mayo Clin Proc.,79(4 Suppl), s. 19-24, 2004 Nisan.
23. Bachmann, G. A., Leiblum S.R., The İmpact of Hormones on Menopausal Sexuality: a Literature Review, Menopause, 11(1), s. 120-130, 2004 Ocak-Şubat.
24. Peykerli, G., Ekşi, A., Vehid, H. E., Bir Grup Türk Kadınının Menapozla İlgili Duygu ve Düşünceleri, “Menapoz Tedavisi ve Kanser”, (Ed : Turgay Atatsü)’de, Nobel Tıp Kitabevleri, Ankara, s. 37-41, 2001.
25. (20/12/2005), Sexuality In Later Life (online), U.S. National Institutes of Health, National Institute on Aging Information Center, <http://www.niapublications.org/agepages/sexuality.asp>, (14/01/2006).
26. Hotun, N., Kadınların Klimakteryum Dönemine Özgü Gereksinimleri ve Hemşirenin Rolü, Doktora tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 1996.
27. Fogel, C. I., Common Reproductive Concerns, “Maternity and Women’s Health Care”, (Ed : D. L. Lowdermilk ve S. E. Perry)’de, 7th Edition, Mosby Inc., USA, s.128,138-139, 2000.
28. Güvel, S. ve ark., (Mart 2005). Hemşirelerde Kadın Cinsel Fonksiyonları Konusunda Bilgi Düzeyinin Sorgulanması (online). Androloji Bülteni. 20. S 82-83, <http://www.androloji.org.tr/images/file/kadin3.pdf> (20/07/06).
29. Taşkın, L., Kadın Hayatının Devreleri, “Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği” (Ed. L. Taşkın)’de, IV Baskı, Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara, s. 451-467, 2000.

30. Devlet Planlama Teşkilatı, Dokuzuncu Kalkınma Planı (2007-2013), <http://ekutup.dpt.gov.tr/plan/ix/9kalkinmaplani.pdf>, (24/08/2006).
31. Sanders, S. A., (Şubat/Mart1999), Midlife sexuality: The Need to İntegrate Biological, Psychological, and Social Perspectives (online), SIECUS Report, http://www.findarticles.com/p/articles/mi_qa3781/is_199902/ai_n8828822/print, (18/07/2006).
32. Hansen, L. ve ark., (25/072004). Sexual Health (online), BMC Women's Health 4(1). S24. <http://www.biomedcentral.com/1472-6874/4/S1/S24>, (18/07/2006).
33. Önem, K., Kadioğlu, A., (Aralık 2005), Kadının Orgazmik İşlev Bozukluğunda Hormon Replasman Tedavisi (online), Androloji Bülteni, 23, http://www.androloji.org.tr/images/file/DID_9_kadin%2023.say%C4%B1.pdf, (7/06/2006).
34. Ginsburg, E. S., Androgen Replacement in Postmenopausal Women, "Menopause Endocrinology and Management, (Ed : D. B. Seifer ve E. A. Kennard)'da, Humana Pres, s.209-219, 1999.
35. Yeni, E., Kadında Genital Anatomi ve Seksüel Fizyoloji (online), Androloji Bülteni, 17 ve öncesi (3), <http://www.androloji.org.tr/images/file/Kdin%20gen%20anot.doc>, (10/07/2006).
36. (02/03/2005), Mature Sexuality: Disorders of Desire and Alternative Approaches (online), Association of Reproductive Health Professionals, <http://www.arhp.org/healthcareproviders/onlinepublications/clinicalproceedings.cfm?ID=178>, (25/06/2006).
37. Yıldız, H., Pınar, R., Miyokard İnfarktüsü Hastalarda Cinsel Disfonksiyon, Anadolu Kardiyoloji Dergisi, 4, S309-317, 2004.
38. Can, G., (19/11/2004), Kanserde Cinsel Sağlık (online), Androloji Bülteni, 19, s. 355–356, http://www.androloji.org.tr/images/file/kadin2_19.sayi.pdf, (25/08/2006).
39. Aygin, D., (19/11/2004), Meme ve Kanseri ve Cinsellik (online), Androloji Bülteni, 19, s. 366-367, http://www.androloji.org.tr/images/file/kadin6_19.sayi.pdf, (25/08/2006).

40. Koptagel, G., İleri Yaşta Cinsellik : Psikodinamik ve Psikososyal Özellikleri, Türk Psikiyatri Dergisi, 7(4), S275-283, 1996.
41. Dersch, C. A. ve ark., Sexual Issues for Aging Adult (online). <http://www.hs.ttu.edu/sexuality&aging/> (30/10/2005).
42. Yee, L. A., Sundquist, K. J., (2003), Older Women's sexuality (online), MJA.,178 (12), s. 640–643, http://www.mja.com.au/public/issues/178_12_160603/yee10847_fm2.html#CACHBEHF, (30/10/2005).
43. (12/2005), Erectile Dysfunction (online), National Kidney and Urologic Diseases Information Clearinghouse, <http://kidney.niddk.nih.gov/kudiseases/pubs/impotence/index.htm>, (28/07/2006).
44. İlkaracan, İ., Seral, G., Kadının İnsan Hakkı Olarak Cinsel Haz: Türkiye’deki Bir Taban Eğitimi Programından Deneyimler, “Müslüman Toplumlarında Kadın ve Cinsellik”, (P. İlkaracan)’de, Sena Ofset, İstanbul, s. 195-196, 2003.
45. Read, J., (1999), Sexual Problems Associated with Infertility, Pregnancy, and Ageing (online). BMJ, 318, s. 587–589, <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1115031>, (30/10/2005).
46. Aydos, K., Kadında Cinsel Fonksiyon Bozuklukları (online), <http://www.kaanaydos.net/KCFB.php>, (25/08/2006).
47. Oğuzülgen, İ., Peşkircioğlu, L., (09/2005), Kadın Cinsel İşlev Bozukluğu (online), Androloji Bülteni, 22, s. 253-256, http://www.androloji.org.tr/images/file/DID_7_kadin1_22.sayı.pdf, (25/08/2006).
48. Aygin, D., Aslan, F. E., (09/2005), Cinsel İşlev Bozukluklarında Ne Yapıyoruz? Ne Yapmalıyız? (online), Androloji Bülteni, 22, s. 264–267, http://www.androloji.org.tr/images/file/DID_7_kadin4_22.sayı.pdf, (25/08/2006).

49. Phillips, N. A., (1/07/2000), Female Sexual Dysfunction: Evaluation and Treatment - Brief Article (online), American Family Physician, http://www.findarticles.com/p/articles/mi_m3225/is_1_62/ai_65864054, (25/08/2006).
50. Arslan, H., Altınsoy, N., (Kasım 2004), Klimakterik Dönemde Vazomotor Bozukluklar ve Cinsel İşlevleri ile İlgili Yakınmalarda Hemşirelik Danışmanlığının Etkisi (online), Androloji Bülteni, 19, http://www.androloji.org.tr/images/file/kadin4_19.sayi.pdf, (25/08/2006).
51. The American Association of Retired Persons (AARP)/Modern Maturity Sexuality Female Version (1999). National Family Opinion (online). http://assets.aarp.org/rgcenter/health/mmsexsurvey_womq.pdf 08/12/2004.
52. Hunter, M. S., (2003), The Women's Health Questionnaire (WHQ): Frequently Asked Questions (FAQ) (online), Pub Med Central, <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=212192>, (08/12/2004).
53. Snell, W. E., (22/03/2004), The Multidimensional Romantic Perfectionism Questionnaire (online), <http://www4.semo.edu/snell/scales/MRPQ.HTM>, (08/12/2004).
54. Snell, W. E., (25/03/2004), Sexuality Scale (online), <http://www4.semo.edu/snell/scales/SS.htm>, (08/12/2004).
55. Snell, W. E., (25/03/2004), The Sexual Relationship Scale (online), <http://www4.semo.edu/snell/scales/SRS.htm>, (08/12/2004).
56. Harley, W. F., Personal History Questionnaire (online), <http://www.marriagebuilders.com/forms/phq.pdf#search=%22PERSONAL%20HISTORY%20QUESTIONNAIRE%22>, (08/12/2004).
57. Dennerstein, L. ve ark., Are Changes in Sexual Functioning During Midlife Due to Aging or Menopause?, Fertil Steril., 76(3), 456-460, Eylül 2001, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=pubmed&cmd=Retrieve&dopt=Abstract&list_uids=11532464&query_hl=7&itool=pubmed_DocSum, (28/11/2005).

58. (12/ 2001-01/2002),_Fact sheet: Sexuality In Middle and Later Life (online),
Sıecus Report,
http://www.findarticles.com/p/articles/mi_qa3781/is_200112/ai_n9005203/print, (19/07/2006).
59. (04/2005), Midlife Women and Sexual Health (online), National Women's
Health Report,
http://findarticles.com/p/articles/mi_m0NKT/is_2_27/ai_n15394434,
(30/05/2006).
60. Doğan, F. Ş., Piyal, B., Menopoz Yakınmaları ile Başvuran Kadınların
Özellikleri, Sağlık ve Toplum, (14)4, s. 60-66, 2004.
61. Ertüngealp, E. ve ark., Menapoz Osteoporoz Vademekum (online),
<http://www.menopauseosteoporosis.org/vademekum.pdf>, (26/08/2006).
62. Psikiyatri Online (online),
<http://www.psikiyatri.net/cat/index.php?show=detailed&ID=184&refer=0>,
(26/08/2006).
63. Brill, M., Antidepressants and Sexual Dysfunction, “Reproduction and
Menopause”, 2 (1), 35–40, 2004.
64. Robert, L., Phillips, Jr., (15/08/2000), Depression and Sexual Desire (online),
American Family Physician,
http://www.findarticles.com/p/articles/mi_m3225/is_4_62/ai_65106200/print,
(13/07/2005).
65. Türkiye Tıbbi İlaç Rehberi Güncel Farmalist 2003 (CD).
66. Türk İlaç Rehberi, <http://www.ilacrehberi.com/>, (26/08/2006).

ÖZGEÇMİŞ

1979 Ankara doğumlu olan araştırmacı, ilk öğrenimini Diyarbakır ve Edirne, orta öğrenimini Ankara Cebeci Atatürk Sağlık Meslek Lisesi'nde yatılı olarak tamamladı. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik ve Sağlık Hizmetleri Bölümü (Burslu)'nden 2003 yılında mezun oldu. 2004 yılında Hacettepe Üniversitesi Hastanesi Koroner Yoğun Bakım Ünitesinde yoğun bakım hemşiresi olarak çalışmaya başladı. Halen aynı yerde görevini sürdürmektedir. Bekârdır.

EK 1. İZİN BELGELERİ

T.C
YENİMAHALLE KAYMAKAMLIĞI
Sağlık Grup Başkanlığı

SAYI: 4424**18/08/2005****KONU:** Araştırma İzni Hk.

BATIKENT 2 NOLU SAĞLIK OCAĞI
TABİPLİĞİNE

Sağlık Grup Başkanlığımıza müraccat eden Hacetepe Üniveristesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalında yüksek lisans gören Çiğdem YÜCEL'in 18.08.2005 tarihli dilekçesi istinaden kurumunuzda 45(Kırkbeş) 65(Atmışbeş) yaş arasında olan hastalarla görüşmesi için gerekli iznin verilmesini rica ederim.

Dr. Ersin ÇAKIR
Sağlık Grup-Başkan V.

Eki:1

YENİMAHALLE SAĞLIK GRUP BAŞKANLIĞI'NA
ANKARA

Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın ve Doğum Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı'nda yüksek lisans öğrencisiyim. Batıkent 2 No'lu Sağlık Ocağı'na kayıtlı 45-65 yaş arasındaki 310 kadın ile görüşerek, "Postmenopozal Dönemdeki Kadınların Cinsel Yaşamlarına İlişkin Sorunlarının ve Başetme Durumlarının İncelenmesi" konulu araştırmayı yapmam için Sağlık Bakanlığı'nın 01.12.04 tarih ve 017817 sayılı yazısı ile gerekli izin verilmiştir.

2 No'lu Sağlık Ocağı mahalinde kişilerle görüşme yapabilmem için gerekli izinin verilmesini saygılarımla arz ederim.

Çiğdem Yücel



18.08.2005

EKLERİ

EK. 1. 3 adet Bakanlık ve Sağlık Müdürlük yazıları

EK. 2. 9 adet konu ile ilgili soru formu

ADRESİM

İlkyerleşim Mahallesi 331. Sokak Saygınlar Sitesi
A- 63 Batıkent- Ankara

T.C
ANKARA VALİLİĞİ
SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Yenimahalle Sağlık Grup Başkanlığı

SAYI: 5964
KONU: Araştırma İzini

06/12/2004

BATIKENT 2 NOLU SAĞLIK OCAĞI TABİPLİĞİ'NE

Sağlık Müdürlüğünün 03.12.2004 gün ve 099643 sayılı yazıları ve ekli Bakanlık Yazıları ilişikte gönderilmiştir.
Gereğini rica edrim.

Dr. Vahap ŞAHİN
Sağlık Grup Başkanı

Eki:2

93

T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

099643 03.12.2004

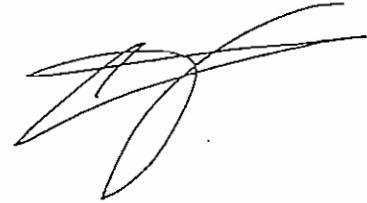
Şube : Eğitim
Konu : Araştırma İzni

YENİMAHALLE KAYMAKAMLIĞINA
Sağlık Grup Başkanlığı

Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Çiğdem YÜCEL'in Başkanlığınıza bağlı Batıkent 2 Nolu Sağlık Ocağına kayıtlı 45-65 yaş arasındaki 352 kadın ile görüşerek "Postmenapozal Dönemdeki Kadınların Cinsel Yaşamlarına İlişkin Sorunlarının ve Başetme Durumlarının İncelenmesi" konulu araştırmayı yapabileceğine dair Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 01.12.2004 tarih ve 017817 sayılı izin yazısı yazımız ekinde gönderilmiştir.

Gereğini rica ederim.

Dr. Çiğdem ŞİMŞEK
Vali a.
Sağlık Müdür Yard.



EK: Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü' nün 01.12.2004 tarih ve 017817 sayılı yazısı

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

SAYI : B100TSH0200001-
KONU: Araştırma İzni

01.12.04 017817

ANKARA VALİLİĞİNE
(İl Sağlık Müdürlüğü)

İLGİ: a) 10.11.2004 tarih ve 093048 sayılı yazınız.

b) 25.11.2004 tarih ve 6150 sayılı Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü'nün yazılan.

İlgi a) yazıda, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Çiğdem Yücel'in, Yenimahalle Sağlık Grup Başkanlığına bağlı Batıkent 2 Nolu Sağlık Ocağına kayıtlı 45-65 yaş arasındaki 352 kadın ile görüşerek "Postmenapozal Dönemdeki Kadınların Cinsel Yaşamlarına İlişkin Sorunlarının ve Başetme Durumlarının İncelenmesi" konulu araştırmayı yapmak istediği belirtilmektedir.

Genel Müdürlüğümüzce yukanda belirtilen araştırmanın yapılmasının uygun olduğu düşünülmektedir. Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

17 Ocak 2005
01.12.2004
İlgi 4
[Signature]

[Signature]
Uz.Dr. A. Reşat DOĞUSAN
Bakan a.
Genel Müdür Yardımcısı

01.12.04 116954



T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi
Tıbbi, Cerrahi ve İlaç Araştırmaları Etik Kurulu

Sayı : B.30.2.HAC.0.01.00.05/ 732
Konu :

13/7/2005

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

Toplantı Tarihi : 30.06.2005
Toplantı No : 2005/6
Proje No : LUT 05/65 (Değerlendirme Tarihi: 30.06.2005)
Karar No : LUT 05/65 – 48

Üniversitemiz Hemşirelik Yüksekokulu Doğum-Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı öğretim üyelerinden Doç.Dr. Kafiye Eroğlu'nun sorumlu araştırmacısı olduğu, Prof.Dr. Lale Taşkın'ın danışmanı olduğu, Çiğdem Yücel'in tezi olan LUT 05/65 kayıt numaralı ve *"Postmenapozal Dönemdeki Kadınlarda Cinsel Yaşamlarına İlişkin Sorunların ve Başetme Durumlarının İncelenmesi"* konulu proje önerisi kurulumuzda değerlendirilmiş, tıbbi etik açıdan uygun bulunmuştur.

1. Prof.Dr. E. Rüştü Onur (Başkan)

2. Prof.Dr. Sema Özer (Üye)

3. Prof.Dr. M. Emin Şenocak (Üye)

4. Prof.Dr. Meral Kanbak (Üye)

5. Prof.Dr. Türkan Eldem (Üye)

6. Prof.Dr. Gökhan Gedikoğlu (Üye)

7. Prof.Dr. Erdem Aydın (Üye)

8. Prof.Dr. Ediz Demirpençe (Üye)

9. Doç.Dr. Alev Türker (Üye)

10. Doç.Dr. Ümit Yaşar (Üye)

11. Avukat Serpil Besni (Üye)

EK 2. VERİ TOPLAMA FORMU**POSTMENAPOZAL DÖNEMDE CİNSEL YAŞAM İLE İLGİLİ ANKET FORMU**

1-Kaç yaşındasınız?

2-Eğitim düzeyiniz nedir?

- ☐ Okuryazar değil
- ☐ Okuryazar
- ☐ İlkokul
- ☐ Ortaokul
- ☐ Lise
- ☐ Üniversite

3- Eşinizin yaşı nedir?

4-Eşinizin eğitim düzeyi nedir?

- ☐ Okuryazar değil
- ☐ Okuryazar
- ☐ İlkokul
- ☐ Ortaokul
- ☐ Lise
- ☐ Üniversite

5-Eşinizle kaç senedir evlisiniz?

6-Sosyal güvenceniz var mı?

() Evet () Hayır (8. soruya geçiniz)

7-Evet ise; sosyal güvenceniz nedir?

8-Kaç kez gebe kaldınız (Varsa düşük ve kürtajlarda dahil) ?

9-Evde, eşiniz dışında birlikte yaşadığınız kişiler var mı?

() Evet (.....) () Hayır (10. soruya geçiniz)

10-Kadın hastalığına yönelik önceden geçirmiş olduğunuz herhangi bir rahatsızlık var mı?

() Evet () Hayır (12. soruya geçiniz)

11-Evet ise, geçirmiş olduğunuz rahatsızlığı belirtebilir misiniz?

12-Kadın hastalıkları ile ilgili olarak aşağıda verilen ameliyatlardan herhangi birini / birilerini geçirdiniz mi?

- ☐ Rahimin çıkarılması
- ☐ Yumurtalıkların her ikisinin çıkarılması
- ☐ Memenin alınması
- ☐ Diğer:

13-Size söyleyeceğim hastalık çeşitlerinden, sizde var olanları belirtebilir misiniz?

- ☐ Şeker Hastalığı
- ☐ Yüksek Tansiyon
- ☐ Romatizma veya eklemlerle ilgili rahatsızlıklar
- ☐ Depresyon
- ☐ Meme Kanseri
- ☐ Yumurtalık Kanseri
- ☐ Rahim ağzı Kanseri
- ☐ Diğer:

14-Sürekli kullandığınız bir ilaç / ilaçlar var mı?

() Evet () Hayır (16. soruya geçiniz)

15-Evet ise; kullandığınız ilacın / ilaçların adı nedir?

16-Geçen 2 hafta boyunca, size söyleyeceğim ilaçlardan herhangi birini kullandınız mı?

- ☐ Kan sulandırıcı haplar (Aspirin vb.)
- ☐ Kalp veya kalp atımını ilgilendiren ilaçlar
- ☐ Kolesterol ilaçları
- ☐ Tansiyon ilaçları
- ☐ Tiroit ilaçları
- ☐ İnsülin veya şekerle ilgili ilaçlar
- ☐ Depresyon önleyici veya sakinleştirici ilaçlar
- ☐ Uyku ilaçları
- ☐ Hormon içeren ilaçlar (Kadınlık hormonları olan östrojen ve progesteron)
- ☐ Hormon içeren kremler veya haznenin kuruluşu için fitil

17-Şu anda kadın hastalığı ile ilgili bir probleminiz var mı?

() Evet () Hayır (19. soruya geçiniz)

18-Evet ise; kadın hastalığı ile ilgili probleminiz nedir?

-
-
-

19-Menapoz deyince ne anlıyorsunuz, size ne çağrıştırıyor?

20-En son adet gördüğünüz zamanı söyleyebilir misiniz?

..... Ay önce

.....Yıl önce

21-Menapoza yönelik olarak, doktora gittiniz mi?

() Evet () Hayır (26. soruya geçiniz)

22-Menapoza yönelik, doktor tarafından önerilen bir tedavi alıyor musunuz?

☐ Tedaviyi aldım ancak devam etmiyorum. (23.soruya geçiniz)

☐ Tedaviye tam devam ediyorum. (24. soruya geçiniz.)

☐ Tedaviye kısmen devam ediyorum (23.soruya geçiniz)

☐ Doktora gittim ancak tedavi almadım.

23-Tedaviyi bıraktıysanız, bırakma nedeniniz nedir?

24-Tedavi olarak ne tür ilaçlar kullanıyorsunuz?

25-Ne kadar süredir kullanıyorsunuz?

26-Hangi durumları yaşadığınızda, eşinizle cinsel ilişkide bulunmuyorsunuz?

-

-

27-Menapoz öncesi düzenli bir cinsel yaşamınız var mıydı?

28-Menapoz sonrası düzenli bir cinsel yaşamınız var mı?

29-Menapoz öncesi cinsel yaşamınızı düşündüğünüzde, şu an eşinizle cinsel ilişkiye girme sıklığınız nasıl bir değişime uğradı?

- ☐ Azaldı
- ☐ Arttı
- ☐ Değişmedi

30-Menapoz öncesi cinsel yaşamınızı düşündüğünüzde, şu an cinsel isteğinizi nasıl değerlendiriyorsunuz?

- ☐ Azaldı
- ☐ Arttı
- ☐ Değişmedi, önce ve sonra istek vardı.
- ☐ Değişmedi, önce ve sonra istek yoktu.

31-Şu an, cinsel birleşme sırasında zevk almada sorun yaşıyor musunuz?

() Evet () Hayır (37. soruya geçiniz)

32-Evet ise; ne tür bir sorun yaşıyorsunuz?

33-Bu sorununuzun çözümü için ne yapıyorsunuz?

34-Siz ve eşinizin yaşantısında ya da davranışlarında ne gibi değişiklikler olsa, cinsel yaşamınızdan zevk alabilirdiniz?

35-Menapoz öncesi cinsel yaşamınızı düşündüğünüzde, şu an cinsel birleşmeden zevk alma konusunda nasıl bir değişim yaşadınız?

- ☐ Azaldı
- ☐ Arttı
- ☐ Değişmedi, önce ve sonra zevk alıyordum.
- ☐ Değişmedi, önce ve sonra zevk almıyordum.

36-Cinsel birleşme sırasında, ağrı veya rahatsızlık hissediyor musunuz?

- () Evet () Hayır (40. soruya geçiniz)

37-Evet ise; bu sorununuzun çözümü için ne yapıyorsunuz?

38-Cinsel birleşme sırasında veya sonrasında kanamanız oluyor mu?

- () Evet () Hayır (42. soruya geçiniz)

39-Evet ise; bu sorununuzun çözümü için ne yaptınız?

40-Cinsel birleşme sırasında, cinsel organlarınızda kuruluk hissediyor musunuz?

- () Evet () Hayır (44. soruya geçiniz)

41- Evet ise; bu sorununuzun çözümü için ne yaptınız?

42-Cinsel birleşme sırasında, cinsel organlarınızda yanma hissediyor musunuz?

() Evet () Hayır (46. soruya geçiniz)

43-Evet ise; bu sorununuzun çözümü için ne yaptınız?

44-Konuşurken, öksürürken veya hapsirirken idrar kaçırma probleminiz var mı?

() Evet () Hayır (50. soruya geçiniz)

45-Bu sorununuza yönelik ped ya da bez kullanıyor musunuz?

46-Bu sorununuzun çözümü için ne yaptınız?

47-Bu sorununuzun, cinsel yaşamınızı etkilediğini düşünüyor musunuz?

48-Eşinizin, cinsel aktivitelerinizi kısıtlayan bir problemi var mı?

() Evet () Hayır (52. soruya geçiniz)

49-Evet ise; eşinizin cinsel aktivitesini kısıtlayan problem /problemleri nelerdir?

-
-
-

50-Son 6 aydır, eşinizle olan cinsel ilişkinizden memnun musunuz?

51-Eşinizin sizinle olan birlikteliğinizden memnun olduğunu düşünüyor musunuz?

52-Kendinizi cinsel yönden nasıl buluyorsunuz? (örn; çekici, itici, isteksiz, soğuk, çirkin...)

53-İstemediğiniz zaman eşinizin cinsel isteğine hayır diyebiliyor musunuz?

() Evet () Bazen () Hayır (57. Soruya geçiniz)

54-Evet ise; eşinizin tepkisi ne oluyor?

55-Hiç eşiniz sizinle zorla cinsel ilişkide bulundu mu?

() Evet () Hayır (59. soruya geçiniz)

56-İstemediğiniz halde cinsel ilişkide bulunma nedeniniz nedir?

57-Cinsel yaşamınızla ilgili bir problem olduğunda, bu probleminizi eşinizle paylaşıyor mısınız?

() Evet (61. soruya geçiniz) () Hayır

58-Hayır ise; nedenini söyleyebilir misiniz?

59-Cinsellik hakkında bilgi edinmeğe ihtiyaç duyuyor musunuz?

() Evet () Hayır (64. soruya geçiniz)

60-Evet ise; ne tür bilgiye ihtiyaç duyuyorsunuz?

61-Bu bilgileri kimden almak istersiniz?

62-Cinsel yaşamınızla ilgili herhangi bir problem yaşadığınızda, bu problemi çözmek için nereden yardım alıyorsunuz?

EK 3. BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR ALMA FORMU

Postmenapozal dönemdeki kadınların cinsel yaşamlarına ilişkin sorunlarının ve başetme durumlarının incelenmesine yönelik yeni bir araştırma yapmaktayız. Araştırmanın ismi, postmenapozal dönemdeki kadınların cinsel yaşamlarına ilişkin sorunlarının ve başetme durumlarının incelenmesidir.

Sizin de bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Ancak hemen söyleyelim ki bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Araştırmaya davet edilmenizin nedeni, evli ve menapozda olmanızdır. Araştırma sonucunda, menapozda olan kadınların cinsel yaşamlarına ilişkin sorunlar ve bu sorunlarla başetme durumlarını ortaya koyacak verilere ulaşılması planlanmıştır. Kendinizde bir şikâyet olmasa bile katılımınız araştırmanın başarısı için önemlidir.

Eğer araştırmaya katılmayı kabul ederseniz, size 65 sorudan oluşan ve postmenapozal dönemdeki kadınların cinsel yaşamlarına ilişkin sorunlarını ve başetme durumlarını ortaya çıkarmak amacıyla hazırlanmış olan soru formu uygulanacaktır. Soru formunun uygulanması evinizde ve yüz yüze görüşülerek yapılacaktır. Yapılacak olan görüşme, yaklaşık olarak 10-15 dakika kadar sürecektir.

Soru formunda tanıtıcı özellikler, cinsel yaşam özellikleri, cinsel yaşam ile ilgili sorunlar ve bu sorunlarla başetme yöntemlerini belirlemeye yönelik sorular yer almaktadır.

Bu çalışma sonucunda elde edilen verilerin, sağlık personeli için; postmenapozal dönemdeki kadınların cinsel yaşamlarına yönelik eğitim ve danışmanlık modeli geliştirmede temel olabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır. Vermiş olduğunuz bilgilerde kimliğinizi ortaya çıkartabilecek bilgiler bulunmayacaktır. Araştırma sonuçlarına katkıda bulunabilmek için soru formunda yer alan sizinle ilgili tüm sorulara içtenlikle yanıt vermeniz gerekmektedir.

Bu çalışmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır ve reddettiğiniz takdirde size uygulanan tedavide herhangi bir değişiklik olmayacaktır. Yine çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına da sahipsiniz.

KATILIMCININ BEYANI

Sayın Çiğdem Yücel tarafından Hacettepe Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı’nda postmenapozal dönemdeki kadınların cinsel yaşamlarına ilişkin sorunlarının ve başetme durumlarının incelenmesi konulu tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir çalışmaya davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam araştırmacı ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırma sırasında bir sorun ile karşılaştığımda; Doç. Dr. Kafiye Eroğlu’na, Hacettepe Üniversitesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı’ndan 3051585 nolu telefon ile ulaşabileceğimi biliyorum.

Bu araştırmaya katılmamın, araştırmanın amacı doğrultusunda önemli olduğu bilincindeyim. Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve tedavime zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

*Bu imzalı form kâğıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcının;

Adı Soyadı:

Adresi:

Telefonu:

Tarih:

İmza:

Katılımcıyla görüşen araştırmacının;

Adı Soyadı:

Adresi:

Telefonu:

Tarih:

İmza:

Görüşme tanığının;

Adı Soyadı:

Adresi:

Telefonu:

Tarih:

İmza:

EK 4. Postmenapozal Dönemdeki Kadınların Kullandıkları İlaçlar ile İlgili Verilerin Dağılımı

İlaç Kullanım Verileri	S	%
Sürekli İlaç Kullanma		
Kullanıyor	238	77.0
Kullanmıyor	71	23.0
Sürekli Kullanılan İlaç Türü	n: 238*	
Antihipertansif	136	57.1
Antiagregan	72	30.3
Kalsiyum	69	29.0
Antianjinal	49	20.6
Kalp atımını ilgilendiren ilaç	41	17.2
Diabetik ilaçlar/insülin	39	16.4
Kolesterol/lipid düşürücü	35	14.7
Antidepresan	35	14.7
Tiroid ilacı	31	13.0
Antiosteoporotik	30	12.6
Vitamin	25	10.5
Kadınlık hormonu	14	5.9
Mide ilacı	12	5.0
Bronkodilatör	8	3.4
Antineoplastik	4	1.7
Antipsikotik	2	0.8
Uyku ilacı	2	0.8
Diğer **	6	2.5
Geçen İki Hafta İçinde Alınan İlaç	n: 210*	
Antihipertansif	137	65.2
Antiagregan***	88	41.9
Antidepresan	46	21.9
Kalp atımını ilgilendiren ilaç	40	19.0
Diabetik ilaçlar/insülin	39	18.6
Kolesterol/lipid düşürücü	34	16.2
Tiroid ilacı	32	15.2
Kayganlaştırıcı krem fitil	15	7.1
Kadınlık hormonu	13	6.2
Uyku ilacı	7	3.3
Antipsikotik	2	0.9

*Soruya birden fazla cevap verilmiştir, ilgili soruya cevap verenlerin sayısıdır, yüzdelere n üzerinden alınmıştır.

**Diğer: psikostimulan, anksiyolitik, antiastmatik, sedatif, antiepileptik, antifibrinolitik ilaçlar.

***Son iki hafta içerisinde sadece bir ya da iki tane kan sulandırıcı ilaç kullanan 38 kadın veri kapsamına alınmamıştır.