

**T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**POSTMENOPOZ DÖNEMDEKİ KADINLARA PLISSIT
MODELİNE GÖRE VERİLEN CİNSEL DANIŞMANLIĞIN
KADINLARIN CİNSEL FONKSİYONLARINA, EVLİLİK
UYUMUNA VE CİNSEL YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ**

Ayşe Sevim AKBAY KISA

**Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Programı
DOKTORA TEZİ**

**ANKARA
2021**

**T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**POSTMENOPOZ DÖNEMDEKİ KADINLARA PLISSIT
MODELİNE GÖRE VERİLEN CİNSEL DANIŞMANLIĞIN
KADINLARIN CİNSEL FONKSİYONLARINA, EVLİLİK
UYUMUNA VE CİNSEL YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ**

Ayşe Sevim AKBAY KISA

**Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Programı
DOKTORA TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Üyesi Gülten KOÇ**

**İKİNCİ DANIŞMAN
Prof. Dr. Berna DİLBAZ**

**ANKARA
2021**

ONAY SAYFASI

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
POSTMENOPUZ DÖNEMDEKİ KADINLARA PLISSIT MODELİNE GÖRE VERİLEN
CİNSEL DANIŞMANLIĞIN KADINLARIN CİNSEL FONKSİYONLARINA, EVLİLİK
UYUMUNA VE CİNSEL YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ
Ayşe Sevim AKBAY KISA
Danışman: Doç. Dr. Gülten KOÇ
İkinci Danışman: Prof. Dr. Berna DİLBAZ

Bu tez çalışması 29.11.2021 tarihinde jürimiz tarafından "Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Doktora Programı"nda doktora tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı:	Prof. Dr. Lale TAŞKIN (Başkent Üniversitesi)
Üye:	Prof. Dr. Katiye FROĞLU (Koç Üniversitesi)
Üye:	Prof. Dr. Zehra GÖLBAŞI (Lokman Hekim Üniversitesi)
Üye:	Doç. Dr. Fatma KÖRÜK (Harran Üniversitesi)
Üye:	Doç. Dr. Şule ERGÖL (Kırıkkale Üniversitesi)

Bu tez, Hacettepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun bulunmuştur.

21. Nispan 2021

Prof. Dr. Müge YEMİŞCİ ÖZKAN
Enstitü Müdürü

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin/raporumun tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kağıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Hacettepe Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinlerin yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

Yükseköğretim Kurulu tarafından yayınlanan **“Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge”** kapsamında tezim aşağıda belirtilen koşullar haricince YÖK Ulusal Tez Merkezi / H.Ü. Kütüphaneleri Açık Erişim Sisteminde erişime açılır.

- Enstitü / Fakülte yönetim kurulu kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren 2 yıl ertelenmiştir. ⁽¹⁾
- Enstitü / Fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren ... ay ertelenmiştir. ⁽²⁾
- Tezimle ilgili gizlilik kararı verilmiştir. ⁽³⁾

29/11/2021

(İmza)

Ayşe Sevim AKBAY KISA

¹“Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge”

- (1) Madde 6. 1. Lisansüstü teze ilgili patent başvurusu yapılması veya patent alma sürecinin devam etmesi durumunda, tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulu iki yıl süre ile tezin erişime açılmasının ertelenmesine karar verebilir.
- (2) Madde 6. 2. Yeni teknik, materyal ve metotların kullanıldığı, henüz makaleye dönüşmemiş veya patent gibi yöntemlerle korunmamış ve internetten paylaşılması durumunda 3. şahıslara veya kurumlara haksız kazanç imkanı oluşturabilecek bilgi ve bulguları içeren tezler hakkında tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile altı ayı aşmamak üzere tezin erişime açılması engellenebilir.
- (3) Madde 7. 1. Ulusal çıkarları veya güvenliği ilgilendiren, emniyet, istihbarat, savunma ve güvenlik, sağlık vb. konulara ilişkin lisansüstü tezlerle ilgili gizlilik kararı, tezin yapıldığı kurum tarafından verilir *. Kurum ve kuruluşlarla yapılan işbirliği protokolü çerçevesinde hazırlanan lisansüstü tezlere ilişkin gizlilik kararı ise, ilgili kurum ve kuruluşun önerisi ile enstitü veya fakültenin uygun görüşü üzerine üniversite yönetim kurulu tarafından verilir. Gizlilik kararı verilen tezler Yükseköğretim Kuruluna bildirilir.
Madde 7.2. Gizlilik kararı verilen tezler gizlilik süresince enstitü veya fakülte tarafından gizlilik kuralları çerçevesinde muhafaza edilir, gizlilik kararının kaldırılması halinde Tez Otomasyon Sistemine yüklenir

* Tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulu tarafından karar verilir.

ETİK BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında özgün olduğunu, Doç. Dr. Gülten Koç danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığını beyan ederim.

Ayşe Sevim AKBAY KISA

TEŞEKKÜR

Doktora eğitimim boyunca ve tez yazımının her aşamasında benimle bilgi ve deneyimlerini paylaşan, emeğini, ilgisini ve yardımını esirgemeyen, bana sabırla ve hoşgörüsüyle rehberlik eden değerli hocam ve tez danışmanım Sayın Doç. Dr. Gülten Koç'a,

Tez çalışmasının oluşturulması ve yürütülmesinde bilgi, görüş ve önerileri ile destek olarak tezime bilimsel katkı sağlayan tez izlem komitesi üyesi değerli hocamlarım Sayın Prof. Dr. Kafiye Eroğlu ve Sayın Prof. Dr. Zehra Gölbaşı'na,

Tez çalışmasının yürütülmesinde ve tez hazırlama sürecinde destek olarak tezime bilimsel katkı sağlayan değerli hocam ve ikinci tez danışmanım Prof. Dr. Berna Dilbaz'a,

Tez çalışmama katılmayı kabul ederek araştırmanın gerçekleştirilmesinde önemli katkıları olan değerli kadınlara,

Doktora ve tez sürecimde beni destekleyen ve motive eden Pınar Uzunkaya Öztoprak ve Pelin Calpbınici'ye,

Ömrümün her aşamasında ve bu zorlu süreçte de desteklerini esirgemeyen, cesaretlendiren ve sevgileriyle bana güç veren annem Ümmü Akbay, babam Süleyman Akbay ve kardeşlerim Nevin, Seher, Yusuf ve Ömer'e,

Beni her zor zamanımda güçlendiren, destek veren, elimi hiç bırakmayan canım eşim Gazi Kısa'ya,

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET

Akbay-Kısa, A. S., Postmenopoz Dönemdeki Kadınlara PLISSIT Modeline Göre Verilen Cinsel Danışmanlığın Kadınların Cinsel Fonksiyonlarına, Evlilik Uyumuna ve Cinsel Yaşam Kalitesine Etkisi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Programı Doktora Tezi, Ankara, 2021.

Araştırma, postmenopoz birinci yılda olan kadınlara PLISSIT modeline göre verilen cinsel danışmanlığın kadınların cinsel fonksiyonlarına, evlilik uyumuna ve cinsel yaşam kalitesine etkisini değerlendirmek amacıyla; ön test-son test randomize kontrollü müdahale çalışması olarak yapılmıştır. Araştırmaya, bir Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin menopoz polikliniğine başvuran, postmenopozal birinci yılda olan ve dahil edilme kriterlerine uyan 60 kadın (M=30, K=30) alınmıştır. Her iki grupta da birer kadının araştırmadan ayrılması nedeniyle araştırma 58 kadınla (M=29, K=29) tamamlanmıştır. Kadınlar öncelikle Kadın Cinsel İşlev Ölçeği kesme noktasına (26,55) göre 26,6 ve üstü, 26,5 ve altı olarak tabakalandırılmıştır ve bu iki grup daha sonra randomize olarak müdahale ve kontrol gruplarına ayrılmıştır. Veriler 07 Eylül 2020–26 Mart 2021 tarihleri arasında Tanıtıcı Bilgiler Formu, Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği, Kadın Cinsel İşlev Ölçeği, Evlilikte Uyum Ölçeği, Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği- Kadın Versiyonu ile toplanmıştır. Tanıtıcı Bilgiler Formu ve ölçeklerin bulunduğu formlar kadınlara verilerek kendi öz değerlendirmelerine göre doldurmaları istenmiş ve bu süre zarfında kadınların yanında bulunulmuştur. Müdahale grubuna PLISSIT modeli doğrultusunda hazırlanmış üç hafta süreyle, haftada bir gün ve yaklaşık bir saat süren cinsel danışmanlık verilmiştir. Danışmanlık oturumlarının tamamlanmasından 12 hafta sonra danışmanlığın etkinliği değerlendirilmiştir. Kontrol grubunda yer alan kadınlarla müdahale grubundaki kadınların danışmanlık oturumlarının başlaması ve son değerlendirme zamanı ile uyumlu olacak şekilde iki kez görüşme yapılmış ve veri toplama formları uygulanmıştır. Kontrol grubundaki kadınlardan isteyenlere son test sonrasında danışmanlık hizmeti verilmiştir. Verilerin analizinde frekans ve yüzde, tanımlayıcı istatistikler, Fisher Exact Testi, Pearson Chi Squara testi, t-testi, Mann Whitney U Testi, bağımlı gruplarda t testi, normal dağılım göstermeyen değişkenlerde ise Wilcoxon testi kullanılmıştır. Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların bireysel özellikleri ve Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p>0,05$). Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların başlangıçtaki Cinsel İşlev Ölçeği, Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Evlilikte Uyum Ölçeği puanları benzerdi ($p>0,05$). Müdahale grubundaki kadınların cinsel işlev, evlilikte uyum ve cinsel yaşam kalitesi puan ortalamaları görüşmeler sonunda anlamlı düzeyde artmıştı ($p<0,05$). Danışmanlıktan sonraki üçüncü ayda müdahale ve kontrol grubunun Evlilikte Uyum Ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmazken ($p>0,05$), Cinsel İşlev Ölçeği ve Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ($p<0,05$). Bulgular doğrultusunda, postmenopozal dönemde verilen sağlık bakım hizmetleri kapsamına PLISSIT Modeline dayalı cinsel danışmanlığın entegre edilmesi önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: Postmenopozal dönem, cinsel danışmanlık, PLISSIT modeli, hemşirelik bakımı

ABSTRACT

Akbay-Kısa, A. S., The effect of sexual counseling given according to the PLISSIT model on sexual functions, marital adjustment and quality of sexual life of postmenopausal women. Hacettepe University Graduate School Health Sciences, Obstetrics and Gynecological Nursing Programme, Doctorate Thesis, Ankara, 2021. This study was conducted as a randomized pretest-posttest study to examine the effect of sexual counseling based on the PLISSIT model on post-menopausal women's sexual functions, marital adjustment and quality of sexual life. Sixty women (Experimental=30, Control=30) that applied to the menopause policlinic of a Women Diseases Training and Research Hospital were included in the study. Two women dropped out later, so the study was completed with 58 (Experimental=29, Control=29) women. Firstly, women were separated into two groups according to the cut-point of (26,55) in The Female Sexual Function Index (those who score 26,6 and above or 26,5 and below) and then these two groups were divided into intervention and control groups randomly. Data were collected with Descriptive Questions Form, The Female Sexual Function Index, Marital adjustment Scale and Sexual Quality of Life Questionnaire Scale – Female Version between September 07, 2020 and March 26, 2021. Women were asked to fill the demographic questions form and survey forms based on their own self-evaluations while they were accompanied by the researcher. The intervention group was given sexual counselling, prepared in line with the PLISSIT model, for three weeks, once a week and lasting approximately one hour. The effect of the counseling was tested twelve weeks after counseling was completed. Women in the control group were also interviewed twice concurrent with the intervention group; once when the counseling began and once during the last assessment. During those interviews, women in the control group filled some data forms. After the study was completed, the counseling was also given to women who wanted it, in the control group. Frequency and percentage values, descriptive statistics, Fisher's Exact Test, Pearson Chi Square, t tests, for non-normally distributed data Mann Whitney U test and the Wilcoxon test were used for data analysis. There were no significant differences between women in experimental and control groups in terms of their individual characteristics. The mean scores in the Menopause Symptom Evaluation Scale, Sexual Function, Quality of Sexual Life and Marital Adjustment Scale scores of women in experimental and control groups were also similar in the beginning ($p>0,05$). Mean scores in sexual function, marital adjustment and quality of sexual life of women in the experimental group increased significantly after the interviews ended ($p<0,05$). While there was no difference in Marital Adjustment Scale scores three months after the counseling between experimental and control groups ($p>0,05$) there were statistically significant differences in mean scores of Sexual Function and Quality of Sexual Life Scales ($p<0,05$). In line with these findings, it is suggested that a PLISSIT based sexual counseling be integrated into the health services given in post-menopausal period.

Keywords: Post-menopausal period, sexual counseling, PLISSIT model, nursing care

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI	iii
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI	iv
ETİK BEYAN	v
TEŞEKKÜR	vi
ÖZET	vii
ABSTRACT	viii
İÇİNDEKİLER	ix
ŞEKİLLER	xiv
TABLolar	xv
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	6
1.3. Araştırmanın Hipotezleri	6
2. GENEL BİLGİLER	7
2.1. Menopoz	7
2.2. Menopozun Sınıflandırılması	8
2.2.1. Doğal Menopoz	8
2.2.2. Cerrahi Menopoz	8
2.3. Menopoza Bağlı Meydana Gelen Değişiklikler	9
2.4. Postmenopozal Dönemde Cinsellik	9
2.5. Postmenopozal Dönemde Görülen Değişiklikler ve Cinselliğe Etkileri	10
2.5.1. Vazomotor Değişikliklerin Cinselliğe Etkisi	10
2.5.2. Ürogenital Değişikliklerin Cinselliğe Etkisi	12
2.5.3. Psikolojik Değişikliklerin Cinselliğe Etkisi	13
2.5.4. Menopoza İlişkin Cinsellik Algısı ve Cinselliğe etkisi	14
2.5.5. Kas - İskelet Sisteminde Oluşan Değişikliklerin Cinselliğe Etkisi	15
2.5.6. Kardiyovasküler Değişikliklerin Cinselliğe Etkisi	15
2.5.7. Hastalıkların Cinselliğe Etkisi	16
2.6. Postmenopozal dönemde cinsellikle ilgili yaşanan sorunlar	16
2.6.1. Cinsel Disfonksiyon Bozuklukları	16
2.6.2. Cinsellikle İlgili Sorunların Evlilik Uyumuna Etkisi	18

2.6.3. Cinsellikle İlgili Sorunların Cinsel Yaşam Kalitesine Etkisi	20
2.7. Postmenopozal Dönemde Cinsellikle İlgili Yaşanan Sorunlara Yönelik Hemşirelik Bakımı	21
2.8. PLISSIT Modeli	23
2.8.1. PLISSIT Modelinin Basamakları	24
3. GEREÇ VE YÖNTEM	27
3.1. Araştırmanın Şekli	27
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	27
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	28
3.3.1. Araştırmanın Evreni	28
3.3.2. Örneklem Seçimi	28
3.3.3. Örneklem Seçim Kriterleri	31
3.3.4. Araştırmadan çıkarılma kriterleri	32
3.4. Veri Toplama Araçları	32
3.4.1. Tanıtıcı Bilgiler Formu (EK-1)	32
3.4.2. Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği (EK-2)	33
3.4.3. Kadın Cinsel İşlev Ölçeği (EK-3)	34
3.4.4. Evlilikte Uyum Ölçeği (EK-4)	35
3.4.5. Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın Versiyonu (EK-5)	36
3.4.6. Danışmanlık Programında Kullanılan Dökümanlar	37
3.5. Araştırmanın Ön Uygulaması	38
3.6. Araştırmanın Uygulanması	39
3.7. Araştırmanın Etik Yönü	43
3.8. Araştırmamızın Sınırlılıkları ve Güçlükleri	43
3.9. Verilerin Değerlendirilmesi	44
4. BULGULAR	46
4.1. Kadınların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular	46
4.2. Kadınların Cinsel İşlev, Evlilikte Uyumu ve Cinsel Yaşam Kalitesine İlişkin Bulgular	46
4.3. Kadınların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular	46
4.4. Kadınların Cinsel İşlev, Evlilikte Uyumu ve Cinsel Yaşam Kalitesine İlişkin Bulgular	52

5. TARTIŞMA	62
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	69
6.1. Sonuçlar	69
6.1.1. Kadınların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Sonuçlar	69
6.1.2. Kadınların Kadın Cinsel İşlev Ölçeği, Evlilikte Uyum Ölçeği ve Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği--Kadın Versiyonu Puanlarına İlişkin Sonuçlar	69
6.2. Öneriler	71
7. KAYNAKLAR	72
8. EKLER	84
EK-1. Tanıtıcı Bilgiler Formu	
EK-2. Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği	
EK-3. Kadın Cinsel İşlev Ölçeği (KCIÖ)	
EK-4. Evlilik Uyum Ölçeği	
EK-5. Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın Versiyonu (CYKÖ-K)	
EK-6. Postmenopozal Dönemdeki Kadınlara Yönelik PLISSIT (Permission, Limited Information, Specific suggestions, Intensive Therapy) Modeline Göre Eğiticiler İçin Hazırlanmış Cinsel Danışmanlık Rehberi' (EK-6)	
EK-7. Menopoz Sonrası Cinsel Yaşam El Kitabı	
EK-8. Etik Kurul Sonucu (Sağlık Bilimleri Üniversitesi Etik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulu)	
EK-9. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Etik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi (SUAM) Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulu Başkanlığı (TUEK) Kararı	
EK-10. Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği Kullanım İzni	
EK-11. Kadın Cinsel İşlev Ölçeği (KCIÖ) Kullanım İzni	
EK-12. Evlilikte Uyum Ölçeği (EUÖ) Kullanım İzni	
EK-13. Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği- Kadın (CYKÖ-K) Versiyonu Kullanım İzni	
EK-14. Cinsel Danışmanlık Belgesi	
EK-15. Bilgilendirilmiş Onam Formları	
EK-16. Orijinallik Ekran Çıktısı	
EK-17. Dijital Makbuz	

9. ÖZGEÇMİŞ

SİMGELER ve KISALTMALAR

CYKÖ-K	Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
EUÖ	Evlilikte Uyum Ölçeği
KCIÖ	Kadın Cinsel İşlev Ölçeği
Min-Max	Minimum-Maksimum
NAMS	North American Menopause Society
Ort	Ortanca
$\bar{X} \pm SS$	Ortalama \pm Standart Sapma

ŞEKİLLER

Şekil		Sayfa
3.1.	Consort akış şeması.	30
3.2.	Araştırmanın akış şeması.	42
4.1.	Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların ön test ve son test Kadın Cinsel İşlev Ölçeği (KCIÖ) toplam puan ortalamaları.	54
4.2.	Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların ön test ve son test Evlilikte Uyum Ölçeği (EUÖ) toplam puan ortalamaları.	58
4.3.	Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların ön test ve son test Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın Versiyonu (CYKÖ-K) toplam puan ortalamaları.	60

TABLolar

Tablo		Sayfa
4.1.	Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların bazı sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı.	49
4.2.	Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların obstetrik özelliklerine göre dağılımı.	48
4.3.	Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların menopozun anlamına ilişkin görüşleri ve bilgi alma durumlarına göre dağılımı.	49
4.4.	Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların danışmanlık öncesi menopoz semptomları ölçeği puan ortalamalarına göre dağılımı.	50
4.5.	Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların cinsellik hakkındaki görüşlerine göre dağılımı.	51
4.6.	Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların kadın cinsel işlev ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamalarına göre dağılımı.	53
4.7.	Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların kadın cinsel işlev ölçeği toplam puanlarına göre dağılımları.	60
4.8.	Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların evlilikte uyum ölçeği (EUÖ) Toplam ve alt boyut puan ortalamalarına göre dağılımı.	57
4.9.	Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların cinsel yaşam kalitesi ölçeği-kadın versiyonu (CYKÖ-K) puan ortalamalarına göre dağılımı.	60

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Menopoz, kadınlarda belirli bir yaştan sonra ovarial foliküler aktivitenin kaybına bağlı olarak menstruasyonun kalıcı olarak kesilmesidir (1-4). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) de menopozu, over aktivite kaybından dolayı menstruasyonun sona ermesi olarak tanımlamaktadır (5). Dünyada menopoz girme yaşı ortalaması 51 (6), ülkemizde ise 48'dir (7). Kadınlarda beklenen yaşam süresinin dünyada 75,04 (8); ülkemizde 81,3 (9) olduğu dikkate alındığında kadınların yaşamlarının yaklaşık üçte birini menopozda geçirdiği söylenebilir.

Menopoz; doğal bir yaşam dönemi olmasına rağmen hormonal, fiziksel, biyokimyasal, psikolojik değişimlerin yanı sıra içinde bulunulan kültürün etkisiyle kadınların fiziksel, psikolojik ve cinsel sağlığını farklı düzeylerde etkilemektedir (10, 11). Çalışmalara göre menopoz döneminde kadınların %55,3-%90'ında sıcak basması, terleme, uykusuzluk ve yorgunluk gibi fizyolojik sorunlar (12-14) ve %5,8-%23'ünde depresyon, anksiyete, gerginlik, sinirlilik, huzursuzluk gibi psikolojik semptomlar (12, 15, 16) görülmektedir. Bu sorunlar menopozun beraberinde getirdiği değişimlerle birlikte kadının cinsel sağlığı etkilenmektedir (17-19). Menopozal dönemde kadınların cinsel sağlığında oluşan değişimler ve sorunlar kadınlara göre değişiklik gösterse de premenopozal dönemde başlayıp, postmenopozal dönemde artarak devam etmektedir (20-24).

Menopoz dönemdeki kadınlarla yapılan çalışmalarda, kadınların cinsel sorun yaşama sıklıklarının premenopozal dönemde %22-50 (1, 20, 25, 26); postmenopozal dönemde ise %50-86,5 arasında değiştiği ve menopozda geçirilen süre arttıkça cinsel sorun yaşama oranının arttığı ve %99'lara ulaştığı belirlenmiştir (3, 22, 27-31). Literatüre göre menopozal dönemdeki kadınlarda en yaygın görülen cinsel sorunlar arasında cinsel isteğin azalması, vajinal kuruluk, dispareni, uyarılma-orgazm ve cinsel doyumda azalma yer almaktadır (32-36). Jafarbegloo, Momenyan ve Khaki (27)'nin postmenopozal dönemde olan kadınlarla yaptığı çalışmada kadınların %76,1'inde cinsel istekte azalma, %64,2'sinde uyarılma bozukluğu, %51,3'ünde orgazm sorunu ve vajinal kuruluk, %37,8'inde dispareni yaşandığı belirtilmektedir. Ülkemizde ise Süt ve Küçükaya (37)'nin premenopoz, perimenopoz ve postmenopoz

döneminde olan kadınlarla yaptığı çalışmada premenopozal dönemdeki kadınların %16,4'ünde; perimenopozal dönemdeki kadınların %53,1'inde ve postmenopozal dönemdeki kadınların %56,3'ünde dispareni sorunu yaşandığı belirlenmiştir. Tezce ve Beydağ (38) menopozdaki kadınlarla yaptığı çalışmada kadınların %51,8'inin cinsel istek azlığı yaşadığı saptanmıştır. Kömürcü ve İşbilen'in (29) yaptığı çalışmada ise premenopozal, perimenopozal ve postmenopozal dönemlerde cinsel istek kaybı sıklığının sırasıyla %35, %55 ve %60 olarak gittikçe arttığı ve postmenopozal dönemde orgazm yokluğu ve cinsellikten zevk alamama sorunlarının görülme sıklığının da %60'ın üstüne çıktığı belirtilmiştir.

Postmenopozal dönemde cinsel fonksiyon birçok faktörden etkilenmektedir (22, 25, 30, 39). Bu dönemde kadınlarda oluşan cinsel sorunlar da; hormonal değişimlerden (3, 35), vazomotor semptomlardan (1, 40), postmenopozal dönemde geçen süreden ve yaşın ilerlemesinden (28, 30, 41, 42), akut sağlık sorunlarından (Üriner inkontinans ve pelvik organ prolapsusu gibi) (3, 42), kronik sağlık sorunlarından (diyabet, kalp hastalığı, hipertansiyon gibi), psikolojik faktörlerden (22, 43), çevre ve kültürden (17, 43) ve cinsel eşin sağlığından (23, 44, 45) etkilenmekte ve farklı şekillerde ve şiddette görülebilmektedir.

Menopozdaki kadınlarda östrojen ve androjen salınımının ciddi oranda azalması sonucunda; zamanla tüm cinsel organlarda atrofi ve kuruluk görülür. Cinsel organlardaki bu değişimlerle birlikte cinsel uyarılmada güçlük, orgazm zorlukları ve dispareni oluşur (32-34). Vazomotor semptomlar; cinsel istekte azalma ve orgazm zorlukları oluşarak cinsel ilişki sıklığında azalmaya ve cinsel disfonksiyonda artmaya neden olur (7, 30, 41, 46, 47). Menopozal döneme geçişle birlikte kadınlardaki yaş artışı ve postmenopozal dönemde geçen süre de cinsel fonksiyonları etkilemektedir (23, 44). Çünkü menopoz sonrasında düşen östrojen seviyesi postmenopozal dönemin ilk yılından itibaren zaman ilerledikçe cinsel sağlığı daha fazla etkilemektedir (3, 48, 49). 40 yaşından sonra yaşın ilerlemesiyle birlikte akut ve kronik sağlık sorunları görülme sıklığında artış olmakta ve bu sorunlar da cinsel disfonksiyonda artma ile sonuçlanmaktadır (3, 28, 33, 41). Menopozla birlikte stres, anksiyete ve depresyonun oluşması ve/veya şiddetlenmesi (17, 38, 50) cinselliğe ve menopoza ilişkin toplumun inançları, beklentileri ve menopoza bakış açısı da kadınların cinsel sağlığını etkilemektedir (17, 51). Bazı toplumlarda menopoz sonrası cinsel ilişkiden

uzaklaşılması gerektiği, kadınların gerçek bir kadın olamayacağı ya da menopozun cinselliği etkileyeceği düşünülmektedir (10, 21, 29). Vural ve Yangın (52)'ın Türk ve Alman kadınlarla yaptığı çalışmada; menopozun kadını olumsuz etkileyebileceğini düşünen Türk kadınlarından %9,6'sı, Alman kadınlardan ise %47,7'si 'menopozda daha fazla cinsel ilişki ihtiyacı yoktur' görüşüne katılmıştır. Ayrıca cinsel eşlerin psikolojik durumu (23, 29), eşlerini incitmekten çekinmeleri (19) veya cinsel ilginin az olması (19, 38), cinsel eşin fiziksel sağlığı ile cinsel eşte cinsel disfonksiyonun olması (44, 45) çiftlerin cinsel fonksiyonlarını ve ilişkisini etkileyen önemli belirleyicilerdir. Erkeklerin yaş ile birlikte cinsel sağlığında bozulma olması da çiftlerin cinsel sorun yaşamasına neden olabilmekte ve bu durum kadının cinselliğini olumsuz etkileyebilmektedir (34, 45).

Menopozal şikayetler, psikolojik faktörler (53), kadında var olan cinsel sağlık sorunları ve cinsel disfonksiyon kadınların cinsel yaşam kalitesini etkilemektedir (11, 25, 54). Cinsel yaşam kalitesi; bireyin cinsel yaşantısından mutlu olma durumudur (55). Symonds, Boolell ve Quirk (56)'ın çalışmasında cinsel ilişki sırasındaki dikkat eksikliği, vajinal ıslanmada yetersizlik ve cinsel ilişkide yaşanan ağrının cinsel yaşam kalitesini olumsuz etkilediği belirlenmiştir. Yaralı ve Hacıoğlu (57)'nin çalışmasında cinsel yaşam kalitesinin, 40 yaş ve üstü kadınlarda yaşın ve evlilik süresinin artmasıyla birlikte azaldığı saptanmıştır. Erbaş ve Demirel (25)'in çalışmasında menopozal dönemdeki kadınların yaşadığı uykusuzluk ve sinirlilik sorununun cinsel yaşam kalitesini azalttığı belirtilirken Tezce ve Beydağ (38)'in menopozal dönemdeki kadınlarla yaptığı çalışmada kadınların menopoza ilişkin olumsuz tutumunun cinsel yaşam kalitesini olumsuz etkilediği belirtilmektedir. Bu çalışmalar doğrultusunda postmenopozal dönemdeki kadının cinsel sağlığın artırılmasının cinsel yaşam kalitesini de artırabileceği varsayılabilir.

Menopozal dönem, yaşanan değişiklikler nedeni sadece kadını değil, eşini ve ailedeki diğer bireylerin de fiziksel, ruhsal, cinsel, sosyal ve kişilerarası ilişkilerini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (58). Özellikle kadının cinselliğindeki değişimler veya cinsel sorunların yaşanması kadının eşini etkilenmekte, evlilik içi sorunları yaşanabilmekte (57), evlilikten alınan doyum azalmakta ve çiftin evlilik uyumları da etkilenmektedir (31, 45, 59, 60). Evlilik uyumu, evlilik ilişkisinin kalitesini tanımlamak ve evliliğin niteliğini ifade etmek için kullanılmakta, çiftlerin

beraberliklerinin sonucu olarak evlilik hayatındaki memnuniyetlerini ve mutluluklarını göstermektedir (61). Rouhbakhsh ve ark. (62)'nin menopozal dönemdeki kadınlarla yaptığı çalışmasında cinsel sağlığı yüksek olan kadınların evlilik uyumlarının da yüksek olduğu bulunmuştur. Ülkemizde menopozal dönemdeki kadınlarla yapılan çalışmalarda da kadınların cinsel sağlıklarının evlilik uyumlarını etkilediği belirlenmiştir (60, 63). Bu çalışmalar menopozal dönemde cinsel sağlık düzeyi ile evlilik uyumunun ilişkili olduğu ve cinsel sağlığın artırılmasının evlilik uyumunu da artırabileceğini göstermektedir.

Menopozal dönemdeki kadınlara verilen bakım hizmetlerinin incelendiği çalışmalarda; menopozal bakım içinde cinsel sağlık boyutunun daha az ele alındığı ya da cinsellik hakkında hiç konuşulmadığı saptanmıştır (17, 64). Bu durumun; bireylerin cinsellik hakkında rahat ve açık bir şekilde konuşamamaları (65), sağlık çalışanlarının zaman sınırlılığı, bilgi eksikliği ve danışmanlığı nasıl vereceğini bilememesi, zaman ayırmak istememesinden veya bireylerden çekinmesinden kaynaklandığı belirtilmektedir (64, 66, 67). Bununla birlikte kadınların çoğunluğu cinsel sağlığı hakkında danışmanlık almak ya da oluşan sorunlara çözüm aramak için bir sağlık kuruluşuna gitmemektedir (17). Bu nedenle sağlık personelinin kadınlara; menopoz ile ilgili diğer sağlık problemlerinin yanında cinsel sağlığındaki değişikliklere dair sorular sorması, değerlendirmeler ile var olan ya da oluşabilecek sorunları saptaması ve bunlara yönelik danışmanlık yapması önemlidir (68, 69). Ayrıca sağlık personeli, kadınların olası ya da var olan cinsel sorunlarının üstesinden gelmeleri için onları destekleyecek uygun stratejiler geliştirmelidir (68, 70). Bu doğrultuda cinsel danışmanlığın cinsel sorunların henüz oluşmadığı ya da oluşma aşamasında olduğu postmenopozal dönemin ilk yılında verilmesi çok önemli bir gerekliliktir.

Menopozal dönemdeki kadınlara sunulan sağlık hizmetlerinin yürütülmesindeki en önemli sağlık personelinden biri hemşiredir. Menopozun kadınların yaşamının her alanını etkilediği (10, 11) gibi cinsel sağlık düzeyini de etkilemesi ve menopozda geçirilen süre arttıkça cinsel sağlık sorunlarının da arttığı dikkate alındığında; hemşirelerin, menopoz dönemindeki kadınların bütüncül ve birey merkezli bakımına cinsel sağlığa yönelik bakım uygulamalarını entegre etmesi kadın sağlığını geliştiren önemli bir yaklaşım olacaktır (33, 51, 65). Postmenopozal dönemdeki kadınların cinsel sağlıklarının geliştirilmesi, cinsel yaşam kalitelerini ve

evlilik uyumlarını da olumlu etkileyebilecektir. Hemşireler; kadının cinsel yaşamı hakkında konuşabilmesinde ve kendi cinsel ihtiyaçlarını fark edebilmesinde etkin rol alabilir, cinsel sorunların erken tanı ve tedavisi için kadına ve eşlerine danışmanlık yapabilir; kadının cinsel sağlığını korumaya yönelik girişimleri planlayabilir, uygulayabilir ve kadın ile eşini çözölemeyen cinsel sorunları için uzman kişilere yönlendirebilir (51, 70, 71). Bu nedenle hemşirelerin cinsel sağlık ve danışmanlık konusunda yeterli donanıma sahip olması ve bireylere etkili cinsel danışmanlık yapması önemli bir gerekliliktir.

Yapılan çalışmalarda; cinsel danışmanlık verilen gruplarda, cinsel danışmanlık verilmeyen gruplara göre cinsel sağlık düzeyinin (18, 33, 51, 69, 72) ve çiftler arasındaki anlaşma ve yakınlaşma düzeyinin anlamlı derecede arttığı belirlenmiştir (73, 74). Cinsel sağlığın değerlendirilmesi ve danışmanlık süreçlerinde model kullanılması cinsel sorunların belirlenmesi ve çözümünde kolaylık sağlamaktadır (71, 75). Kadınlara cinsel sorunlarının çözümünde veya cinsel sağlıklarını geliştirmeye yönelik cinsel danışmanlık verilirken ‘Kaplan Modeli, PLİSSİT Modeli, Alarm Cinsel Yanıt Modeli, Schover Modeli ve BETTER Modeli’ gibi farklı modeller kullanılmaktadır (75, 76). Cinsel danışmanlıkta en yaygın kullanılan modellerden biri PLİSSİT modelidir (70, 71, 77, 78). Modelde, sırasıyla; izin verme (P-Permission), sınırlı bilgi (LI-Limited Information), spesifik öneriler (SS-Specific Suggestions) ve yoğun tedavi (IT-Intensive Therapy) olmak üzere dört basamak bulunmaktadır. Bu model; birey ile iş birliği içinde, bireyin inançlarına, değer sistemi ve kararlarına saygı duyarak bireylerin cinsel sağlığını değerlendirmeyi ve geliştirmeyi amaçlamaktadır (71, 78). Çalışmalarda bu modelin ilk üç basamağının kullanılmasının, cinsel problemlerin çözümünde önemli derecede etkili olduğu belirtilmektedir (70, 71, 78).

PLİSSİT modelinin etkinliğini değerlendiren farklı gruplardaki çalışmalarda da, modelin cinsel fonksiyonları geliştirmede olumlu etkilerinin olduğu rapor edilmiştir (71, 74, 79-85). Bu nedenle PLİSSİT modeli uygulanan bir cinsel danışmanlık programının postmenopozal dönemdeki kadınların cinsel sağlık düzeylerinin iyileştirilmesinde de yararlı olacağı düşünülmektedir.

Postmenopozal dönemde hemşireler ile kadınlar arasında cinsel konuların konuşulmasının başlatılması, sürdürülmesi, sorunların belirlenmesi ve çözüm geliştirilmesinde PLİSSİT modelinin başarı ile kullanılabileceği, özellikle

postmenopozal dönemin ilk yıllarında verilen danışmanlıkla cinsel sağlık, cinsel yaşam kalitesi ve evlilik uyumunun artacağı düşünülmektedir. Bu çalışmada; postmenopozal birinci yılındaki kadınların var olan cinsel sağlık sorunlarının saptanması, saptanan sorunların ve gelecekte oluşabilecek sorunların azaltılması ve kadınların cinsel sağlık, evlilik uyumları ve yaşam kalitelerinin artırılmasında PLISSIT modeli ile yapılan cinsel danışmanlığın etkinliği incelenmiştir. Bu çalışmanın menopoza yönelik cinsel sağlık danışmanlığı uygulamalarına örnek olabileceği ve postmenopozal dönemdeki hemşirelik bakımında kullanılabileceği düşünülmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma, postmenopozal dönemdeki kadınlara PLISSIT modeline göre verilen cinsel danışmanlığın kadınların cinsel fonksiyonuna, evlilik uyumuna ve cinsel yaşam kalitesine etkisini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

1.3. Araştırmanın Hipotezleri

H₁: Postmenopozal dönemde PLISSIT modeline göre cinsel danışmanlık alan kadınlarla, almayan kadınların Kadın Cinsel İşlev Ölçeği (KCIÖ) puan ortalaması arasında fark vardır.

H₂: Postmenopozal dönemde PLISSIT modeline göre cinsel danışmanlık alan kadınlarla, almayan kadınların Evlilikte Uyum Ölçeği (EUÖ) puan ortalaması arasında fark vardır.

H₃: Postmenopozal dönemde PLISSIT modeline göre cinsel danışmanlık alan kadınlarla, almayan kadınların Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın Versiyonu (CYKÖ-K) puan ortalaması arasında fark vardır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Menopoz

Kadınların 50 yaş civarında adet kesilmesi ile ilgili bilgiler ilk olarak M.Ö. 322'de Aristo'nun 'Historia Animalium' kitabında belirtilmiştir (86). Tarihi süreçte bu duruma; "kritik zamanlar, gizli hastalık, kadınların cehennemi ve zehrin vücuttan atılamaması" gibi adlar da verilmiştir. Menopoz kavramı, Yunancadan gelen bir kelime olup; men, mena= ay, menos, pause=durma, kesilme gibi köklerinin birleşmesiyle türetilmiş olup (35, 86) tıp terimi olarak ise ilk defa 1821 yılında Fransız hekim Gardanne tarafından kullanılmıştır (87). Menopozun tıbbi anlamı, ovarial foliküler aktivitenin kaybı sonucunda menstruasyonun kalıcı olarak kesilmesidir (3, 4). DSÖ ise menopoza, over aktivite kaybı nedeniyle menstruasyonun sonlanması olarak tanımlamaktadır (5). Klinik olarak menopoz tanısının konulabilmesi için, menstrüasyonun bir yıl süresince oluşmaması gerekir (3, 5, 35, 88). Menopoz ortalama yaşı dünyada 51 (6), ülkemizde ise 48'dir (7). Ayrıca gelişmişliğin etkisine bakıldığında; gelişmekte olan ülkelerdeki kadınların, gelişmiş ülkelerdeki kadınlara göre erken yaşlarda menopoza girdiği belirtilmektedir (6, 7, 32, 89).

Premenopozal Dönem: Klimakteriyumun ilk fazı olup düzenli siklus aralıklarından menopoz amenoresine doğru bir geçiş mevcuttur. Bu fazda menstrual siklus düzeni bozulur ve fertilité şansı düşer. Düzensiz menstrual siklusları birkaç aydan birkaç yıla kadar sürebilmektedir (3, 36, 87). DSÖ'nün tanımına göre premenopoz; ovulatuvar bozukluklar, menstrual siklusta oluşan düzensizlikler, disfonksiyonel uterin kanamaları, vazomotor semptomlar, uykusuzluk, halsizlik, vücut yorgunluğu, baş ağrısı, psikolojik değişiklikler gibi semptomların görüldüğü, menopoza girmeden önceki 2-6 yıllık süredir (5).

Perimenopozal Dönem: Perimenopozal süre bir geçiş aşaması olup yaklaşık olarak 4 yıl sürmektedir. Perimenopozal dönem; premenopozal dönemin bir bölümünü, menopoza ve menopoz sonrasındaki ilk bir yılı kapsamaktadır (6, 42, 88). DSÖ'nün tanımına göre perimenopoz; menopoz öncesinde menopozla ilgili klinik, biyolojik ve/veya endokrinolojik oluşan herhangi bir belirtinin başlangıcından itibaren son menstrual periyodu izleyen bir yıllık zamanı da içine alan dönemdir (5).

Postmenopozal Dönem: Menopozu izleyen dönemi kapsamaktadır (5). Bu dönem; overlerin üreme ve östrojen üretme fonksiyonlarını yitirmesiyle, östrojen hormonunun eksikliğinin, bedenin fizyolojisi ve psikolojisi üzerine sistematik etkiler oluşturmaya başladığı zamandan 65 yaşına kadarki süreyi kapsamakta olup ortalama 20 yıl kadar devam eden süreçtir. Bu dönemde overlerin fonksiyonlarının tamamen durmasıyla ve fertilité ortadan kalkmasıyla menopozal sorunlar görülmektedir (32, 35, 87). Doğal menopozu giren kadınların postmenopozal dönemde sayılabilmesi için bir yıl süresince menstrüasyonun hiç oluşmaması ve menstüral siklusların tamamlanmış olması gerekir (5). Cerrahi menopozu giren kadınların da postmenopozal dönemde sayılabilmesi için ise operasyondan sonra en az üç aylık sürenin geçmesi gerekir (3, 88).

2.2. Menopozun Sınıflandırılması

2.2.1. Doğal Menopoz

Herhangi bir patolojik sorun olmadan foliküllerin tükenmesi sonucunda menstrüasyonun bitmesine ‘doğal menopoz’ denilmektedir (32). Doğal olarak menopozu girme yaş aralığı 40-55 yaş civarındadır (88, 89). Doğal menopozu girme, 40 yaşın altında görülürse bu duruma prematür menopoz veya erken menopoz denir (1, 5, 42, 86). Doğal menopoz, 55 yaşından sonra görülürse bu duruma ‘geç menopoz’ denir (35, 86).

2.2.2. Cerrahi Menopoz

Bilateral salpingooferektomi operasyonuna bağlı olarak menstrüasyonun bitmesi durumuna ‘cerrahi menopoz’ denilmektedir (32, 35, 87). Histerektomi ile birlikte overlerin çıkarılmadığı durum cerrahi menopoz olarak kabul edilmemektedir ancak menstrüel periyot sona ermekte ve menopozal yakınmalardan bazıları görülmektedir (42, 90). Bunun nedeni; cerrahi operasyon sırasında overleri besleyen arterlerin zarar görmesi sonucunda overlerdeki kanlanmanın bozulmasına bağlı oluşan ovarial atrofi ile açıklanmaktadır (1, 35, 43).

2.3. Menopoza Bağlı Meydana Gelen Değişiklikler

Menopoz ve postmenopozal dönem beraberinde birçok değişiklik getirmektedir (5, 10, 42). Menopozun getirdiği değişimler genel olarak menopoz sonrası ilk yıllarda görülen ve geç postmenopozal dönemde görülen değişiklikler olarak ikiye ayrılır (43, 87). İlk yıllarda görülen değişimler; fiziksel değişimler (vazomotor değişiklikler, ürogenital değişiklikler, sindirim sistemi sorunları, saç ve derideki değişiklikler, merkezi sinir sistemi sorunları) (12, 13, 32), psikolojik değişiklikler (benlik algısı, depresyon, sinirlilik, konsantrasyon kaybı, hafıza kaybı) (15, 58), sosyal değişimler (aile ve iş yaşamı, menopoz ve cinsellik algısı) (43, 52) ve cinsellikle (cinsel sorunlar) ilgili değişimlerdir (35, 91, 92). Geç postmenopozal dönemde görülen değişimler ise kas iskelet sistemi değişiklikleri (kas-iskelet sisteminde ağrı, huzursuz bacak sendromu, kemik erimesi vb), kardiyovasküler değişiklikler ve hastalıklar şeklinde sıralanabilir (13, 17, 35, 43, 90).

Menopoza bağlı değişimler ve sorunlar; östrojen eksikliği, toplumun etnik yapısı, toplum ve kadın tarafından menopoza yüklenen anlam, kadının statüsü/kazandığı saygınlığı ve yeri, kadının yaşam şekli, cinselliğe bakış açısı, yaşı ve menopoz sonrası geçen süre gibi özelliklerden etkilenebildiği için (28, 32, 36, 42) kadınların bazıları bu değişimler ve sorunları hafif düzeyde yaşarken, bazıları ise şiddetli düzeyde yaşar (32, 36).

2.4. Postmenopozal Dönemde Cinsellik

Cinsellik; bireyin duygusal, zihinsel ve fiziksel olarak erkekliği ya da kadınlığı deneyimlemesini, sahip olduğu cinsel organın/organların işlevlerini bilmesini ve ifade etme tarzını ya da cinsel birleşmeyi içermektedir (8, 93). Ayrıca cinsellik, kişilik gelişimi arttıran, sevginin paylaşımını kuvvetlendiren ve zenginleştiren, iki insanın uyum içindeki beraberliğini içeren ve sosyal yönleri de olan; kişinin tam anlamıyla sağlıklılık halidir (75, 94, 95). Bu doğrultuda cinsellik, sadece üremek için yapılmayan, aynı zamanda kişiler arası duyguların iletilmesine yarayan, sağlığın ve yaşamın önemli parçalarından biri olmaktadır.

Intrauterin hayatta başlayan ve ömür boyu devam eden cinsellik sadece cinsel organları içermez, tüm bedeni ve aklı içermektedir (36, 75). Çünkü cinsellik; öğrenme süreci içinde fizyolojik, psikolojik, sosyokültürel, kişinin değer yargıları, dini

inancılar, davranışları, ekonomik durumu, politik, hukuki gibi birçok faktörden etkilenerek bireyin davranışları ve bulunduğu toplum içindeki kurallarına göre şekillenir (75, 94, 96, 97). Bu yüzden, cinselliğin anlamı, cinselliğin yaşanma şekli ve cinsellikle ilgili beklentiler her bireyde farklılık gösterir.

Cinsellikte hormonlar da önemli yer tutar. Kadınların cinselliğindeki en önemli hormonlar östrojen ve progesterondur. Çünkü bu hormonlar kadınların cinsel davranışlarını ve cinsel yanıt döngüsünü etkilemektedir. Cinsel yanıt döngüsü; ilk olarak Masters ve Johnson tarafından 1966 yılında tanımlanmış ve daha sonra bu modele eklemeler yapılmıştır (98, 99). Cinsel yanıt evreleri; Cinsel istek fazı (karşıdaki bireye psikolojik yönden istek ve ilginin oluşması), Uyarılma ve Plato fazı (nabız ve solunum sayısının artması, tansiyonun yükselmesi, kaslarda gerginlik olması, memelerin büyümesi ve vajinanın ıslanması) (43, 75, 100), orgazm fazı (üreme organlarında ve vücut kaslarında oluşan kasılmalar ile cinsel hazzın en üst seviyeye ulaşarak ani bir boşalma oluşması) ve Çözülme fazı (uyarılma fazında oluşan değişimlerin hepsinin eski haline dönmesi) olmak üzere 5 fazdan/evreden oluşmaktadır (75, 98, 101).

Cinsellik yaşamın her döneminde az ya da çok çeşitli faktörlerden etkilenmektedir ve menopoz da kadının cinsel sağlığını etkileyen önemli bir dönüm noktasıdır (11, 17, 36). Menopozun getirdiği değişimler, vücuttaki hormonal değişimler, eşle ilgili nedenler, dini, kültürel ve kişisel faktörler her kadında farklı derecede etki gösterse de kadının cinselliği ve cinsel sağlığını farklı düzeylerde etkilemektedir. Bu durum, premenopozal dönemde başlayıp, postmenopozal dönemde artarak devam etmektedir (10, 11, 20, 21, 24, 28, 34, 36, 102).

Çalışmalarda postmenopozal dönemdeki cinsel disfonksiyon görülme sıklığının %50-86,5 arasında olduğu ve postmenopozal dönemdeki geçirilen süre arttıkça cinsel sorun yaşama oranının arttığı saptanmıştır (3, 22, 27, 28, 30, 31, 38, 47, 91).

2.5. Postmenopozal Dönemde Görülen Değişiklikler ve Cinselliğe Etkileri

2.5.1. Vazomotor Değişikliklerin Cinselliğe Etkisi

Vazomotor değişikliklerin en önemli nedeninin menopozla birlikte kadınlarda östrojen hormonunun azalması ve östrojen seviyesindeki dalgalanmalar olduğu

düşünülmektedir. Vazomotor değişiklikler; sıcak basması, yüzde ve boyunda kızarmalar ve aşırı terleme, gece terlemesi, üşüme hissi, titreme, baş ağrısı, baş dönmesi, bulantı, kalpte çarpıntı hissi, nefes darlığı, (32, 35, 102); uzun süre uyuyamama, uykuya dalma süresinin uzaması ve sıcak basması nedeniyle uyanma, yorgunluk gibi değişiklikleri kapsar (35, 90, 102). Vazomotor değişiklikler; menopozal değişiklikler arasında en fazla yaşanan semptomlar olup; postmenopozal dönemdeki kadınların %75-80'inde görülmektedir (12, 14, 103, 104).

Sıcak basması önce baş ve yüzde ısı artışı ile başlar ve sonra boyun, göğüs, meme ve vücudun diğer taraflarına doğru yayılır, ısı artışıyla birlikte kızarıklık ve taşikardi görülür. Daha sonra kişi terlemeye başlar ve vücut sıcaklığında düşme görülür. Bu durumun nedeni damarlarda önce daralma arkasından da genişleme olmasıdır. Bu belirtilerin hepsi “sıcak basması” olarak adlandırılmaktadır (14, 32, 35, 40, 103). Sıcak basması; gün içinde saatlerce sürebileceği gibi, otuz (30) saniye ile beş dakika arasında değişen bir ataktan 50 atağa kadar da çıkabilmektedir. Sıcak basması; postmenopozal ilk iki yılda çoğunlukla görülmekle birlikte premenopozal dönemde görülmeye başlayıp altı ay içinde kendiliğinden sonlanabildiği gibi menopoz sonrası 10 yıla kadar da devam edebilmektedir (1, 87, 102). Menopozun erken döneminde başlayan sıcak basmalarının; sıklık, süre ve yoğunluğu açısından bireylere göre farklılıklar göstermekle birlikte menopoza karşı olan olumsuz düşünceler, stres, sıcak hava, kafein ve alkol kullanımı ile birlikte arttığı da çalışmalarda belirtilmektedir (1, 103-105).

Sıcak basması; cinsel ilişki sırasında kadını rahatsız edip (11) kadınlarda stres ve odaklanamama sorunlarına neden olabilir. Yaşanılan bu sorunlar vajinanın ıslanmasında gecikmeye ve cinsel ilişki sırasında ağrıya neden olabilir ve sonuçta kadınların cinsel isteğinde ve orgazmda azalma oluşabilir (6, 11, 28, 68).

Geceleri sürekli sıcak basması yaşayan bazı kadınlar da, eşlerinin vücut ısısından rahatsız olduğu için eşlerinden uzakta yatmayı veya eşleri ile yatakları ayırmayı tercih edebilir. Eşlerin ayrı yatması da, çiftin arasındaki yakınlığı ve duyguların paylaşımını azaltması nedeniyle cinsel istek ve ilişki sıklığında azalmaya neden olan ve sonuçta da cinsel işlev bozukluklarına yol açabilen diğer sorundur (6, 106).

Postmenopozal dönemdeki diğer bir sorun da östrojen hormonu yetersizliğine bağlı uykuya geçiş süresinin uzaması ve kadınların gece uzun süre uyuyamamasıdır (32). Ayrıca gece sıcak basmalarının etkisi ile de kadınlar sık sık uyandıkları için yeterli uyuyamayabilirler (90, 107). Menopoz nedeniyle uyku sorunu olan veya sık sık uyanan kadınlarda gün içinde uykusuzluk, psikolojik problemler (kaygı, stres, anksiyete ve depresyon vb.), yorgunluk ve odaklanamama sorunları oluşabilir. Bu sorunlar nedeniyle de kadınların cinsel birliktelik için enerjisi az olur ya da gücü hiç olmaz ve bu yüzden cinsel isteksizlik oluşur. Cinsel isteksizlik nedeniyle de cinsel ilişki sıklığında önemli bir azalma olabilir (11, 25).

2.5.2. Ürogenital Değişikliklerin Cinselliğe Etkisi

Uzun süre östrojen eksikliğinin olması ve testosteron düzeyindeki azalmaya bağlı olarak zamanla deride, cinsel organlarda ve idrar yollarında değişiklikler oluşur (32). Östrojen eksikliğine bağlı olarak serviks ve yüzeysel bezlerden salınan salgının da azalması ile birlikte yüzeysel epitel dışı fibröz tabakası ve subkutan yağlar kaybolarak yüzeysel ve bazal hücreler arasındaki oran belirgin şekilde azalır (86, 102). Ayrıca derinin esnekliğinde azalma ve kan damarlarının daralmasıyla kan akımında da azalma görülür. Bu değişimler de dış cinsel organlar ve idrar yollarında atrofiye ve kuruluğa neden olabilmektedir. Bu değişiklikler nedeniyle ayrıca atrofik vajinit de görülebilir (21, 34, 35, 86, 102, 108).

İdrar yollarındaki atrofiye bağlı olarak idrar yaparken yanma, kesik kesik idrar yapma, idrara sık çıkma veya inkontinans şikâyetleri oluşmaktadır (32, 109). Östrojen yetersizliğine bağlı olarak vajina içindeki asidik ortamın azalması da bu bölgeyi enfeksiyonlara karşı uygun ortam haline getirir ve kadında vajina içinde enfeksiyon veya idrar yolu enfeksiyonu oluşur (34, 86).

Dış cinsel organlardaki atrofi ve kuruluk nedeniyle duyarlı bölgelerin uyarılma eşiği yükselir ve duyarlı bölgeler çok geç uyarılır. Bunun sonucunda da cinsel uyarılma ve cinsel doyuma ulaşmak çok uzun zaman alır ve zorlaşır (21, 34, 35). Vajinanın derisinde oluşan atrofi, su tutabilme yeteneğinin azalması ve vajinanın kontrakte olup esnekliğini kaybetmesi nedeniyle vajinanın kayganlaşmasında gecikme, azalma ve vajinal kuruluk ile ilgili sorunlar oluşur (32, 63, 87). Ayrıca vajinal yüzeysel kırılgan hale gelir ve minimal travma ile kanamaya yatkın hale gelir. Bu sorunlar da cinsel ilişki

sırasında ağrı yaşanmasına neden olur (31, 34). Ağrıyı tekrar yaşama kaygısı da, kadınlarda cinsel ilişkiden kaçınmaya neden olmakta ya da vajinismusa yol açabilmektedir (21, 53).

İdrar yollarındaki atrofiye bağlı idrara sık çıkma veya inkontinans şikâyeti olan kadınlarda da cinsel ilişki sırasında idrar kaçırma korkusunun olması nedeniyle cinsel ilişki isteğinde azalma olabilmektedir (109). Sık idrara çıkma nedeniyle geceleri sık uyanma veya uyuyamama nedeniyle oluşan yorgunluk hissi de kadınların cinsel yaşamını olumsuz etkileyen faktörler arasında yer alır (36, 105). Ayrıca vajina içindeki asidik ortamın azalması ile kadında vajina içinde veya idrar yollarında oluşan enfeksiyon da ağrıya neden olarak kadınların cinsel yaşamını etkileyen olumsuz faktörlerdendir (34).

2.5.3. Psikolojik Değişikliklerin Cinselliğe Etkisi

Menopoz, kadının vücudundaki değişimlerin yanı sıra psikolojisindeki değişimler nedeniyle de önemli bir geçiş dönemidir (32, 110). Psikolojideki değişimlerin bir kısmı menopoz dışındaki genetik, ailesel ve çevresel olaylarla oluşmakta iken bir kısmı da menopozla birlikte başlamaktadır. Çünkü menopozal ve postmenopozal dönemlerde kadınların östrojen hormonu seviyelerindeki düzensizliklerin kadınlarda unutkanlık, hatırlama da güçlük ve odaklanamama gibi sorunlar (111), stres, sinirlilik, korku, anksiyete, depresyon ve kendini beğenmeme vb. psikolojik problemler yarattığı çalışmalarla ortaya konmuştur (35, 36, 112). Uykusuzluğun da ayrıca kadınları daha sinirli, stresli ve anksiyeteli yaptığı saptanmıştır (113). Çalışmalara göre menopoz döneminde kadınların %5,8-23'ünde depresyon, anksiyete, gerginlik, sinirlilik, huzursuzluk gibi psikolojik semptomlar görülmektedir (12, 15, 16).

Stres, kaygı, sinirlilik ve depresif hissetmek vb. oluşan psikolojik semptomlar kadınların cinsel istekte, uyarılmada ve cinsel doyum sıklığında azalmaya neden olabilir (21, 28, 107, 114). Odaklanamama sorunu da; cinsel doyum sıklığında azalma, cinsel uyarılmada ve vajinanın ıslanmasında gecikme ve ayrıca cinsel işlev sırasında ağrı gibi sorunlarla cinsel yaşamı etkileyebilir (11, 28).

Postmenopozal dönemde vücut görünüşündeki değişimler de kadını etkilemektedir (110) çünkü bu dönemde östrojen seviyesindeki azalma ile birlikte

kadınlarda kollojen bağ dokusu ve elastik liflerde azalma sonucunda deride genel bir elastikiyet kaybı oluşur. Bu değişiklikler ciltte kırışıklık ve sarkmalara neden olur (1). Vücut görüntüsünün değişmesi; vücut imajında azalma oluşturarak kadınlarda gençliğin, güzelliğin ve kadınlık kimliğinin yitirildiği düşüncesine neden olur ve bu durum da kadınlarda korku, stres ve depresyona neden olabilir (11, 110). Eşinin kendisini beğenmeme, kadınlığın azalacağı korkusu kadında sürekli terkedilme kaygısına neden olarak cinsel istekte ve cinsel doyumda azalma gibi sorunlarla cinsel yaşamı etkileyebilen diğer faktörlerdir (36, 45, 47). Kadınların yaşadığı cinsel sorunlar ve eşi ile ilgili korkuları da kadınlarda psikolojik sorunlara; yine bu psikolojik sorunlar da tekrar cinsel sorunlarına neden olabilir Kadınların menopoza birlikte yaşadığı cinsel sorunlar, cinsel ilişkiden kaçınmaya neden olarak çiftin ilişkisini ve aralarındaki uyumu da bozabilir (36, 90).

2.5.4. Menopoza İlişkin Cinsellik Algısı ve Cinselliğe etkisi

Menopoz sonrası cinsellik algısı; toplum, kültür, dini inanç, kadının kendine verdiği değer, kadının eğitim düzeyi ve saygınlık kazanması gibi faktörlerden her kadında farklı düzeyde olacak şekilde olumlu ya da olumsuz olarak etkilenmektedir. Bu yüzden kadınların menopoz sonrası dönemdeki cinsellik algısı; kadının cinsel yaşamını etkileyen çok önemli bir faktördür (11, 36, 86). Ülkemizde de kadınların postmenopozal cinsellik algısı bölgelere göre hatta aynı bölge içinde bile farklılık göstermektedir (21, 53).

Bazı kültürlerde doğurganlık önemlidir bu yüzden de üremenin bitmesiyle menopoz sonrası kadınlarda cinsel yaşamın biteceği, çocuk doğuramayacağı için gerçek bir kadın olunamayacağı ve menopoz sonrasında cinselliğin kadınlar için ayıp olduğu düşünülür (11, 53). Bu düşünce ülkemizde de bazı bölgelerde devam etmektedir (53). Gelişmiş toplumlarda da bazı kadınlar menopoza birlikte çekiciliğin ve güzelliğin azalacağını düşünürler ve bu yüzden beden imajlarına yönelik olumsuz değerlendirmeler yaparak (benlik saygısı azalarak), kendilerini daha az değerli ve daha az kadınsı hissedebilirler (11, 53). Bu kültür ve düşüncelerin etkilediği kadınlar da eşlerinden ve cinsellikten uzaklaşmaya çalışırlar. Cinsellikten uzak durmaya çalışan kadınlar da eşleri tarafından terk edilme korkusu yaşarlar ve ayrıca eşler de kadınların davranışları nedeniyle kadınlardan uzaklaşabilir. Bu nedenlerle kadınlar cinsel istek,

cinsel uyarılma ve cinsel doyumda azalma veya tamamen kaybolma gibi ya da ağırlı cinsel ilişki gibi cinsel sorunları yaşarlar (21, 36, 38).

Bazı toplumlarda ve ülkemizin bazı kesimlerinde ise menopoz ve yaşlanmak toplum ve aile içinde bilgili olma ve kadının statü kazanması anlamına gelir (10, 35, 88, 115). Ayrıca bilgi düzeyi, kendi değeri veya saygınlığı yüksek olan kadınlarda; menopoz ile adet görmenin bitmesiyle birlikte de gebe kalma korkusu yok olur ve kadınlar cinselliklerini daha sağlıklı ve rahat yaşayabilirler (10, 47, 115, 116). Sonuç olarak bu kadınların cinsel istek, cinsel uyarılma ve cinsel doyumlarında önemli derecede azalma olmaz (36)

2.5.5. Kas - İskelet Sisteminde Oluşan Değişikliklerin Cinselliğe Etkisi

Menopozla birlikte bağ, kemik ve kas dokusu da etkilenmektedir (35). Menopozda östrojen düzeyinin azalması; bağırsaklarda kalsiyum emilimini azalatarak osteoblastik ve osteoklastik aktivite arasındaki dengeyi bozar. Vücut kalsiyum ihtiyacını bağırsak kanalından alamadığı için kemiklerden elde eder. Bu durum da kadında kemik kitlesinin önemli ölçüde azaltarak ve osteoporoz riskinin artırarak (102) kemik kırıkları ve eklem ağrısında artışa neden olabilir (35). Postmenopozal dönemde östrojen eksikliği, kaslarda ve ligamentlerde gevşemeye neden olur. Böylece eklem ağrısı, kas ağrısı, hareket esnekliğinde ve motor hareketlerde azalma oluşur (32, 35). Ayrıca pelvik taban kasları ve ligamentlerin de gevşemesiyle genital organlarda desensus ve prolapsuslar oluşmaktadır (35). Kas-iskelet sisteminde oluşan sorunlar da kadında güçsüzlük, hareketsizlik, vücut fonksiyonlarında azalma, ağrı, uykusuzluk, strese neden olarak cinsel istekte ve doyumda azalmaya (17, 117) ve ayrıca cinsel birliktelik sırasında ağrıya neden olabilir (117).

2.5.6. Kardiyovasküler Değişikliklerin Cinselliğe Etkisi

Postmenopozal dönemde östrojen düzeyinin azalması; trigliserid, total kolesterol ve düşük yoğunluklu lipoprotein (LDL) düzeyini artırırken yüksek yoğunluklu lipoprotein (HDL) düzeyini yavaş yavaş düşürerek ateroskleroz ve pıhtılaşma bozukluğuna yol açabilir. Böylece kardiyovasküler sorunlar oluşabilir (118). Yüksek risk grubundaki kadınların cinsel aktiviteye başlanmadan kardiyak durumlarının düzenli kontrolü ve gerekirse özel tedaviye katılmaları gerektiği için

cinsel sağlıkları olumsuz etkilenmektedir (17, 36). Kardiyovasküler sorunları olan kadınlar ayrıca kalp krizi geçirme riskinden korkarak cinsellikten uzaklaşabilirler (102, 113).

2.5.7. Hastalıkların Cinselliğe Etkisi

Kadınlarda menopozla birlikte metabolik, nöral, vasküler nedenlerle birçok malign ve/veya kronik hastalıklar (diabet, hipertansiyon, böbrek yetmezliği, hiperlipidemi, aterosklerozis, artrit, nörolojik hastalıklar, spinal kord zedelenmesi, tiroid, jinekolojik sorunlar, pelvis sorunları, kronik ağrı, kanser vb.) oluşmaktadır (102). Bu hastalıkların tedavileri için çeşitli ilaçlar kullanılmakta ya da gerektiği durumlarda mastektomi, histerektomi gibi çeşitli operasyonlar yapılmaktadır (35, 49). Bu hastalıklar, tedavi süreçlerinde kullanılan ilaçlar ve/veya mastektomi, histerektomi gibi çeşitli ameliyatlar; kadında güçsüzlük, hareketsizlik, vücut fonksiyonlarında azalma, kaslarda zayıflama, uykusuzluk ve strese neden olarak ya da cinsel istekte, cinsel uyarılmada ve doyumda azalma ile cinsel yaşamı olumsuz etkileyebilir (17, 86, 113).

2.6. Postmenopozal dönemde cinsellikle ilgili yaşanan sorunlar

Postmenopozal dönemdeki kadınlarda bazı cinsel sağlık sorunları görülmektedir. Bu sorunlar; kadın cinsel ilgi/uyarılma bozukluğu, cinsel doyum (orgazm) bozukluğu, genital pelvik ağrı/penetrasyon (cinsel birleşme) bozukluğu ve madde ve ilaç kullanımına bağlı cinsel işlev bozukluğudur (119). Bu sorunların, postmenopozal dönemde oluşmasında hormonal değişimler, stres gibi psikolojik problemler, menopozda cinsellik algısı, yorgunluk ve depresyon gibi postmenopozal cinselliği etkileyecek faktörler neden olabilmektedir (48).

2.6.1. Cinsel Disfonksiyon Bozuklukları

Cinsel ilgi/uyarılma bozukluğu: Cinsel ilgide azalma; sürekli ya da tekrarlayıcı bir şekilde, cinsel fantezilerin ve cinselliği başlatma isteğinin az olması ya da hiç olmamasıdır (120). Ayrıca eşinin cinsel etkinliği başlatma girişimlerine karşılık vermeme de bu sorun içinde yer almaktadır. Kadında cinsel uyarılma bozukluğu; sürekli ya da tekrarlayıcı bir biçimde cinsel uyarılmanın gerçekleşmemesi, cinsel

heyecanın yeterince sürdürülememesidir (92, 121). Cinsel ilgi ve uyarılma bozukluklarına; cinsel birleşme sırasındaki ağrı, beden algısının değişmesi, genel sağlık ve psikolojik sağlık durumunu algılamada değişiklikler, aşırı yorgunluk, ilaç uygulamaları, eş ile ilişki vs gibi pek çok çeşitli faktör neden olabilir (122); bu doğrultuda hem psikolojik hem menopoz semptomları nedeniyle menopozda cinsel ilgi ve uyarılma bozuklukları görülebilmektedir (90).

Cinsel doyum (Orgazm) bozukluğu: Kadında cinsel doyum bozukluğu, cinsel uyarılma evresinden sonra cinsel doyumun sürekli olarak veya tekrarlayan biçimde gecikmesi ya da hiç olmaması durumu olarak belirtilmiştir. Kadınların yaklaşık üçte biri çeşitli derecelerde orgazm sorunları yaşamaktadırlar (121). Kadında orgazm bozukluğu, yaşamın önceki dönemlerinde yok iken, sonradan menopoza bağlı ortaya çıkabilir. Kadın; mastürbasyonla orgazm olabilirse tedavisi daha kolay ilerler (120).

Genital pelvik ağrı/ Penetrasyon bozukluğu: Kadının vajinal kaslarının kasılmasının yanında, cinsel ilişki esnasında ağrı veya cinsel birleşmeye karşı kaygı ve korku duymasıdır. Kadının bu şikayetlerin yanında altı ay boyunca aşağıdaki durumların sürekli görülmesi durumlarında genitopelvik ağrı/penetrasyon bozukluğundan söz edilebilir. Bu ölçütler (119);

- Koitus esnasında belirgin şekilde zorluk yaşanması,
- Koitus esnasında vulvovajinal bölge ve pelvik bölgede ağrı duyulması,
- Koitusa ya da ağrıya yönelik kaygı ve korku duyulması,
- Cinsel ilişki esnasında pelvik kaslarda şiddetli kasılma veya gerginliktir.

Menopozun neden olduğu östrojen eksikliğine bağlı menopozal semptomlar, genital organlarda atrofi ya da postmenopozal cinsellik algısına bağlı olarak da genital pelvik ağrı oluşabilir (123).

Madde ve ilaç kullanımına bağlı cinsel işlev bozuklukları: Cinsel birleşme ve işlevde önemli bir şekilde rahatsızlık olmasıdır. Ölçütleri (119, 122);

- Madde/ilaca başlandıktan veya madde/ilacı kesildikten sonra ya da doz aşımından sonra cinsel işlevde sorun olduğuna yönelik kanıtlar olması
- Cinsel işlev bozukluğuna madde/ilacı dışında neden olacak herhangi bir problem olmamasıdır.

2.6.2. Cinsellikle İlgili Sorunların Evlilik Uyumuna Etkisi

Toplumun temelini oluşturan aile, evlilik ile başlar. Evlilik, farklı kişilik özelliklerine sahip olan ve/veya kültürleri birbiriyle aynı ya da farklı ailelerden olan iki bireyin çift olarak meydana oluşturduğu ilişki türüdür (124, 125). Evlilik; kadın ve erkeğin yasal süreçle bir araya gelip kurdukları birliktelik olup, toplumun temel taşlarından biri olan aile kavramını meydana getirmesidir (27) ayrıca toplum tarafından onaylanmış, karşılıklı dayanışma içinde ve toplumsal yasaklamaların tamamen dışında tutulan, neslin devamını sağlayan ve cinselliğin doyuma ulaştığı bir birlikteliktir (61). Evlilik bireyin yaşamını pek çok yönden etkileyen bir olaydır ve bu yüzden insanlar evliliği doğru kişi ile gerçekleştirmeyi ister. Eşlerin değişiklikleri birlikte sindirebilmeleri, her konuda birbirleri ile sağlıklı iletişim kurabilmeleri, evlilikteki tartışmaları iki tarafında mutlu olacağı şekilde sonlandırabilmeleri evliliklerini etkiler (125, 126).

Evlilik uyumu ise; evliliğin kalitesini tanımlamak ve evliliğin niteliğini ifade etmek için kullanılan, kişilerin birlikteliklerinin tamamında hissettikleri kişisel mutluluk, hoşnutluk ve eşlerin birbiriyle olan kaliteli ve keyifli iletişimin önemli bir parçasıdır (27, 61). Başka bir tanımda ise; evlilik uyumu, eşlerin uyumlu birliktelik, dayanışma ve iyi bir iletişimle problemlerini çözebilmesi, birlikte vakit geçirmekten keyif almaları ve birbirleri hakkında pozitif duygu ve düşünceler içinde olması şeklinde tanımlanmaktadır (126, 127).

Çiftler evliliklerinin uyum içinde devam edebilmesini ister ancak evlilik uyumu, eşlerle ilgili her türlü faktörden etkilenme ihtimali bulunan hassas bir kavramdır. Eşlerin birinin etkilendiği durumlarda diğer eş de etkilenebilir (128). Literatürde; bireylerin kişilik özellikleri, bağlanma biçimleri, anksiyete, depresyon gibi olumsuz duygular (129), büyütüldükleri çevre, eğitimi, dini inançları, evliliğe yükledikleri anlam (126, 128), ev içi sorumlulukların paylaşılması, sorunların konuşularak çözülmesi, çiftler arasındaki yaş farkı, menopoz ve cinsel sağlık gibi birçok faktörün evlilikte çiftleri etkileyerek evlilik uyumuna etki yapabileceği belirtilmektedir (27).

Postmenopozal dönemde, hormonal değişimler ve menopozun neden olduğu sorunlar kadını etkilediği gibi ailesini de fiziksel, ruhsal, cinsel, sosyal ve kişilerarası ilişkiler yönünden etkilemektedir (58). Menopozal dönem bu yüzden sadece kadını

değil; kadınların yaşadığı değişiklikler nedeniyle eşlerini de etkileyerek eşler arası etkileşimlerde olumsuz sonuçlara neden olabilmektedir (62, 63, 130).

Sıcak basması nedeniyle eşlerden uzakta yatmanın veya eşler ile yatakları ayırmanın tercih edildiği durumlarda çiftin arasındaki yakınlığın ve duyguların paylaşımının azalması nedeniyle eşler arasında sorunlar oluşabilmektedir (6, 106).

Kling ve ark. (131)'nin çalışmasında menopozal semptom yaşama düzeyi ile evlilik uyumu/partner (cinsel eş) anlaşma durumu arasında negatif bir ilişki olduğu, daha az menopozal semptom yaşayan kadınların eşi/partneri ile daha iyi anlaştığı saptanmıştır. Bülbül ve ark. (59)'nın postmenopozal dönemdeki kadınlarla yaptığı çalışmada menopoza bağlı yakınmaların kadınların cinsel yaşam kalitelerini ve evlilik uyumlarını etkilediği belirlenmiştir. Yılmaz ve Avcı (132)'nin çalışmasında menopoz semptomlarının derecesi arttıkça evlilik uyumlarının azaldığı saptanmıştır. Balık (133)'ün çalışmasında menopoza bağlı yaşanan sıcak basmaları ve terlemeler, kalp rahatsızlıkları, uyku sorunları, yorgunluk, keyifsizlik hali gibi olumsuz biyolojik ve psikolojik semptomların, evlilik uyumunun azalmasına neden olduğu ortaya saptanmıştır (133). Bu çalışmalarda; eş/partner ilişkisi ve evlilik uyumu yüksek olan kadınlarda daha az menopozal yakınmalar ve negatif duyguya sahip oldukları bulunmuştur (59, 131-133). Ancak evlilik uyumu ile menopozal yakınmalar arasında bir etkileşimin olmadığını gösteren çalışma da bulunmaktadır (27).

Cinsellik; biyolojik bir gereksinim olduğu için evlilikte yerine getirilmesi gereken temel bir görev olarak bilinir (134); bu nedenle cinsel ihtiyaçlar karşılanmadığı zaman evlilikteki cinsellik görevinin yerine getirilemediği düşünülür (135). Ayrıca bireyin yaşamındaki güçlüklerle baş edebilmesinde, eşiyle yakınlığının pekişmesi ve güçlenmesinde, hazzın paylaşılmasında ve neslin devam etmesinde cinsellik temel bir fonksiyon oluşturmaktadır (61, 127). Bu yüzden kadının cinselliğindeki değişimler ve cinsel sorunlarının olması eşini etkilemekte, eşlerin de etkilenmesi evlilik içerisindeki yakınlığı tüketerek evlilikte sorunlar (57) ve çiftlerin evliliklerinde mutsuzluk oluşturmakta (46), evlilikten alınan doyum azalabilmekte ve evlilik uyumları da olumsuz etkilenebilmektedir (27, 31, 135). Kızılöz (136)'ün çalışmasında aktif bir cinsel hayatı olan çiftlerin mutlu olduğu ve cinsel doyum düzeyi yüksek olan bireylerin evlilik uyum düzeylerinin de anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur. Beyazıt ve Şahin (46)'in ve Rouhbakhsh ve ark. (62)'nin postmenopozal

dönemdeki kadınlarla yaptığı çalışmalarda menopozun hem cinselliği hem de evlilik uyumunu etkilediği belirlenmiş olup menopoz sonrası kadınların cinsel sağlığındaki değişme ile evlilik uyumlarının da doğru orantılı olarak birbirini etkilediği belirtilmiştir. Bu doğrultuda postmenopozal dönemde hem evlilik uyumu hem de cinsel sağlığın artırılması önem arz etmektedir.

2.6.3. Cinsellikle İlgili Sorunların Cinsel Yaşam Kalitesine Etkisi

Yaşam kalitesi; bireyin kendi yaşamını nasıl algıladığı ile ilgili olup hayatından tatmin olması, mutluluk hissetmesi ve iyilik durumu olarak adlandırılabilir (55, 137). Yaşam kalitesi; cinsel sağlıktan önemli düzeyde etkilenmektedir (138).

Cinsel yaşam kalitesi ise, bireyin cinsel yaşamından memnun olma derecesini ifade etmektedir. Bu yüzden cinsel yaşam kalitesi; kişinin cinsel yaşantısından hoşnut olma durumu olup bir bütün olarak cinselliğin fiziksel (cinsel zevk alma, orgazm olma ve cinsel ilişki sıklığı), duygusal (utanç, suçluluk, kaygı) ve ilişkisel (partnerle iletişim kurabilmek, paylaşımında bulunabilmek) yönleriyle ilgilidir (54, 56, 77). Cinsel yaşam kalitesinin düzeyi; bireyin hoşnutsuzluğunun sınırları, emosyonel durumu, cinselliğini olumlu ve olumsuz yönleri ile öznel olarak değerlendirmesi ile belirlenebilir (138).

Cinsel yaşamın kaliteli olabilmesi için; üremeyi ve cinsel fonksiyonları etkileyen hastalık ve sakatlıkların, cinsel istek ve cinselliği baskılayan ve insan ilişkilerini olumsuz etkileyen korku, utanç, suçluluk, batıl inanışların olmaması, üreme, cinsel davranışları kontrol edebilme gücü ve cinsellikten memnun olma durumunun yüksek olması gerekmektedir (79, 138).

Cinsellik gibi cinsel yaşam kalitesi de cinsel sağlıktan, eş ilişkisinden (54, 139) ve postmenopozal değişimlerden etkilenebilmektedir (55). Aras (138) çalışmasında cinsel doyum düzeyi yüksek olan kadınların, cinsel doyumunu düşük olan kadınlara göre evlilikten aldıkları doyumun ve cinsel yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu saptamıştır. Erbaş ve Demirel (25), klimakterik dönemdeki kadınlarla yaptığı çalışmada menopozal tutumu olumlu olan ve menopozal yakınmaları az yaşayan kadınlarda cinsel yaşam kalitesinin daha yüksek olduğunu belirtmiştir. Tezce ve Beydağ (38) menopoza giren kadınlarla yaptığı çalışmada cinsel yaşamı iyi olan kadınların cinsel yaşam kalitelerinin de iyi olduğunu saptamıştır. Bu çalışmalar

doğrultusunda menopozal semptom yakınmaları, cinsel sağlık düzeyi ve eş/partner ile anlaşmanın cinsel yaşam kalitesini etkileyebileceği söylenebilir.

2.7. Postmenopozal Dönemde Cinsellikle İlgili Yaşanan Sorunlara Yönelik Hemşirelik Bakımı

Menopoz, fiziksel, duygusal, eş/partner ilişkileri sosyal, ruhsal ve cinsel değişimler nedeniyle kadın yaşamındaki önemli bir dönemdir (10, 11, 43, 45). Bu yüzden menopozal dönemde kadınların bütüncül yönden ele alınabilmesi için cinsel sağlıkla ilgili bilgilerin de danışmanlıkta ele alınması gerekmektedir (33, 51, 66). Cinsel danışmanlık ile kadınların kendi cinsel ihtiyaçlarını fark edebilmeleri ve karşılamaları, cinsel sorunlara neden olabilecek menopozal değişimleri fark edebilmeleri ve çözebilmeleri, cinsel sorunlarını öğrenmeleri ve önlemeleri ve eşleri ile daha iyi iletişim kurabilmeleri konusunda önemli destek sağlanabilir (33, 51, 66).

Literatürde menopozal döneme yönelik kadınlara yeterli danışmanlık yapılmadığı; menopozal danışmanlık yapılsa bile menopozal bakım içinde cinsel sağlık boyutunun daha az ele alındığı ya da cinsellik hakkında hiç konuşulmadığı bildirilmektedir (33, 51, 64). Cinselliğe yönelik konuları konuşmak tabu olarak görülmektedir ve sağlık çalışanları tarafından da gündeme getirilmesi çok zor bir konu olmaktadır (140, 141). Ayrıca sağlık personelinin cinsel danışmanlıkta uzman olmaması veya eğitim eksikliği, cinsel danışmanlığın nasıl verileceğinin bilinmemesi, mahremiyet sorunları, sağlık personelinin hastalardan çekinmesi ve hastaların rahatsızlık yaşayacağı düşüncesi, personelin zaman kısıtlamaları ya da zaman ayırmak istenilmemesi gibi birçok engel vardır (64, 67, 142). Bu yüzden cinselliğe yönelik konuların rahat bir şekilde konuşulamaması ve toplumda tabu olarak değerlendirilmesi hastaların cinsellikle ilgili yeterli bilgilendirilmemesine neden olmaktadır (141).

Hemşireler de diğer sağlık personeli gibi uzmanlık ve eğitim eksikliği, danışmanlığın nasıl verileceğinin bilinmemesi, hastaların rahatsızlık yaşayacağı düşüncesi ve zaman kısıtlamaları gibi nedenlerle cinsellik hakkında hastalarla konuşmak istemezler (96). Ancak sağlık ekibi içinde hemşireler, hastalarla daha uzun süre vakit geçirmeleri ve iyi iletişimleri sayesinde hastaların cinsellikleri ile ilgili rahat bir şekilde konuşabilecekleri kişi olarak ilk sırada yer almaktadırlar (18, 67, 78).

Ayrıca günümüzde, hemşirenin cinsel danışmanlık rolü, profesyonel ve bütüncül hemşirelik bakımının önemli bir parçasıdır. Çünkü hemşire; kadının cinsel yaşamı hakkında konuşabilmesini teşvik edebilir, kadında bulunan cinsel sorunların erken tanı ve tedavisi için kadına ve partnerine danışmanlık yapabilir; kadının cinsel sağlığını korumaya yönelik girişimleri planlayabilir ve uygulayabilir, kadını ve eşini çözülemeyen cinsel sorunlarda uzman kişilere yönlendirebilir. Bu yüzden hemşirelerin, postmenopozal dönemde verilmesi gereken profesyonel bakıma cinselliği de entegre etmesi daha etkili ve bütüncül bir menopozal bakımı sağlayacaktır (18, 33, 51, 65, 69-71).

Hemşirelerin; profesyonel danışmanlık sunabilmesi için, bireylerde sistemli değerlendirme yapması ve cinsellikle ilgili fiziksel, psikolojik, sosyal ve kültürel öğeleri dikkatli bir şekilde değerlendirebilmesi gerekir (33, 51, 143). Bununla birlikte hemşireler cinsel danışmanlık sırasında kendi inanç ve tutumlarının farkında olmalı, kendi inanç ve tutumlarının cinselliğin tartışılması ve bakımın belirlenmesinde engel oluşturmamasına dikkat etmelidir. Ek olarak hemşireler, konuşma sırasında ahlaki ve hukuki durumları da göz ardı etmemelidir (144). Profesyonel ve etkin danışmanlığın sağlanabilmesi için hemşireler; cinsel konular hakkında somut bilgi ve beceriye sahip olmalı, cinsel sorunlarla baş etme teknikleri oluşturabilme becerisinde yeterli olmalı (144); hastalarla cinsel konular hakkında tartışabilmesi için iletişim yeteneklerini geliştirerek etkin iletişim tekniklerinden yararlanmalıdır (144, 145) ayrıca hemşireler kadınlara karşı iyi bir dinleyici olmalı, kadınlar ile dostça ve destekleyici bir tutum içinde olmalıdır (145). Ek olarak cinsellik hakkında konuşulabilmesi ve kadınların kendilerini rahat hissetmeleri için ortamın uygun bir şekilde hazırlanmış olması gerekir (75, 96).

Danışmanlık sırasında hemşireler tarafından kadınlara ve eşlerine verilecek bilgiler; kısa, anlaşılır ve çiftlere yönelik olup kadın bedeninin fizyolojisi ve anatomisi, menopoz, menopozun etkileri, yaşam koşullarına bağlı olası değişiklikler, cinsellik, menopozun cinselliğe etkileri, yanlış inanışlar, menopozun etkilerine yönelik ve cinsel sorunlara yönelik öneriler, eş desteği konularında bilgi verilmelidir (51, 69, 70, 77).

Tiznobek ve ark. (51) postmenopozal dönemdeki kadınlarla yaptıkları çalışmada cinsel danışmanlık verilmiş kadınlar ve eşlerde cinsel fonksiyonlarının anlamlı derecede arttığı saptanmıştır. Naeij ve ark. (69) menopozal dönemdeki

kadınlarla yaptıkları çalışmada cinsel danışmanlık verilen gruplarda, cinsel danışmanlık verilmeyen gruplara göre kadınların cinsel sağlık düzeyinin önemli derecede arttığı belirtilmiştir. Alavipour ve ark. (72) postmenopozal dönemdeki kadınlarla yaptıkları grup eğitiminde cinsel danışmanlık verilen kadınlarda cinsel sağlık düzeyinin anlamlı düzeyde arttığı saptanmıştır. Nazarpour, Simbar, Ramezani ve Alavi (33)'nin postmenopozal dönemdeki kadınlarla yaptığı çalışmada cinsel sağlık danışmanlığının cinsel fonksiyonlar üzerine etkili olduğunu saptamıştır. Çiftler arasındaki ilişkinin de değerlendirildiği çalışmalarda; cinsel danışmanlık verilen gruplarda, cinsel danışmanlık verilmeyen gruplara göre çiftler arasındaki anlaşma ve yakınlaşma düzeyinin anlamlı derecede arttığı belirlenmiştir (73, 74). Bu çalışmalar doğrultusunda cinsel danışmanlığın kadınların cinsel sağlık eş/partner ilişkisi ve cinsel yaşam kalitesini önemli düzeyde artırdığı belirtilebilir.

Kadınların cinsel sorunlarının çözümüne ve cinsel sağlıklarının geliştirilmesine yönelik verilecek cinsel danışmanlık uygulamalarında model kullanılması cinsel sorunların belirlenmesi ve çözümünde kolaylık sağlamaktadır (71, 75). Kadınlara cinsel sorunlarının çözümünde veya cinsel sağlıklarını geliştirmeye yönelik cinsel danışmanlık verilirken Kaplan Modeli, PLISSIT Modeli, Alarm Cinsel Yanıt Modeli, Schover Modeli ve BETTER Modeli gibi farklı modeller kullanılmaktadır (71, 75, 76).

Cinsel danışmanlıkta en yaygın kullanılan modellerden biri PLISSIT modelidir (70, 71, 77, 78). Modelde, sırasıyla; izin verme (P-Permission), sınırlı bilgi (LI-Limited Information), spesifik öneriler (SS-Specific Suggestions) ve yoğun tedavi (IT-Intensive Therapy) olmak üzere dört basamak bulunmaktadır. Bu model; birey ile işbirliği sağlayarak, bireyin inançlarına, değer sistemi ve aldığı kararlara saygı duyarak bireylerin cinsel sağlığını değerlendirmeyi, oluşan sorunları çözmeyi ve cinsel sağlığını artırmayı amaçlamaktadır (71, 78).

2.8. PLISSIT Modeli

Cinsellik danışmanlığının pratikte kullanım yöntemlerinden biri, 1970'lerde Annon tarafından geliştirilmiş PLISSIT Modelidir (78). Model; hemşireler ile bireyler arasında danışmanlık hizmetini destekleyerek cinsel konuların başlatılması, sürdürülmesi, sorunların belirlenmesi ve sorunlara yönelik çözüm geliştirilmesinde

başarılı bir şekilde kullanılabilir (70, 71, 77, 146). Uygulaması yaygın ve kullanımı kolay olan bu model; bireydeki problemlere yaklaşım için oluşturulmuş kavramsal bir şemadır. P-LI-SS-IT modeli bireylerin sorununa yönelik dört yaklaşım seviyesi sağlar. Bu seviyeler; Permission (İzin Verme), Limited Information (Sınırlı Bilgi), Specific Suggestions (Özel Öneriler), Intensive Therapy (Yoğun Terapi) şeklinde belirtilmektedir. Bu modelin izin verme basamağı ile cinsel sorunların %70'inin, ilk üç evresini kullanarak ise cinsel sorunların yaklaşık %80-%90'ı çözülebilmektedir (70, 71, 78). PLISSIT modeli kullanılarak uygulanan cinsel danışmanlığın etkinliğinin araştırıldığı farklı örneklem gruplarında yapılan çalışmalarda danışmanlığın cinsel işlev düzeyini (70, 77) ve cinsel yaşam kalitesini önemli ölçüde arttırdığı belirtilmiştir (71, 79, 82).

2.8.1. PLISSIT Modelinin Basamakları

İzin verme (Permission): Modelin ilk basamağı olup, bireyin ve eşinin cinsellikle ilgili davranış, endişe ve düşüncelerini ifade edebilmesinin izin verilmesini kapsamaktadır (78). Bireyler cinsellikle ilgili endişelerini ve anksiyetelerini açıklamak için kendilerine izin verilmesi gerektiğini savunmaktadır. Açık uçlu sorular sorularak bireyin, cinsel yaşamı, cinsel yaşamına ilişkin sorunları hakkında konuşması ve soru sorması teşvik edilerek bireyin davranışlarını, düşüncelerini ve duygularına ilişkin endişelerini fark etmesi sağlanır (77, 82). Bu aşamadaki açık uçlu sorulara aşağıda örnekler verilmiştir (33, 65, 78, 114);

- Menopozla birlikte vücudunuzda değişim/değişimler oldu mu?
- Menopoza girdikten sonra vücudunuzda cinsel yaşamınızı etkileyebilecek değişim/değişimler oldu mu?
- Menopozla birlikte cinsel yaşamla ilgili düşüncelerinizde değişiklik oldu mu?
- Menopoz sonrası dönemde bazı kadınlarda vücudundaki değişimler ya da kendi düşünceleri nedeniyle cinsellik ile ilgili sorunlar görülebilmektedir. Siz herhangi bir cinsel sorun yaşadınız mı?

Hemşireler bu basamakta terapötik bir ortam ve güven ortamı sağlayarak açık iletişimi kolaylaştırmalıdır. Hastaya yöneltilen sorular seçilirken dikkatli olunmalı, kadın ile dostça ve destekleyici bir tutum içinde hareket edilmelidir. İzin verme basamağı bireyi koruyucu niteliktedir ve cinsel sorunların bir kısmını

çözümlemektedir (71, 78). Annon, tüm cinsel problemlerin %70'inin izin verme basamağında çözümlenebileceğine inanmaktadır. İzin verme basamağı bireyin endişesini ve cinsel sorununu çözümede yeterli olamazsa ikinci basamağa geçilmelidir (70, 71, 78).

Sınırlı Bilgi (Limited Information): Modelin ikinci basamağı olup, bireylere sınırlı bilgi verme aşamasıdır. Bu aşamada; bireyin izin verme aşamasında belirttiği endişeler, hastalık ve uygulanan tedavilerin cinsellik üzerine etkilerine veya etkileyebilecek değişimlere yönelik sınırlı ve doğru bilgi sağlanır. Sınırlı bilgi ile cinselliği etkileyen durumlar derinlemesine tartışılabilir (78, 147). Bu aşamadaki sınırlı bilgiye yönelik aşağıda örnekler verilmiştir.

Menopoz sonrası vajinal kuruluk ile ilgili sınırlı bilgi (148, 149):

- Hormonal değişiklikler vajinal kuruluğa neden olabilir.
- Vajinal kuruluğun en kolay ve etkili çözümü kayganlaştırıcıdır. Cinsel ilişki sırasında uygun olan (doktorun önerdiği) kayganlaştırıcıyı kullanabilirsiniz.

Cinsel ilişki sırasında inkontinans korkusuna yönelik sınırlı bilgi (107, 149):

- Cinsel ilişkiden önce tuvalet ihtiyacının karşılanması; cinsel ilişki sırasındaki gerginlik ve idrar kaçırma korkusunu engeller.
- İdrar yolları ve üreme organlarını destekleyen kasları güçlendirmek için düzenli olarak **Kegel** egzersizi yapılmalıdır. Bu egzersizler inkontinansı azaltır ve engeller.

Hemşire bu basamakta bireyle birlikte bireyin cinsel yaşamını gözden geçirir. Birey ve/veya eşinde oluşan hastalık ve tedavilerin bireyin cinselliği üzerindeki etkileri, cinsel sağlığını artırmaya ve tedaviye yönelik bireye bilgi kazandırır. Ayrıca hemşireler yanlış bilgi ve mitleri açığa çıkararak ortadan kaldırmak için doğru bilgileri bireylere sunar. Hemşireler, uygun ve doğru şekilde verdikleri bilgiler ile bireylerin cinsel sorunlarıyla baş etmesine yardımcı olabilirler (71, 78).

Özel Öneriler (Specific Suggestions): Modelin üçüncü basamağı olup, birey/eşinin özel problemlerine yönelik bilgi verme ve öneride bulunma aşamasıdır (78). Bu basamaktaki öneriler, bireyin cinselliğini olumsuz etkileyen davranışlarını değiştirmelerine yardımcı olmak için yapılan doğrudan çabalardır (147). Bu aşamada; bireylerin cinsel sağlığının iyileşmesi ve cinsel yaşamlarının doyum verici olması için, bireylerin cinsel sağlığı tüm yönleri ile ele alınır. Bireye ve eşine verilecek öneriler,

kişinin öyküsünden elde edilerek bireysel gereksinimlere ve sorunlara göre değişiklik göstermelidir. Özel öneriler; özellikle uyarılma, ağrılı ilişki, ereksiyon, ejakülasyon ve orgazm gibi sorunlar için etkili bir basamaktır (71, 78). Bu aşamadaki özel önerilere yönelik aşağıda örnekler verilmiştir (70, 107, 145, 148, 149):

Genital pelvik ağrı ile ilgili özel öneriler:

- Vajinada yeterli ıslaklık sağlanmadan cinsel ilişkiye girilmemelidir
- Ön sevişme süresinin uzatılması rahatlamayı sağlayabilir.
- Ağrıya neden olan vajinadaki kuruluğun en kolay ve etkili çözümü kayganlaştırıcılardır.
- Cinsel ilişki sırasında uygun olan (doktorun önerdiği) kayganlaştırıcıyı kullanabilirsiniz.

Hemşireler bu basamakta; hastanın sorununa özel çözücü yaklaşımda bulunmalıdır. Hemşirelerin bu basamağı uygulayabilmesi için yeterli bilgi, beceri ve deneyime sahip olması gerekmektedir. Hemşireler; bireyler hakkındaki gerekli bilgiyi ve uygun şartları da öğrendikten sonra özel önerilerde bulunabilir. Tartışma sırasında hemşire, bireyin beden imajındaki değişimin ve üremenin bitmesinin cinselliğe zarar vermediğini anlamasını sağlamalıdır. Cinsel sorunların çoğu bu yaklaşım ile başarılı sonuçlanır, ancak bireyde çözülemeyen sorunlar varsa son basamağa geçilir (71, 77, 78).

Yoğun Terapi (Intensive Therapy): Modelin dördüncü ve son basamağı olup, modelin ilk üç basamağının başarılı olamadığı durumda kullanılır. Bu aşamadaki bireyin ayrıntılı danışmanlık, bakım ve yardıma ihtiyacı olduğu için danışmanın alanında özel eğitim almış olması gerekir (78). Hemşire bireyleri ve birlikte bulunuyorlarsa partnerlerini, uzmanlık alanı cinsellik olan bir terapistle ya da konu ile ilgili özel eğitim almış uzman kişilere (psikolog, psikiyatrist, sosyal çalışma uzmanı) yönlendirir (77, 78).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma, postmenopozal birinci yılda olan kadınlara PLISSIT modeline dayalı verilen cinsel danışmanlığın kadınların cinsel fonksiyonuna, evlilik uyumuna ve cinsel yaşam kalitesine etkisini değerlendirmek amacıyla ön test-son test randomize kontrollü müdahale çalışması olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Menopoz Polikliniği'nde 07.09.2020-26.03.2021 tarihleri arasında yürütülmüştür. İlgili hastane menopoz polikliniğine başvuru sayısının fazla olması nedeniyle seçilmiştir. Hastanenin Kadın Hastalıkları ve Doğum Poliklinikleri katında gebelik izlemi, erken gebelik izlemi, riskli gebelik izlemi, aile planlaması, yardımcı üreme teknikleri, menopoz, jinekoloji, ürojinekoloji, jinekolojik onkoloji, endometriozis ve pelvik ağrı muayene ve bakım hizmetlerinin yürütüldüğü toplam 25 oda yer almaktadır. Her poliklinik odasında, bir kadın hastalıkları ve doğum uzmanı ile bir hemşire görev yapmaktadır. Menopoz polikliniğine pandemi öncesi dönemde günde ortalama 60 kadın başvururken, pandemi döneminde ortalama 34 kadının başvurduğu belirlenmiştir.

Menopoz polikliniğine kadınlar menstruasyonun oluşmaması, menopoz ve postmenopoz dönem şikayetler, postmenopozal dönem kanama ve postmenopozal dönem kontroller için başvurmaktadır. Poliklinikte kadınlara muayene için ortalama 10-15 dakika zaman ayrılmaktadır. Bu süreçte; öykü alma, fizik muayene, genital muayene ve meme muayenesi, papsmear testi, pelvik ultrasonografi ve kan testleri (kan şekeri, biyokimya, hormonlar, kanda kemik yıkım belirteçleri) yapılmaktadır. Kadınların isteğine göre diyetisyene veya psikoloğa sevkleri yapılabilmektedir. Kadının durumuna göre düzenli kontroller için randevu verilmektedir. Poliklinikte görev alan hemşire, polikliniğe başvuran kadınların kayıtlarını yapmakta, papsmear ve kan örneği almaktadır. Poliklinikte kadınlara bireysel olarak menopoza yönelik eğitim veya cinsel danışmanlık hizmeti verilmemektedir. Ancak muayene sırasında soru

soran kadınlara menopozun tanımı ve kadına etkilerine yönelik hekim tarafından çok kısa bir bilgi verilmektedir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

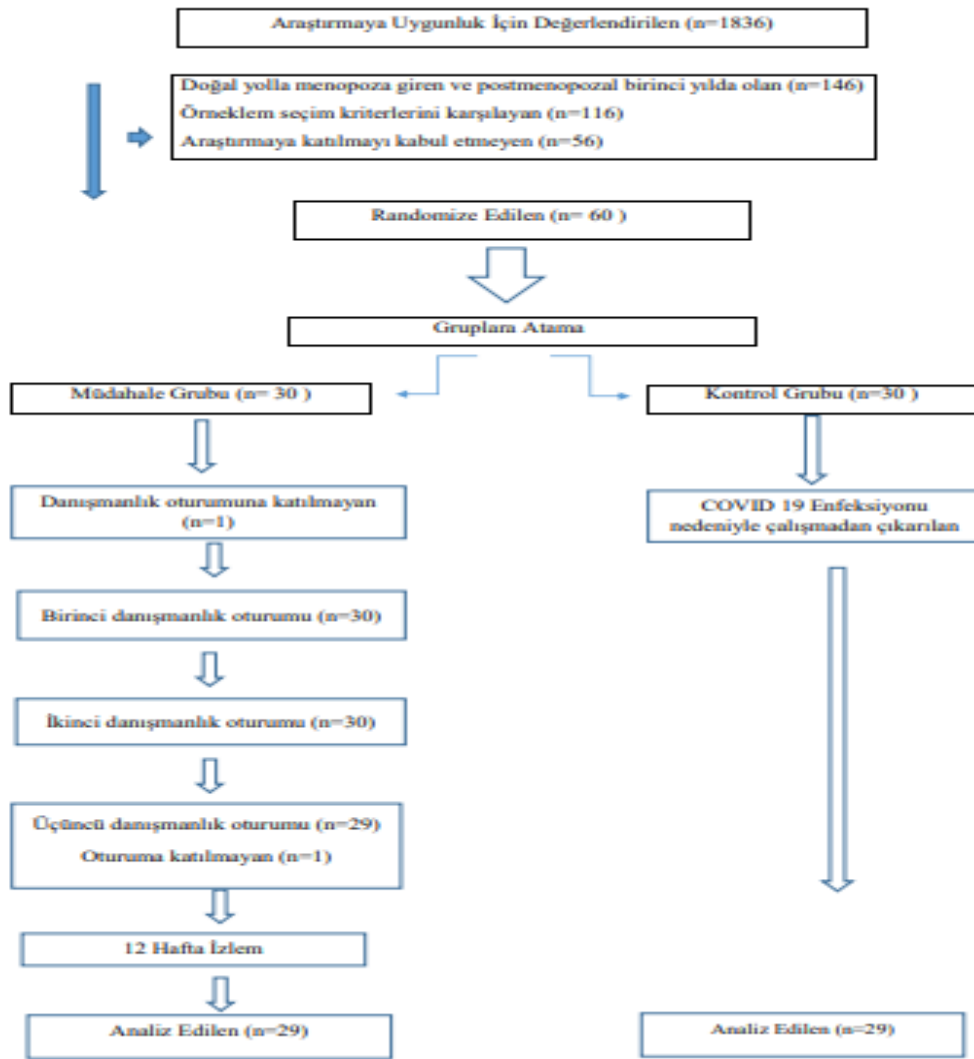
3.3.1. Araştırmanın Evreni

07.09.2020-4.12.2020 tarihleri arasında Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi menopoz polikliniğine başvuran 1836 kadın araştırmaya uygunluk açısından değerlendirilmiştir. Araştırmanın evrenini, 07.09.2020-4.12.2020 tarihleri arasında Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi menopoz polikliniğine başvuran, doğal yolla menopoza girmiş ve postmenopozal birinci yılda olan 146 kadın oluşturmuştur.

3.3.2. Örneklem Seçimi

Araştırma müdahale ve kontrol grubu olmak üzere iki gruba yürütülmüştür. Örneklem sayısı güç analizi G*Power paket programı kullanılarak bir istatistik uzmanı tarafından hesaplanmıştır. Örneklem hesaplanmasında, Türk kültüründe ve benzer yaştaki kadınların oluşturduğu ve histerektomi yapılan kadınlara (70) ve jinekolojik kanserli kadınlara (82) PLISSIT modeline göre verilen cinsel danışmanlığın etkinliğinin belirlendiği çalışmalar temel alınmıştır. Bu çalışmaların müdahale ve kontrol gruplarının ilk ve son test KCIÖ puan ortlamalarına göre hesaplanan etki büyüklükleri kullanılmıştır. Tütüncü ve Yıldız (70)'ın çalışmasının etki büyüklüğü 1,39, Bilge (82)'nin çalışmasının etki büyüklüğü 1,21 olarak bulunmuş ve bu etki büyüklüklerine göre %80 güç ve 0,05 yanılma düzeyinde örneklem sayısı hesaplanmıştır. Hesaplama doğrultusunda çalışma için her grupta en az 20 kişi (toplam 40) olması gerektiği belirlenmiştir. Tütüncü ve Yıldız (70)'ın ve Bilge (82)'nin çalışmalarında katılımcı kayıp yüzdesi bildirilmemesine rağmen çalışmamızın pandemi sürecinde yürütülmesi nedeniyle kayıplar olabileceği düşünülmüştür. Bu nedenle her gruptaki katılımcı sayısı %50 arttırılmış ve araştırmanın örnekleme toplam 60 (Müdahale=30, Kontrol=30) katılımcıdan oluşmuştur.

Menopoz polikliniğine başvuran ve doğal yolla menopoza girmiş, postmenopozal birinci yılda olan 146 kadından 30'unun araştırma kriterlerine uymadığı belirlenmiştir (erken yaşta menopoza girmiş olma=4, okuma yazma bilmeme=1, eşinin olmaması/ayrı yaşaması=4, eşinin fiziksel engeli olması=1, menopoza yönelik bitkisel tedavi kullanma=4, kronik hastalığının olması=5, Antipsikotik ilaç kullanma=3, eşinin kalp hastası olması=1, eşinde cinsel disfonksiyon olması=1, aktif bir cinsel yaşamının olmaması=2, postmenopozal kanaması olması=2, histerektomi olma=2). Araştırma kriterlerine uyan 116 kadın araştırmaya davet edilmiş olup 56 tanesi araştırmaya katılmayı kabul etmemiştir. Uygulama sürecinin ikinci ayında kontrol grubundaki bir kadın COVID olması nedeniyle, üçüncü ayda müdahale grubundan bir kadın da danışmanlık zamanlarından birine gelmemesi nedeniyle çalışmadan çıkarılmıştır. Çalışma müdahale grubunda 29, kontrol grubunda 29 olmak üzere toplam 58 kadın ile tamamlanmıştır. Bu örneklem sayısı ile KCIÖ son test ortalamalarında müdahale ile kontrol grubu arasında bulunan farka göre çalışmanın gücü %97 olarak hesaplanmıştır. Çalışmanın KCIÖ'nde etki büyüklüğü Cohen's $d=0,95$ çıkmıştır.



Şekil 3.1. Consort akış şeması.

Araştırmanın yürütüldüğü süre içinde hafta içi her gün Menopoz Polikliniğine başvuran, doğal olarak menopoza giren ve postmenopozal birinci yılda olan kadınlar araştırmanın dahil edilme kriterleri bakımından değerlendirilmiş ve kriterlere uygun olan kadınlara araştırmanın amacı hakkında bilgi vermiştir. Araştırmaya katılmaya gönüllü olan kadınlar; hastane tarafından araştırmacıya kullanması için tahsis edilen danışmanlığa uygun bir odaya davet edilmiş ve aydınlanmış onam formu imzalatılmıştır. Danışmanlık odasındaki ilk görüşmede ayrıca kadınlar Tanıtıcı Bilgiler Formu ve Kadın Cinsel İşlev Ölçeğini (KCIÖ) (EK-3) doldurmuşlardır. Her ay sonunda; verileri toplanan kadınlar KCIÖ (kesme noktası 26,55) puanlarına göre

26,6 puan ve üstü ve 26,5 puan ve altı olarak iki gruba tabakalandırılmıştır. Tabakalandırılmış bu iki grup da kendi içinde randomize olarak (<https://www.random.org> sitesinde) müdahale ve kontrol grubuna ayrılmış ve daha sonra müdahale grubuna danışmanlıklara başlanmıştır. Aynı zamanda günlük olarak ilk bir aydaki aynı süreç izlenerek her gün hastaneden gönüllü katılımcı almaya devam edilmiş ve ikinci ay sonunda tekrar randomizasyonla gruplara atama yapılmıştır. Bu uygulamaya araştırma için yeterli sayıda (60) katılımcıya ulaşıncaya kadar (toplam üç ay) devam edilmiştir.

3.3.3. Örneklem Seçim Kriterleri

1. Postmenopoz birinci yılda olma,
2. Eşi/partnerle birlikte yaşama,
3. Aktif bir cinsel yaşamı olma,
4. Türkçe konuşabilme, anlayabilme ve okuyabilme,
5. Doğal yolla menopoza girme,
6. Ankara ili sınırları içinde yaşama,
7. Erken ya da geç yaşta menopoza girmemiş olma (40 yaş üstü ve 55 yaş altı),
8. Hormon replasman tedavisi almama,
9. Menopoza yönelik bitkisel tedavi kullanmama (Östrojen içeren),
10. Cinsel fonksiyonu etkileyebilecek bir kanser türüne sahip olmama,
11. Kemoterapi /radyoterapi almama,
12. Sağlık sorunu bulunmama (Hipertansiyon, Diyabet, Kardiyovasküler hastalık, Üriner inkontinans),
13. Ruhsal hastalığı olmama ve/veya ilaç (Antipsikotik ilaçlar, Spironolakton vb.) kullanmama,
14. Son bir ayda COVID tanısı almama,
15. Kendisinde ya da eşinde cinsel disfonksiyon tanısı / tedavi öyküsü olmama,
16. Daha önce cinsel sağlık danışmanlığı almama.

3.3.4. Araştırmadan çıkarılma kriterleri

1. Çalışma süresi içerisinde başka bir danışmandan cinsel sağlık danışmanlığı alma,
2. Araştırmanın herhangi bir aşamasında araştırmadan ayrılmak isteme,
3. Cinsel sağlık danışmanlık oturumlarından en az birine katılmama,
4. Son teste katılmama,
5. COVID tanısı alma.

3.4. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında, Tanıtıcı Bilgiler Formu (EK-1), Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği (MSDÖ) (EK-2), Kadın Cinsel İşlev Ölçeği (KCIÖ) (EK-3), Evlilikte Uyum Ölçeği (EUÖ) (EK-4), Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın (CYKÖ-K) Versiyonu (EK-5) kullanılmıştır. Danışmanlık sürecinde danışmanlık formları kullanılmıştır.

3.4.1. Tanıtıcı Bilgiler Formu (EK-1)

Araştırmacı tarafından literatür taranarak (33, 70, 82, 150) oluşturulan Tanıtıcı Bilgiler Formu iki bölüm ve toplam 21 sorudan oluşmaktadır. Birinci bölümde; kadınların sosyo demografik özellikleri (doğum tarihi, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumunu nasıl algıladığı, aile tipi), obstetrik özellikleri (gebelik sayısı, doğum sayısı, düşük sayısı, yaşayan çocuk sayısı), evlilik süresi, evlenme şekli, menopoz hakkındaki bazı özelliklerini (menopoz algısı, menopoz dönemine yönelik bilgi alma durumu ve menopozun cinselliğe etkisi) belirmeye yönelik 18 soru yer almaktadır. İkinci bölümde; kadınların cinselliğin kavramına ilişkin görüşlerini, cinselliklerini değerlendirmelerini ve cinselliğin yaşamlarındaki önem düzeyini belirmeye yönelik 3 soru yer almaktadır. Geliştirilen form kapsam geçerliliği için kadın sağlığı hemşireliği alanında beş uzmana¹ gönderilmiş ve görüşleri alınmıştır. Uzmanların önerileri doğrultusunda düzenlenen forma ön uygulamadan sonra son şekli verilmiştir.

3.4.2. Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği (EK-2)

Schneider ve arkadaşları (1992) tarafından geliştirilen Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği (MSDÖ) menopozal semptomların şiddet düzeyini ve yaşam kalitesine etkisini ölçmek amacıyla Almanca dilinde geliştirilmiştir (151). Schneider ve arkadaşları 1996 yılında ölçeği İngilizce'ye uyarlayarak geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yapmışlardır. Ölçeğin 70 Alman kadını içeren çalışma sonucundaki güvenilirlik çalışmasından elde edilen korelasyon kat sayısı 0,82, 10 İngiliz kadını içeren İngilizce ölçek çalışmasının korelasyon kat sayısı 0,74'tür (151). Ölçeğin ülkemizdeki geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Can Gürkan tarafından 2005 yılında yapılmıştır. Ölçeğin Türkçe geçerlilik çalışmasından elde edilen korelasyon kat sayısı 0,92, Cronbach's alfa güvenilirlik katsayısı 0,84 olup, ölçeğin alt boyutlarına bakıldığında; somatik semptomlarda 0.65, psikolojik semptomlarda 0,79 ve ürogenital semptomlarda ise 0,72'dir (152).

Ölçek, üç alt boyut ve 11 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin alt boyutları; somatik şikayetler (1, 2, 3 ve 11. maddeler) alt boyutu, psikolojik şikayetler (4, 5, 6 ve 7. maddeler) alt boyutu ve ürogenital şikayetler (8, 9 ve 10. maddeler) alt boyutları olarak belirlenmiştir. Ölçek; likert tipi olup, ölçekte her bir madde için "0= Hiç yok", "1=Hafif", "2=Orta", "3=Şiddetli" ve "4=Çok şiddetli" seçenekleri bulunmaktadır. Her bir maddeye verilen puanlar toplanarak ölçeğin toplam puanı hesaplanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan '0' en yüksek puan '44'tür. Somatik ve psikolojik şikâyetler alt boyutundan alınabilecek en yüksek puan '16', ürogenital şikâyetler alt boyutundan alınabilecek en yüksek puan ise '12'dir. Ölçekten alınan toplam puanın yüksek olması; şikâyetlerin şiddetinin arttığını ve yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiğini göstermektedir (152).

Bu çalışmada ölçeğin toplam puanının Cronbach's alfa güvenilirlik katsayısı 0,84 olarak elde edilmiştir.

¹Prof. Dr. Berna DİLBAZ; Sağlık Bilimleri Üniversitesi Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Prof. Dr. Kafiye Eroğlu; Koç Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Prof. Dr. Zehra GÖLBAŞI; Lokman Hekim Üniversitesi, Ebelik bölümü,
Doç. Dr. Sena KAPLAN; Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi
Dr. Öğr. Üyesi Çiğdem YÜCEL ÖZÇIRPAN, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

3.4.3. Kadın Cinsel İşlev Ölçeği (EK-3)

Rosen ve arkadaşları (153) tarafından geliştirilen Kadın Cinsel İşlev Ölçeği (KCIÖ), kadın cinsel işlevlerini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş olup son dört haftayı kapsayan cinsel işlev durumunu ya da sorunları değerlendirmektedir. KCIÖ 19 maddeden oluşan çok boyutlu bir ölçektir. Orijinal ölçeğin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0,82'dir (153). Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışma ve analizi, Aygin ve Aslan (66) tarafından yapılmıştır. Türkçeye uyarlanan ölçeğin iç tutarlılık analizinde alt boyutlar için Cronbach alfa güvenilirlik katsayısının 0,89 ile 0,98 arasında değiştiği, tüm ölçeğe ilişkin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısının 0,98 olduğu ve ölçeğin Türk kadınları için güvenle kullanılabilir olduğu saptanmıştır (66).

Ölçek; istek, uyarılma, lubrikasyon, orgazm, doyum ve ağrı alt boyutu olmak üzere altı alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçekteki her bir soruya 0-5 veya 1-5 arasında puan verilerek maddeler puanlandırılmaktadır. Alt boyutlar değerlendirilirken; cinsel istek veya ilgi sıklığı ve seviyesi 1. ve 2. sorularda (puan aralığı 1-5); uyarılma sıklığı, seviyesi, emin olma durumu ve doyumunu 3-6. sorularda (puan aralığı 0-5); lubrikasyon (kayganlaşma) sıklığı, zorluğu, cinsel ilişkide koruyabilme sıklığı ve zorluğu 7-10. sorularda (puan aralığı 0-5); orgazm sıklığı, zorluğu ve doyumunu 11-13. sorularda (puan aralığı 0-5); doyum eşiyile yakınlık oranı, cinsel ilişkide ve tüm cinsel yaşamında doyum seviyesi 14-16. sorularda (puan aralığı 0 veya 1 ile 5); ağrı veya rahatsızlık vajinaya giriş sırasında ağrı varlığı, vajinaya girişi takiben, girişte ve takiben ağrı seviyesi 17-19. sorularla (puan aralığı 0-5) ele alınıp değerlendirilmektedir. Ölçeğin puan değeri hesaplanırken; istek alt ölçek puanı 0,6 ile uyarılma ve kayganlaşma alt ölçek puanları 0,3 ile orgazm, doyum ve ağrı alt ölçek puanları 0,4 ile çarpılarak alt boyutların puanları oluşturulmakta ve alt boyut puanlarının toplamı ile de toplam puan hesaplanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük toplam puan iki (2) en yüksek 36'dır. Ölçekten alınan puan arttıkça cinsel işlevlerin daha yeterli şekilde sürdürüldüğü düşünülmektedir. KCIÖ ölçeğin toplam puanı için kesme noktası 26,55'tir, Puanı 26,55 ve altında olanlarda kadın cinsel işlev bozukluğu olduğu kabul edilmektedir (66).

Bizim çalışmamızda ölçeğe ilişkin Cronbach alpha güvenilirlik katsayısı değeri danışmanlık öncesinde 0,93; danışmanlıktan bir hafta sonra 0,92 ve danışmanlıktan üç ay sonra ise 0,92 olarak bulunmuştur.

3.4.4. Evlilikte Uyum Ölçeği (EK-4)

Locke ve Wallace (154) tarafından geliştirilen Evlilikte Uyum Ölçeği (EUÖ), evliliğin özelliğini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçekte genel evlilik doyumu ile birlikte duygu ifadesi, aile bütçesi, cinsellik, anlaşma ve anlaşamama derecesi, çatışma çözümü ve boş zaman etkinlikleri gibi konuların değerlendirilmesi de yer almaktadır (154). Locke ve Wallace (154)'nin çalışmalarında ölçeğin cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0,90 olarak bulunmuştur. Ölçeğin ülkemizdeki geçerlik ve güvenilirlik çalışması Kışlak (155) tarafından yapılmıştır. Türkçeye uyarlanan ölçeğin cronbach alfa güvenilirlik katsayısı ise toplamda 0,84, kadınlar için 0,85, erkekler için ise 0,83 olarak bulunmuştur. Testin ilk yarısı ile ikinci yarısındaki madde puanlamaları birbirinden farklı olduğu için yarım test güvenirligi tek ve çift numaralı maddelere göre ölçülmüş olup iki yarım test güvenirligi (splithalf) 0,84 olarak hesaplanmıştır (155).

Evlilikte Uyum Ölçeği, 15 maddeden ve iki faktörden oluşmaktadır. Ölçekte birinci faktör (ilk 9 madde) anlaşma ve anlaşmama durumlarını, ikinci faktör (son 6 madde) ise ilişki tarzını göstermektedir. Birinci faktör genel uyum ve duygu, cinsellik ve toplumsal kurallar gibi durumlardaki anlaşmaya işaret eden ilk dokuz maddeden oluşmaktadır. İkinci faktör boş zaman etkinlikleri, çatışma çözüme ve güven gibi ilişki tarzıyla ilgili son altı maddeyi kapsamaktadır (155). Ölçeğin maddelerin puanlanmasında Hunt'un (1987) puanlamasına göre alınabilecek toplam puan 60 olarak hesaplanmıştır. Fakat Freeston ve Plechaty'nin (1997) önerileri doğrultusunda 10. ve 12. maddelerin puanlaması değiştirilerek toplamda alınabilecek puan 58 olarak belirlenmiştir ve puan arttıkça evlilik uyumunun da artış gösterdiği belirtilmiştir. Bu doğrultuda Tutarel ve Kışlak (155)'in çalışmasında da ölçekten alınabilecek puan 58 olarak belirlenmiştir. Toplam puan hesaplanırken; 15 maddeden oluşan ölçeğin puanlaması maddelere göre değişim göstermektedir. Ölçeğin maddelerin puanlanmasında 1. madde (0, 1, 2, 3, 4, 5, 6 puan), 2- 9. maddeler arası (5, 4, 3, 2, 1, 0 puan), 10. madde (0, 0, 1 puan), 11. madde (3, 2, 1, 0 puan), 12. madde (Anlaşmazlıkta: 0 puan, iki seçenekte dışarıda bir şeyler yapmak: 1 puan; iki seçenekte Evde oturmak: 1 puan), 13. madde (0, 1, 2, 3, puan), 14. madde (2, 1, 0 puan), 15. madde (0, 1, 2, 2 puan) olarak değerlendirilmektedir (155). Çalışmamızda değerlendirmeler gruplardaki toplam puan ortalamaları üzerinden yapılmıştır.

Evlilikte Uyum Ölçeğinin ülkemizdeki çalışma sonucundaki kesme puanı 43,5 olarak bulunmuştur; 43 puanın üstünde alanlar evliliklerinde uyumlu, 43 puan ve altında alanlar ise evliliklerinde uyumsuz olarak değerlendirilmiştir. Çalışmada ölçek, araştırma amaçlı kullanıldığında gruplama yapılacak ise grup ortalaması yerine kesme noktasının kullanılmasının daha sağlıklı olacağı belirtilmiştir. Ancak araştırmada gruplama yapılmayacaksa toplam puanın dikkate alınmasının uygun olacağı belirtilmiştir (155). Çalışmamızda kesme noktası kullanılmamış, toplam grup puan ortalamaları dikkate alınmıştır.

Bu çalışmada tüm ölçeğe ilişkin cronbach alfa güvenilirlik katsayısı değeri danışmanlık öncesinde 0,87 ve danışmanlıktan üç ay sonrasında ise 0,88 olarak bulunmuştur.

3.4.5. Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın Versiyonu (EK-5)

Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği Kadın Versiyonu (CYKÖ-K), Symonds ve arkadaşları (56) tarafından kadınların cinsel yaşam kalitesini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Orjinal ölçeğin cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0,95'tir. CYKÖ-K ölçeğinin Türkçeye uyarlanması Tuğut ve Gölbaşı tarafından (156) yapılmıştır. Türkçeye uyarlanan ölçeğin cronbach alfa güvenilirlik katsayısı ise 0,83 olduğu ve madde toplam puan güvenilirlik katsayısının 0,32-0,67 arasında değiştiği belirtilmiştir (156).

Ölçek likert tipinde olup 18 maddeden ve tek faktörden oluşmaktadır. Her bir maddenin son dört hafta içindeki cinsel yaşam düşünülerek yanıtlanması istenmektedir. Ölçeğin orijinalinde her bir maddenin 1-6 veya 0-5 arasında puanlanabileceği belirtilmektedir (156). Ölçeğin 1-6 puan sistemine göre değerlendirilmesi; (1=Tamamen katılıyorum, 2=Büyük ölçüde katılıyorum, 3=Kısmen katılıyorum, 4=Kısmen katılmıyorum, 5=Büyük ölçüde katılmıyorum, 6=Hiç katılmıyorum) olarak belirtilmiştir. Bu şekilde ölçekten alınabilecek puan aralığı 18-108 arasında değişmektedir. Ölçeğin toplam puanı hesaplanmadan önce 1, 5, 9, 13, 18 numaralı madde puanlarının tersine çevrilmesi gerekmektedir. Hangi puanlama sistemi kullanılırsa kullanılsın ölçekten alınan toplam puan 100'e dönüştürülmektedir. Ölçeğin 1-6 puan sistemine göre değerlendirilmesi; toplam ölçek puanınının 100'e dönüştürülmesi için; $[(\text{ölçekten alınan ham puan}-18) \times 100/90]$ formülünün

kullanılması gerektiği belirtilmektedir. Örneğin ölçekten alınan ham/ilk puan toplamı 72 olan bir bireyin 100'e dönüştürülmüş ölçek puanı; $(72-18) \times 100 / 90 = 60$ olmaktadır. Ölçekten alınan puanın artması cinsel yaşam kalitesinin de artmış olduğunu göstermektedir (156). Bu çalışmada ölçeğin 1-6 puan sistemi kullanılmıştır.

Bu çalışmada ölçeğe ilişkin cronbach alfa güvenilirlik katsayısı değeri danışmanlık öncesinde 0,89 ve danışmanlıktan üç ay sonrasında ise 0,88 olarak bulunmuştur.

3.4.6. Danışmanlık Programında Kullanılan Dökümanlar

Danışmanlık sürecinde Postmenopozal Dönemdeki Kadınlara Yönelik PLISSIT Modeline Göre Eğiticiler İçin Hazırlanmış Cinsel Danışmanlık Rehberi (EK-6) ve Menopoz Sonrası Cinsel Yaşam El Kitapçığı (EK-7) kullanılmıştır.

Postmenopozal Dönemdeki Kadınlara Yönelik PLISSIT Modeline Göre Eğiticiler İçin Hazırlanmış Cinsel Danışmanlık Rehberi (EK-6)

PLISSIT Modeline Göre Cinsel Danışmanlık Rehberi postmenopoz dönemdeki kadınlara cinsel danışmanlık vermek üzere araştırmacı tarafından literatür taranarak (8, 11, 28, 29, 35, 157-161) oluşturulmuştur. Araştırmacı rehberi hazırlamaya başlamadan önce cinsel danışmanlık konusunda kursa katılmıştır. Rehber kapsam geçerliliği için doğum ve kadın sağlığı hemşireliği alanından beş uzmandan¹ görüş alınmıştır. Uzmanların görüşleri doğrultusunda düzenlenen rehber, ön uygulamadan sonra son şekli verilmiştir.

Danışmanlık rehberi dört bölümden oluşmaktadır. Rehberin birinci bölümünde; kadının hem menopoza hem de cinsel yaşama yönelik düşünce/endişelerini, kendisi için cinselliğin anlamını, cinsel yaşamını ve yaşadığı cinsel sorunları ifade edebilmesi için açık uçlu sorular (33, 65, 78, 114, 162); ikinci bölümünde; menopozun tanımı, menopozun fiziksel, psikolojik ve cinsel sağlığa etkisi, postmenopozal dönem cinsel yaşamla ilgili bilinmesi gerekenler, postmenopozal dönemdeki cinselliğe yönelik

¹Prof. Dr. Berna DİLBAZ; Sağlık Bilimleri Üniversitesi Etilik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Prof. Dr. Kafiye Eroğlu; Koç Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Prof. Dr. Zehra GÖLBAŞI; Lokman Hekim Üniversitesi, Ebelik bölümü,
Doç. Dr. Sena KAPLAN; Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi,
Dr. Öğr. Üyesi Çiğdem YÜCEL ÖZÇIRPAN, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

bilgiler yer almaktadır. Üçüncü bölümde; literatür taranarak hazırlanmış kadınlarda menopoz sonrasında görülen/görüleebilecek cinsel sorunlara (disparoni, vajinal kuruluk, cinsel isteksizlik vb) ve bunlara yönelik çözüm önerileri de yer almaktadır. Bu bölümdeki özel öneriler bireysel gereksinimlere göre farklılık göstermektedir. Dördüncü bölümde ise üçüncü oturumda cinsel sorunu/sorunları olduğunu ifade eden kadınların yoğun terapi verilebilecek düzeyde bir birime yönlendirilmesi hakkında bilgi yazılmıştır. Rehberin ilk üç bölümü; her biri sırayla farklı bir oturumda danışmanlık için kullanılmıştır. Danışmanlık oturumlarında; rehberin birinci bölümü için ortalama 45 dk, ikinci bölümü için 60 dk ve üçüncü bölümü için ise ortalama 60 dakika zaman ayrılmıştır. Dördüncü bölüm ise cinsel sorunu olduğunu ifade eden bir kadın olmadığı için kullanılmamıştır.

Menopoz Sonrası Cinsel Yaşam El Kitapçığı (EK-7)

El kitapçığı; cinsel danışmanlık rehberine paralel olarak kadınlara menopoz sonrası cinsel yaşamlarını etkileyebilecek değişimler ve cinsellikle ilgili sorunların ortaya çıkmasını engelleyebilecek ya da sorun ortaya çıktığı zaman daha kolay baş etmelerini sağlayacak bilgileri vermek amacıyla araştırmacı tarafından literatür taranarak (8, 11, 28, 29, 35, 157-161) geliştirilmiştir. Ek Kitapçığı; kadınların evlerinde ve istedikleri zaman okuyabilmeleri amacıyla danışmanlık rehberine paralel şekilde hazırlanmıştır. Ek olarak kitapçıkta resimler ve renklendirmeler bulunmaktadır. El kitapçığının kadınlara anlatımı için 10 dk zaman ayrılmıştır.

Geliştirilen kitapçık, kapsam geçerliliği için kadın sağlığı alanındaki beş uzmana¹ gönderilmiş ve görüşleri alınmıştır. Uzmanların önerileri doğrultusunda düzenlenen kitapçığa ön uygulamadan sonra son şekli verilmiştir.

3.5. Araştırmanın Ön Uygulaması

Tanıtıcı Bilgiler Formu, Menopoz Sonrası Cinsel Yaşam El Kitapçığı ve Postmenopozal Dönemdeki Kadınlara Yönelik PLISSIT Modeline Göre Eğiticiler İçin Hazırlanmış Cinsel Danışmanlık Rehberinin anlaşılabilirliğini değerlendirmek amacıyla doğal yolla menopoza girmiş, araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan, ön uygulamaya katılmaya gönüllü olan ve aydınlanmış onam formunu imzalamış beş kadına ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonucunda Tanıtıcı Bilgiler formunda

gerekli düzenlemeler yapılarak son şekli verilmiştir. Tanıtıcı bilgiler formunda; birinci bölümdeki ‘Eğitim durumunuz nedir?’ ve ‘Eşinizin eğitim durumu nedir?’ sorularındaki ‘İlköğretim’ seçeneği çıkartılıp yerine ‘İlkokul’ ve ‘Ortaokul’ seçenekleri eklenmiş, ikinci bölümdeki ‘Sizce cinselliğin anlamı nedir?’ sorusunda ‘Fizyolojik gereksinim’ seçeneği ‘Temel ihtiyaçlardan biri’ şeklinde değiştirilmiştir. Postmenopozal Dönemdeki Kadınlara Yönelik PLISSIT Modeline Göre Eğiticiler İçin Hazırlanmış Cinsel Danışmanlık Rehberinde ve Menopoz Sonrası Cinsel Yaşam El Kitabı’nda herhangi bir değişiklik yapılmamıştır. Çalışmada uygulanan ölçekler; geçerlik güvenirliği yapılmış ölçekler olduğu için ön uygulamada uygulanmamıştır. Ön uygulama her kadın için ortalama iki saat sürmüştür. Ön uygulama kapsamında alınan menopoz dönemindeki kadınlar, örnekleme dahil edilmemiştir.

3.6.Araştırmanın Uygulanması

Araştırma 07.09.2020-26.03.2021 tarihleri arasında Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma hastanesinde yürütülmüştür. Araştırmacı rehber ve el kitapçığını hazırlamaya başlamadan önce bilgi ve becerisini geliştirmek amacıyla Psikoaktif Eğitim ve Terapi Merkezinin Invivo Academy iş birliğiyle hazırlanmış olduğu 20 saatlik cinsel danışmanlık kursuna katılmış ve Psikoaktif Eğitim Enstitüsü onaylı Uluslararası geçerli ‘Cinsel Danışmanlık Sertifikası’ almıştır (EK-14).

Araştırmacı hafta içi her gün Menopoz Polikliniğine başvuran kadınları araştırmanın dahil edilme kriterleri bakımından değerlendirmiş ve kriterlere uygun olan kadınlara araştırmacı için tahsis edilmiş danışmanlık odasında araştırmanın amacı hakkında bilgi vererek yazılı aydınlanmış onamlarını almıştır. Bu ilk görüşmede kadınlar Tanıtıcı Bilgiler Formu, Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği ve Kadın Cinsel İşlev Ölçeğini araştırmacının yanında kendileri doldürmüşlerdir. Her ay sonunda; verileri toplanan kadınlar; KCIÖ puanlarına göre 26,6 puan ve üstü ve 26,5 puan ve altı olarak tabakalandırılmıştır. Daha sonra bu gruplar randomizasyonla

¹Prof. Dr. Berna DİLBAZ; Sağlık Bilimleri Üniversitesi Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Prof. Dr. Kafiye Eroğlu; Koç Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Prof. Dr. Zehra GÖLBAŞI; Lokman Hekim Üniversitesi, Ebelik bölümü,
Doç. Dr. Sena KAPLAN; Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi,
Dr. Öğr. Üyesi Çiğdem YÜCEL ÖZÇIRPAN, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

müdahale ve kontrol grubuna ayrılmıştır. Bu süreçten sonra müdahale grubundaki kadınlara danışmanlıklara başlanmıştır. Aynı zamanda günlük olarak ilk bir aydaki aynı süreç izlenerek hastaneden gönüllü katılımcı almaya devam edilmiş ve ikinci ay sonunda tekrar randomizasyonla gruplarına atama yapılmıştır. Bu uygulamaya örneklem sayısına ulaşıncaya kadar (toplam üç ay) devam edilmiştir. Birinci ay sonunda müdahale grubuna 7 kontrol grubuna 7 kadın atanmıştır. İkinci ay sonunda aynı yöntem ile müdahale grubuna 14 kontrol grubuna 14 kadın atanmıştır. Üçüncü ay sonunda aynı yöntem ile müdahale grubuna 9 kontrol grubuna 9 kadın atanmıştır.

Müdahale grubu

Randomizasyon sonucuna göre müdahale grubunda yer alan kadınlarla görüşme zamanları ve toplam görüşme sayısı konu ile ilgili yapılan araştırmaların önerileri dikkate alınarak (70, 71, 81, 82, 84) belirlenmiştir. İlk görüşmeden sonra müdahale grubundaki kadınlarla dört görüşme daha gerçekleştirilmiştir. Birer hafta ara ile toplam üç oturumda danışmanlık yapılmış ve üç ay sonra kontrol oturumu yapılmıştır.

Müdahale grubunda yer alan kadınlar birinci oturum için gün ve saat belirlemek üzere telefonla aranmış ve araştırmacı ile ortak gün ve saat belirlenmiştir. Birinci oturumda kadınlara EUÖ ve CYKÖ-K uygulanmış ve sonra PLISSIT modeline göre hazırlanan danışmanlığın birinci basamağı uygulanmıştır. Birinci basamağa göre kadına açık uçlu sorular sorularak menopoz ve cinsellik hakkındaki duygu, düşünce ve endişelerini paylaşmasına izin verilmiş ve daha sonra da kadınların soruları cevaplanmıştır. Bir sonraki görüşme için randevu alınmıştır. Birinci oturumun süresi; her kadın için değişmekle birlikte ortalama 65 (45 dk danışmanlık, 20 dk ölççekler) dakika sürmüştür.

İkinci oturum birinci oturumdan bir hafta sonra yapılmıştır. Bu oturumda kadınlara PLISSIT modeline göre hazırlanan danışmanlığın ikinci basamağı uygulanmıştır. Kadına; cinsel danışmanlık rehberine göre menopozun tanımı, menopozun fiziksel, psikolojik ve cinsel sağlığa etkisi ve postmenopozal dönemin ilk yıllarında cinsel yaşamı etkileyen değişimlerle baş etmeye yönelik öneriler hakkında bilgi verilmiştir, Ayrıca kadın, bu konulara ilişkin duygu, düşüncelerini ve endişelerini paylaşması için teşvik edilmiş, konu ile ilgili soruları cevaplanmıştır. Ek olarak oturumun sonunda kadına oturumla ilgili Cinsel Danışmanlık Rehberinde belirtilen

değerlendirme soruları sorulmuştur. İkinci oturumun toplam süresi her kadın için değişmekle birlikte yaklaşık 60 dakika sürmüştür.

Üçüncü oturum, ikinci oturumdan bir hafta sonra yapılmıştır. Bu oturumda da kadınlara PLISSIT modeline göre hazırlanan danışmanlığın üçüncü basamağı uygulanmıştır. Bu oturumda danışmanlık rehberi doğrultusunda; kadınlarda bireysel olarak görülen veya görülebilecek menopoz sonrası cinsel sorunlar hakkında bilgi verilmiş ve bu sorunlara yönelik özel çözüm önerileri görüşülmüştür. Ek olarak oturumun sonunda kadına oturumla ilgili Cinsel Danışmanlık Rehberinde belirtilen değerlendirme soruları sorulmuştur. Ayrıca danışmanlık sonrasında istediği zaman okuyabilmesi için kadınlara Menopoz Sonrası Cinsel Yaşam El Kitabı verilmiştir. Daha sonra kadınların soruları cevaplanmıştır. Üçüncü oturumun toplam süresi her kadın için değişmekle birlikte yaklaşık 60 dakika sürmüştür.

Dördüncü oturum üçüncü oturumdan üç ay sonra yapılmıştır. Literatür incelendiğinde benzer çalışmalarda (81, 82, 163) danışmanlık sonrası 3 aylık cinsel deneyim sonrasında son değerlendirmenin yapılması önerilmektedir. Bu oturumda KCIÖ, CYKÖ-K ve EUÖ tekrar uygulanmıştır. Bu oturumun süresi de 30 dakika sürmüştür.

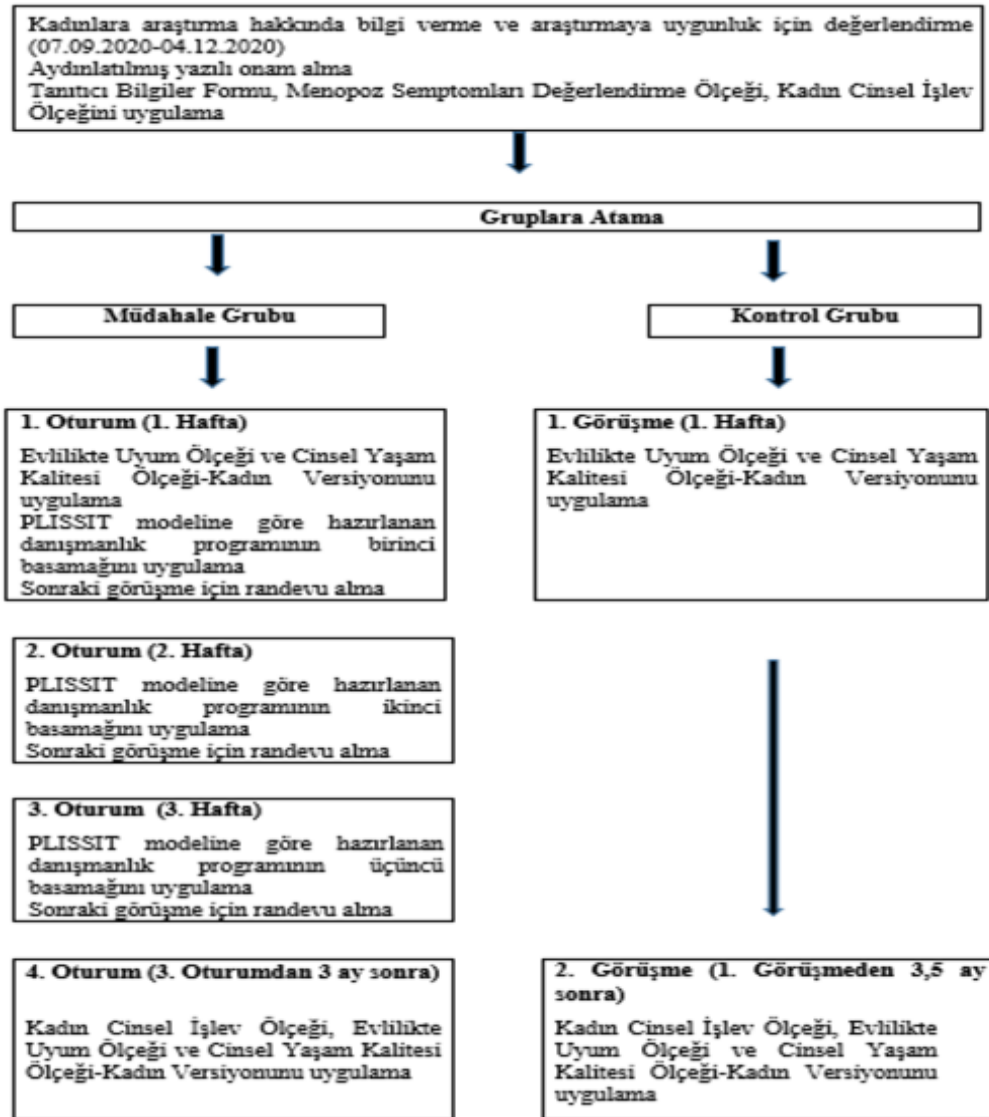
Kontrol Grubuna

Randomizasyonla kontrol grubuna atanan kadınlarla ilk görüşmeden sonra toplam iki görüşme yapılmıştır. Görüşmelerde kadınlara herhangi bir müdahalede bulunulmamıştır ve sadece ölçekler uygulanmıştır.

Birinci görüşme; müdahale grubunun birinci oturumu ile benzer zamanda ve menopoz polikliniğinde araştırmacının kullandığı danışmanlık odasında yapılmıştır. Bu görüşmede CYKÖ-K ve EUÖ uygulanmıştır. Bu görüşmenin süresi; her kadın için değişmekle birlikte ortalama 20 dakika sürmüştür.

İkinci görüşme; müdahale grubu ile benzer zamanda ölçüm araçlarının son-testinin uygulanabilmesi için birinci görüşmeden üç buçuk ay sonra yine kadınlar telefonla aranarak ortak gün ve saat belirlenerek, belirlenen odada yapılmıştır. Son görüşmede de KCIÖ, CYKÖ-K ve EUÖ uygulanmıştır. Son görüşmenin süresi; ölçeklerin uygulandığı her kadın için değişmekle birlikte ortalama 30 dakika sürmüştür.

İkinci görüşmeden sonra kontrol grubunda yer alan kadınlara cinsel sağlık ile ilgili bilgi almak isteyip istemedikleri sorulmuştur. Bilgi almak isteyen üç kadına konu ile ilgili olarak yaklaşık 2,5 saat, beş kadına ise zamanlarının sınırlı olduğunu belirtmeleri üzerine daha kısa süreli (ortalama 40 dk) danışmanlık verilmiş ve soruları yanıtlanmıştır. Kontrol grubundaki tüm kadınlara Menopoz Sonrası Cinsel Yaşam El kitapçığı verilmiştir.



Şekil 3.2. Araştırmanın akış şeması

3.7. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılabilmesi için Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik kurul izni (Karar No: 2020/3, Tarih: 08 Ocak 2020) (EK-8) ve Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulu (TUEK)'dan kurum izni (EK-9) alınmıştır. Araştırmada kullanılacak ölçeklerin kullanım izinleri (EK-11-14), ölçeklerin geçerlilik ve güvenirliğini yapan yazarlardan elektronik posta yoluyla alınmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul eden kadınlardan da yazılı onam alınmıştır. Çalışma sonunda kontrol grubundan danışmanlık isteyen kadınlara da istedikleri bilgiler doğrultusunda danışmanlık verilmiş olup, çalışmadaki kadınların hepsine 'Menopoz Sonrası Cinsel Yaşam El Kitabı' verilmiştir.

3.8. Araştırmamızın Sınırlılıkları ve Güçlükleri

Araştırmanın Sınırlılıkları

- Araştırmada körleme yapılamamıştır.
- Araştırma örnekleme, Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi menopoz polikliniğine başvuran postmenopoz birinci yılında olan kadınlardan oluşmaktadır. Bu nedenle araştırma sonuçları tüm postmenopozal dönemdeki kadınlara genellenemez.
- Araştırmada cinsel danışmanlık sadece kadınlara yapılmıştır.
- Sonuçlar kadınların öz bildirimlerine dayanmaktadır.
- Araştırma kapsamında kadınların eşlerinin cinsel fonksiyonları değerlendirilmemiştir.

Araştırmanın Güçlükleri

- COVID-19 pandemisi nedeniyle randevulu sisteme geçildiği için ve enfeksiyon bulaşma riski korkusu nedeniyle polikliniğe başvuran kadın sayısında azalma olması; çalışma kriterlerine uygun 56 kadının COVID-19 enfeksiyon korkusu, eşlerinin izin vermemesi, konunun mahrem olduğunu düşünmeleri nedeniyle

araştırmaya katılmayı kabul etmemeleri araştırmanın daha uzun sürede tamamlanmasına neden olmuştur.

- Pandemi önlemleri gereği maske takılması, kadınlarla görüşme ve danışmanlık sürecinde araştırmacı ve kadınların birbirini duymasında ve anlamasında zorluk yaratmıştır.
- Beş kadının danışmanlık oturumlarına kararlaştırılan günden bir ya da iki gün sonra gelmesi, belirlenen gün içindeki programların tekrar düzenlenmesini gerektirmiştir.
- Pandemi nedeniyle yaşanan stresin ve eşlerin evde uzun süre birlikte olmasının cinsel sağlığı ve evlilik uyumunu etkileyebileceği düşünülmektedir.
- Bazı kadınların cinsellikleri hakkında konuşmaktan çekinmesi nedeniyle danışmanlık süreci zaman zaman kesilmiş ya da yavaşlamıştır. .

Araştırmanın Güçlü Yönleri

- Araştırmada randomize kontrollü deneysel bir tasarım kullanılmıştır.
- Araştırma; bir modele dayalı olarak gerçekleştirilmiştir.
- Araştırma kapsamında sağlık profesyonelleri için bir danışmanlık rehberi ve kadınlar için yazılı materyal geliştirilmiştir.
- Danışmanlıklar, cinsel danışmanlık sertifikasına sahip bir araştırmacı tarafından verilmiştir.
- Danışmanlıklar aynı araştırmacı tarafından verilmiştir.

3.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen verilerin değerlendirilmesinde IBM Statistical Package for Social Sciences (SPSS) version 26 (IBM Corp., Armonk, NY, USA 2019) programı kullanılmıştır. Verilerin normal dağılıma uygunluğu grupların 50 kişiden daha az olması nedeniyle Shapiro-Wilk testi ile incelenmiştir. Normal dağılıma uymayan verilerin analizinde parametrik olmayan testler (Wilcoxon testi; Mann Whitney U) kullanılmıştır.

Tanımlayıcı veriler; ortalama, standart sapma, yüzdeler ile verilmiştir. Kişi sayısının gruplara dağılımında değişkenler arasındaki ilişki Pearson Ki-Kare testi ve

Fisher 2X2 Exact Testi ile değerlendirilmiş olup 5 kişiden daha az verilerin olduğu gruplar Fisher's Exact testi ile incelenmiştir.

Gruplar arasındaki farkın belirlenmesinde; normal dağılım gösteren iki bağımsız grubun farkları t testi, normal dağılım göstermeyen iki bağımsız grubun farkları ise Mann Whitney U Testi ile analiz edilmiştir. Grup içi karşılaştırmalarda ise normal dağılım gösteren değişkenlerde n ve son test ortalamalarını karşılaştırmak için bağımlı gruplar t testi, normal dağılım göstermeyen değişkenlerde ise Wilcoxon testi veya Wilcoxon işaretili sıra testi kullanılmıştır.

Araştırmada $p < 0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Postmenopozal dönemdeki kadınlara PLISSIT modeline göre verilen cinsel danışmanlığın kadınların cinsel fonksiyonlarına, evlilik uyumuna ve cinsel yaşam kalitesine etkisini değerlendirmek amacıyla yapılan araştırmadan elde edilen bulgular iki ana başlık altında ele alınmıştır.

4.1. Kadınların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

- Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı.
- Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların obstetrik özelliklerine göre dağılımı.
- Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların menopozun anlamına ilişkin görüşleri ve bilgi alma özelliklerine göre dağılımı
- Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların Menopoz Semptomları (MS) ölçeği puan ortalamalarına göre dağılımı
- Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların cinsellik hakkındaki görüşlerine göre dağılımı.

4.2. Kadınların Cinsel İşlev, Evlilikte Uyumu ve Cinsel Yaşam Kalitesine İlişkin Bulgular

- Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların Kadın Cinsel İşlev Ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamalarına göre dağılımı.
- Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların Evlilikte Uyum Ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamalarına göre dağılımı.
- Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın Versiyonu puan ortalamalarına göre dağılımı.

4.3. Kadınların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde müdahale (M) ve kontrol (K) grubunda yer alan kadınların bazı sosyo-demografik özellikleri, obstetrik özellikleri, menopozun anlamına ilişkin görüşleri ve bilgi alma özellikleri, menopoz semptomları puan ortalamaları ve cinsellik hakkındaki görüşlerine ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.1. Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların bazı sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı.

	Müdahale (n=29)		Kontrol (n=29)		İstatistiksel Analiz p
	$\bar{X} \pm SS$		$\bar{X} \pm SS$		
Yaş	51,48±2,79		51,69±2,76		-0,283 ^a 0,778
Eşin yaşı	55,76±5,01		55,66±4,77		0,080 ^a 0,936
Evlilik süresi	29,38±7,22		30,45±4,94		-0,658 ^a 0,514
Eğitim durumu					
İlkokul	14	48,3	19	65,5	
Ortaokul	6	20,7	3	10,3	6,091 ^b
Lise	3	10,3	6	20,7	0,108
Üniversite ve üzeri	6	20,7	6	3,4	
Eşin eğitim durumu					
İlkokul	7	24,1	11	37,9	
Ortaokul	8	27,6	8	27,6	3,239 ^c
Lise	6	20,7	7	24,1	
Üniversite ve üzeri	8	27,6	3	10,3	0,356
Çalışma durumu					
Evet	9	31,0	7	24,1	--
Hayır	20	69,0	22	75,9	0,770 ^d
Eşin çalışma durumu					
Evet	15	51,7	18	62,1	--
Hayır	14	48,3	11	37,9	0,596 ^d
Algılanan Ekonomik Durum					
Gelir giderden düşük	5	17,2	8	27,6	
Gelir gidere denk	24	82,8	19	65,5	2,885 ^b
Gelir giderden fazla	0	0,0	2	6,9	0,199
Aile tipi					
Çekirdek aile	27	93,1	28	96,6	--
Geniş aile	2	6,9	1	3,4	1,00 ^d
Evlenme şekli					
Tanışıp anlaşarak	12	41,4	8	27,6	--
Görücü usulü ile isteyerek	17	58,6	21	72,4	0,408 ^d

^aBağımsız gruplarda t testi^bFisher Exact Testi^cPearson Chi Squara^dFisher 2X2 Exact Testi

Tablo 4.1.'de müdahale ve kontrol grubundaki kadınların bazı sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı yer almaktadır. Her iki gruptaki kadınların yaş ortalamasının $51,59 \pm 2,76$ (M:51,48 \pm 2,79; K:51,69 \pm 2,76) eşlerinin yaş ortalamasının $55,71 \pm 4,85$ (M:55,76 \pm 5,01; K:55,66 \pm 4,77) ve evlilik süresi ortalamalarının $29,91 \pm 6,16$ (M:29,38 \pm 7,22; K:30,45 \pm 4,94) olduğu belirlenmiştir.

Müdahale grubundaki kadınların %48,3'ünün; kontrol grubundaki kadınların %65,5'inin ilkökul mezunu olduğu, müdahale grubundaki kadınların eşlerinin %27,6'sının üniversite ve üzeri, kontrol grubundaki kadınların eşlerinin %37,9'unun ilkökul mezunu olduğu belirlenmiştir. Müdahale grubundaki kadınların %31,0'ının, kontrol grubundaki kadınların %24,1'inin çalıştığı; müdahale grubundaki eşlerin %51,7'sinin, kontrol grubundaki eşlerin %62,1'inin çalıştığı belirlenmiştir. Ayrıca müdahale grubundaki kadınların %82,8'inin, kontrol grubundaki kadınların %65,5'inin gelirleriyle giderlerini birbirine denk olduğu ve müdahale grubundaki kadınların %93,1'inin, kontrol grubundaki kadınların %96,6'sının çekirdek aile yapısına sahip olduğu saptanmıştır. Müdahale grubundaki kadınların %58,6'sının, kontrol grubundaki kadınların %72,4'ünün evlenme şeklinin görücü usulü ve isteyerek olduğu belirlenmiştir. Kadınların ve eşlerinin yaşları kadınların ve eşlerinin eğitim durumu, kadınların ve eşlerinin çalışma durumu, algılanan ekonomik durum, aile tipi, evlilik süresi ve evlenme şekline göre müdahale ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0,05$).

Tablo 4.2. Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların obstetrik özelliklerine göre dağılımı.

	Müdahale (n=29)		Kontrol (n=29)		İstatistiksel
	$\bar{X} \pm SS$	Median (Min-Max)	$\bar{X} \pm SS$	Median (Min-Max)	Analiz
					p
Gebelik sayısı	3,21 \pm 1,61	3,0 (0,0-7,0)	3,31 \pm 1,41	3,0 (1,0-7,0)	445,500 ^a =0,690
Doğum sayısı	2,45 \pm 1,02	2,0 (0,0-4,0)	2,48 \pm 0,98	2,0 (1,0-5,0)	421,500 ^a =0,987
Düşük sayısı	1,00 \pm 0,87	1,0 (0,0-3,0)	0,83 \pm 0,84	1,0 (0,0-3,0)	443,500 ^a =0,700
Yaşayan çocuk sayısı	2,34 \pm 0,97	2,0 (0,0-4,0)	2,38 \pm 0,94	2,0 (1,0-5,0)	424,000 ^a =0,952

^aMann-Whitney U testi

Tablo 4.2.'de müdahale ve kontrol grubundaki kadınların obstetrik özelliklerine göre dağılımı yer almaktadır. Kadınların gebelik sayı ortancalarının her iki grup için de 3,0 (M:0,0-7,0; K:0,0-7,0), doğum sayısı ortancalarının 2,0 (M:0,0-4,0; K:1,0-5,0), düşük sayısı ortancalarının 1,0 (M:0,0-3,0; K:0,0-3,0) ve yaşayan çocuk ortancalarının 2,0 (M:0,0-4,0; K:1,0-5,0) olduğu belirlenmiştir. Müdahale ve kontrol grubunda yer alan kadınların obstetrik özellikleri açısından benzer oldukları saptanmıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.3. Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların menopozun anlamına ilişkin görüşleri ve bilgi alma durumlarına göre dağılımı.

	Müdahale (n=29)		Kontrol (n=29)		İstatistiksel Analiz p
	Sayı	%	Sayı	%	
Menopozun anlamına ilişkin görüşler					
Adetin kesilmesi	17	58,6	23	79,3	6,525 ^a
Hormonların bitmesi	5	17,2	1	3,4	=0,097
Doğurganlığın bitmesi	2	6,9	4	13,8	
Diğer*	5	17,2	1	3,4	
Menopoza yönelik bilgi alma durumu					
Alan	5	17,2	6	20,7	--
Almayan	24	82,8	23	79,3	=1,000 ^b
Bilgi Alınan Konu					
Menopoz dönemi değişiklikleri/sorunlar	4	13,8	6	20,7	--
Menopozda cinsellik	1	3,4	0	0,0	
Bilgi Alınan Kişi					
Doktor	4	13,8	0	0,0	--
Hemşire	1	3,4	1	3,4	
İnternet	0	0,0	5	17,2	
Bilgi Alma Zamanı					
Menopoza girmeden önce	1	3,4	1	3,4	--
Menopoza girdikten sonra	4	13,8	5	17,2	
Bilgiyi Yeterli Bulma Durumu					
Yeterli	0	0,0	1	3,4	--
Yeterli değil	5	17,2	5	17,2	

^a Fisher's Exact Test

^b Fisher 2X2 Exact Testi

*Kadınlığın bitmesi (M:2), Sıcak basması (M:1; K:1), Sıkıntı dönemi (M:1), Yaşlılık dönemine geçiş (M:1)

Tablo 4.3.'de müdahale ve kontrol grubundaki kadınların menopozun anlamına ilişkin görüşleri ve bilgi alma durumlarına göre dağılımı yer almaktadır.

Müdahale grubundaki kadınların %58,6'sının, kontrol grubundaki kadınların %79,3'ünün menopoza adet kesilmesi olarak düşündüğü belirlenmiştir. Müdahale grubundaki kadınların %17,2'sinin, kontrol grubundaki kadınların %20,7'sinin menopoza yönelik bilgi aldığı saptanmıştır. Tabloda yer almamakla birlikte menopoza yönelik bilgi alanlardan; müdahale grubundaki kadınların %80,0'ının, kontrol grubundaki kadınların tamamının menopoz dönemindeki değişiklikleri yönelik bilgi aldığı, yine müdahale grubundaki kadınların %80,0'ının menopoza girdikten sonra doktordan, kontrol grubundaki bilgi alan kadınların %83,3'ünün menopoza girdikten sonra internetten bilgi aldığı belirlenmiştir. Ayrıca müdahale grubundaki bilgi alan kadınların tamamının, kontrol grubundaki bilgi alan kadınların %83,3'ünün aldıkları bilgiyi yeterli bulmadığı saptanmıştır. Müdahale ve kontrol grubundaki kadınlar arasında menopozun anlamı ve menopoza yönelik bilgi alma durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

Tablo 4.4. Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların danışmanlık öncesi Menopoz Semptomları Ölçeği puan ortalamalarına göre dağılımı.

	Müdahale (n=29)	Kontrol (n=29)	İstatistiksel Analiz; p
	$\bar{X}\pm SS$ Median (Min-Max)	$\bar{X}\pm SS$ Median (Min-Max)	
Toplam Puan	17,17±8,88	15,82±8,17	0,600 ^a =0,551
Somatik semptomlar	6,72±3,35	6,06±3,82	0,693 ^a =0,491
Psikolojik semptomlar	6,31±4,10 6,0 (0-16,0)	6,06±3,66 5,0 (1-15,0)	399,000 ^b =0,737
Ürogenital semptomlar	4,13±2,46 3,0 (0,0-10,0)	3,68±2,28 4,0 (1,0-9,0)	370,500 ^b =0,432

^aBağımsız gruplarda t testi

^bMann-Whitney U

Tablo 4.4.'de müdahale ve kontrol gruplarındaki kadınların Menopoz Semptom Ölçeği toplam ve alt boyutlarının puan ortalamaları yer almaktadır.

Müdahale grubundaki kadınların MSÖ puan ortalamalarının 17,17±8,88, kontrol grubundaki kadınların 15,82±8,17 olduğu belirlenmiştir. Müdahale grubunda yer alan kadınların somatik semptom puan ortalamaları 6,72±3,35, psikolojik semptom puan ortalamaları 6,0 (0,0-16,0) ve ürogenital semptom puan ortalamaları 3,0 (0,0-10,0) olarak saptanmıştır. Kontrol grubundaki kadınların somatik semptom puan

ortalamaları $6,06 \pm 3,82$, psikolojik semptom puan ortancaları 5,0 (1,0-15,0) ve ürogenital semptom puan ortancaları ise 4,0 (1,0-9,0)'tür. Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların MSÖ toplam ve somatik, psikolojik ve ürogenital semptom puanları bakımından benzer oldukları belirlenmiştir ($p > 0,05$).

Tablo 4.5. Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların cinsellik hakkındaki görüşlerine göre dağılımı.

	Müdahale (n=29)		Kontrol (n=29)		İstatistiksel Analiz p
	Sayı	%	Sayı	%	
Menopozun cinsel hayatı etkileme durumu					
Evet	23	79,3	23	79,3	--
Hayır	6	20,7	6	20,7	=1,000 ^a
Cinselliğin kadın için anlamı					
Temel ihtiyaçlardan biri	18	62,1	18	62,1	0,355 ^a
Eşe karşı Görev	8	27,6	9	31,0	=1,000
Üreme	3	10,3	2	6,9	
Kadının cinsel yaşamını değerlendirmesi					
İyi	10	34,5	9	31,0	=1,014 ^b
Orta	15	51,7	13	44,8	=0,602
Kötü	4	13,8	7	24,1	

^aFisher's Exact Test

^bPearson Ki- Kare

Tablo 4.5.'de müdahale ve kontrol gruplarındaki kadınların cinsellik hakkındaki görüşlerine göre dağılımı yer almaktadır.

Müdahale ve kontrol grubunda yer alan kadınların %79,3'ünün menopozun cinsel yaşamını etkilediği belirlenmiştir. Tabloda yer almamakla birlikte menopozun cinsel yaşamını etkilediğini belirten kadınların tamamı cinsel isteksizlik yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Müdahale ve kontrol gruplarındaki kadınların %58,6'sı cinselliği temel ihtiyaçlardan biri olarak anlamlandırmışlardır. Müdahale grubundaki kadınların %51,7'sinin, kontrol grubundaki kadınların %44,8'inin cinsel yaşamını orta olarak değerlendirdiği belirlenmiştir. Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların menopozda cinsel hayatlarının etkilenmesi, cinselliğe yükledikleri ve cinsel yaşamlarını değerlendirmeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır ($p > 0,05$).

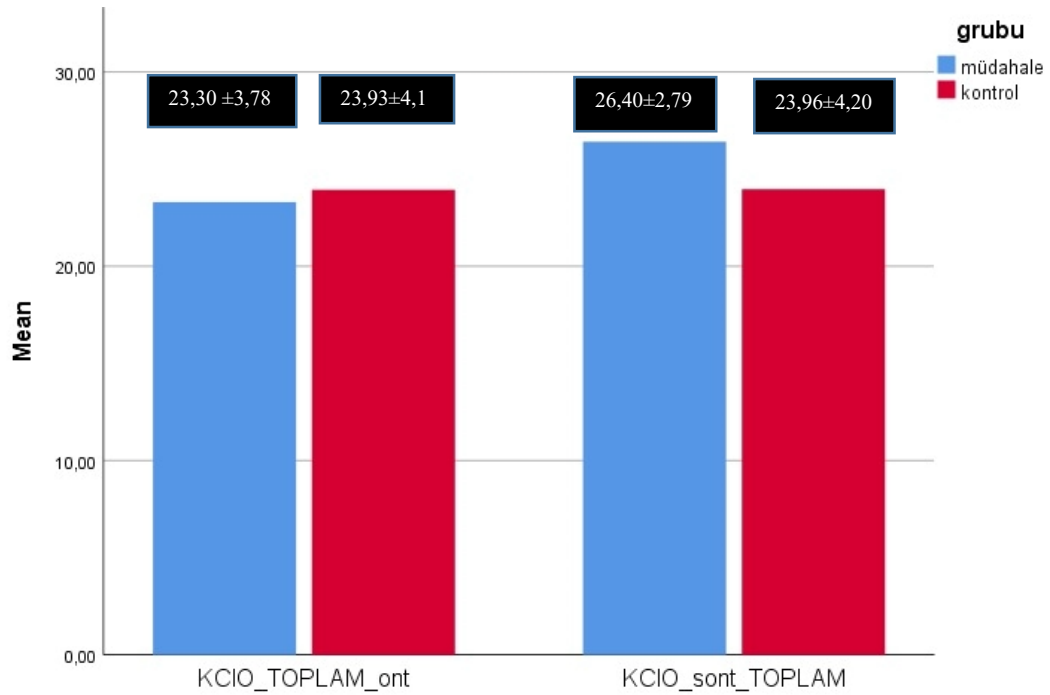
4.4. Kadınların Cinsel İşlev, Evlilikte Uyumu ve Cinsel Yaşam Kalitesine İlişkin Bulgular

Bu bölümde müdahale ve kontrol grubunda yer alan kadınların Kadın Cinsel İşlev Ölçeği, Evlilikte Uyum Ölçeği ve Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın Versiyonu'na ilişkin bulguların dağılımları yer almaktadır.

Tablo 4.6. Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların kadın cinsel işlev ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamalarına göre dağılımı.

KCIÖ Toplam ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları										
	Müdahale				Kontrol				Gruplar Arası İstatistiksel Analiz	
	Ön Test		Son Test		Ön Test		Son Test		Ön test	Son test
	$\bar{X} \pm SS$	Median (Min-Max)	$\bar{X} \pm SS$	Median (Min-Max)	$\bar{X} \pm SS$	Median (Min-Max)	$\bar{X} \pm SS$	Median (Min-Max)		
KCIÖ Toplam Puan	23,30 ±3,78		26,40±2,79		23,93±4,13		23,96±4,20		0,610 ^a =0,544	2,605^a =0,012
	-10,506^b		=0,001		-0,127^b		=0,900			
İstek	2,95±0,78	3,0 (1,2-4,2)	3,39±0,68	3,6 (1,2-4,2)	3,16±0,73	3,0 (1,8-4,2)	3,18±0,73	3,0 (1,8-4,2)	480,500 ^c =0,331	346,500 ^c =0,232
	3,666^d		<0,001		1,000^d		=0,317			
Uyarılma	3,30±0,67		3,99±0,69		3,42±0,94		3,55±0,96		0,576 ^a =0,567	1,959 ^a =0,055
	-7,444^b		<0,001		-3,279^b		=0,003			
Lubrikasyon	4,07±0,99	3,9 (2,7-6,0)	4,24±0,80	3,9 (3,0-6,0)	4,20±0,72	3,9 (3,0-6,0)	4,20±0,72		480,500 ^c =0,347	1,756 ^a =0,085
	4,050^d		<0,001		0,548^b		=0,588			
Orgazm	3,71±0,79	3,6 (1,6-4,8)	4,24±0,60	4,4 (2,8-5,2)	3,77±1,07	3,6 (1,6-5,6)	3,80±1,09		455,000 ^c =0,586	1,899 ^a =0,063
	4,194^d		<0,001		-0,812^b		=0,424			
Doyum	4,15±0,77	4,0 (2,4-6,0)	4,63±0,64	4,8 (3,2-6,0)	4,15±1,01	4,0 (2,4-6,0)	4,12±1,01	3,6 (2,4-6,0)	0,000 ^a =1,000	296,500^c =0,050
	3,880^d		<0,001		0,333^d		=0,739			
Ağrı	5,10±0,99	5,2 (3,2-6,0)	5,58±0,51	6,0 (4,4-6,0)	5,17±0,87	5,2 (3,2-6,0)	5,08±0,93	4,8 (3,2-6,0)	424,500 ^c =0,948	297,500^c =0,044
	3,321^d		=0,001		0,333^d		=0,739			

^aBağımsız gruplarda t testi^bBağımlı gruplarda t testi^cMann-Whitney U^dWilcoxon işaretli sıra testi



Şekil 4.1. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Kadınların Ön test ve Son test Kadın Cinsel İşlev Ölçeği (KCIÖ) Toplam Puan Ortalamaları.

Tablo 4.6.'da araştırmaya katılan kadınların KCIÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarının çalışma gruplarına ve ölçüm zamanlarına göre dağılımı yer almaktadır. Şekil 4.1'de de müdahale ve kontrol grubundaki kadınların Kadın Cinsel İşlev Ölçeği Toplam puan ortalamaları verilmiştir.

Müdahale grubunda yer alan kadınların danışmanlık öncesi (ön test) KCIÖ puan ortalaması $23,30 \pm 3,78$, danışmanlıktan üç ay sonraki (son test) KCIÖ puan ortalaması $26,40 \pm 2,79$ olarak bulunmuştur. Müdahale grubundaki kadınlar ile benzer zamanlarda ölçüm yapılan kontrol grubundaki kadınların ön test KCIÖ puan ortalaması $23,93 \pm 4,13$, son test KCIÖ puan ortalaması ise $23,96 \pm 4,20$ 'dir. Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların KCIÖ ön test puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmazken ($p > 0,05$), müdahale grubundaki kadınların son test KCIÖ puan ortalamalarının kontrol grubundaki kadınların son test KCIÖ puanlarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$). Bu bulguya dayanarak '**Postmenopoz dönemde PLISSIT modeline göre cinsel danışmanlık alan kadınlarla almayan kadınların Kadın Cinsel İşlev Ölçeği puan ortalaması arasında fark vardır**' hipotezi (H1) kabul edilmiştir.

Müdahale grubundaki kadınların danışmanlıktan üç ay sonraki KCIÖ puan ortalamalarının danışmanlık almadan önceki puan ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttığı belirlenmiştir ($p<0,05$). Kontrol grubundaki kadınların ön test ve son test KCIÖ puan ortalamaları arasında ise zaman içerisinde istatistiksel olarak anlamlı bir değişim olmamıştır ($p>0,05$).

KCIÖ alt boyut puan ortalamaları ve ortanca değerleri incelendiğinde müdahale grubundaki kadınların ön test istek alt boyut puan ortalamasının $2,95\pm 0,78$, ortancasının 3,0 (1,2-4,2), son test puan ortalamasının $3,39\pm 0,68$, ortancasının 3,6 (1,2-4,2), uyarılma alt boyut ön test puan ortalamasının $3,30\pm 0,67$, son test puan ortalamasının $3,99\pm 0,69$, lubrikasyon alt boyut ön test puan ortalamasının $4,07\pm 0,99$, ortancasının 3,9 (2,7-6,0), son test puan ortalamasının $4,24\pm 0,80$, ortancasının 3,9 (3,0-6,0), orgazm alt boyut ön test puan ortalamasının $3,71\pm 0,79$, ortancasının 3,6 (1,6-4,8), son test puan ortalamasının $4,24\pm 0,60$, ortancasının 4,4 (2,8-5,2), doyum alt boyut ön test puan ortalamasının $4,15\pm 0,77$, ortancasının 4,0 (2,4-6,0), son test puan ortalamasının $4,63\pm 0,64$, ortancasının 4,8 (3,2-6,0) ve ağrı alt boyut ön test puan ortalamasının $5,10\pm 0,99$, ortancasının 5,2 (3,2-6,0), son test puan ortalamasının $5,58\pm 0,51$, ortancasının 6,0 (4,4-6,0) olduğu belirlenmiştir. Müdahale grubunda yer alan kadınların grup içi KCIÖ alt boyutları puan ortalama ve ortancaları incelendiğinde, tüm alt boyut puanlarının danışmanlık sonrası üçüncü ayda yapılan son test ölçümlerinin, ön test ölçümlerine göre istatistiksel olarak önemli düzeyde yükseldiği belirlenmiştir ($p<0,05$).

Kontrol grubu KCIÖ alt boyutlarından alınan puanlar incelendiğinde; istek alt boyut ön test puan ortalaması $3,16\pm 0,73$, ortancası 3,0 (1,8-4,2), son test puan ortalaması $3,18\pm 0,73$, ortancası 3,0 (1,8-4,2), uyarılma alt boyut ön test puan ortalaması $3,42\pm 0,94$, son test puan ortalaması $3,55\pm 0,96$, lubrikasyon alt boyut ön test puan ortalaması $4,20\pm 0,72$, ortancası 3,9 (3,0-6,0), son test puan ortalaması $4,20\pm 0,72$, orgazm alt boyut ön test puan ortalaması $3,77\pm 1,07$, ortancası 3,6 (1,6-5,6), son test puan ortalaması $3,80\pm 1,09$, doyum alt boyut ön test puan ortalaması $4,15\pm 1,01$ ortancası 4,0 (2,4-6,0), son test $4,12\pm 1,01$ ortancası 3,6 (2,4-6,0) ve ağrı alt boyut ön test puan ortalaması $5,17\pm 0,87$, ortancası 5,2 (3,2-6,0), son test puan ortalaması $5,08\pm 0,93$, ortancası 4,8 (3,2-6,0) olarak saptanmıştır. Kontrol grubunda yer alan kadınların grup içi KCIÖ alt boyutları puan ortancaları incelendiğinde; istek,

lubrikasyon, orgazm, doyum ve ağrı alt boyutları ön test ve son test puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Kontrol grubundaki kadınların uyarılma alt boyutu ön test puan ortalaması ile son test puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Müdahale ve kontrol grubunda yer alan kadınların KCIÖ'nün tüm alt boyutları (istek, uyarılma, lubrikasyon, orgazm, doyum ve ağrı) ön test puan ortalamaları ve/veya ortancaları benzerdir ($p>0,05$). Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların KCIÖ istek, uyarılma, lubrikasyon ve orgazm alt boyutu son test puan ortalamaları ve/veya ortancaları arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$). Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların KCIÖ'nün doyum alt boyutu son test ortanca puanları arasında ve ağrı alt boyutu son test ortanca puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmiştir ($p<0,05$).

Tablo 4.7. Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların Kadın Cinsel İşlev Ölçeği toplam puanlarına göre dağılımı.

Ölçekten Alınan Puan	Müdahale (n=29)		Kontrol (n=29)		Gruplar Arası İstatistiksel Analiz					
	Ön test	Son test	Ön test	Son test	Ön test	Son test				
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%				
26,5 ve altı	22	75,9	15	51,7	20	69,0	18	62,1	0,345 ^a	0,633 ^a
26,6 ve üstü	7	24,1	14	48,3	9	31,0	11	37,9	=0,77	=0,596

^aPearson Chi Squara

Tablo 4.7.'de müdahale ve kontrol grubundaki kadınların KCIÖ toplam puanlarına göre dağılımı yer almaktadır.

Müdahale grubundaki kadınların ön testte %24,1'inin KCIÖ puanı 26,6 ve üstündeyken, son testte %48,3'ü 26,6 ve üstünde saptanmıştır. Kontrol grubundaki kadınların ise ön testte %31,0'ının KCIÖ puanı 26,6 ve üstündeyken, son testte sadece %37,9'unun puanı 26,6 ve üstünde saptanmıştır. Müdahale ve kontrol grubunda yer alan kadınlar hem ön test hem son test KCIÖ puan özelliği açısından benzerdir ($p>0,05$, Tablo 4.7).

Tablo 4.8. Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların evlilikte uyum ölçeği (EUÖ) toplam ve alt boyut puan ortalamalarına göre dağılımı.

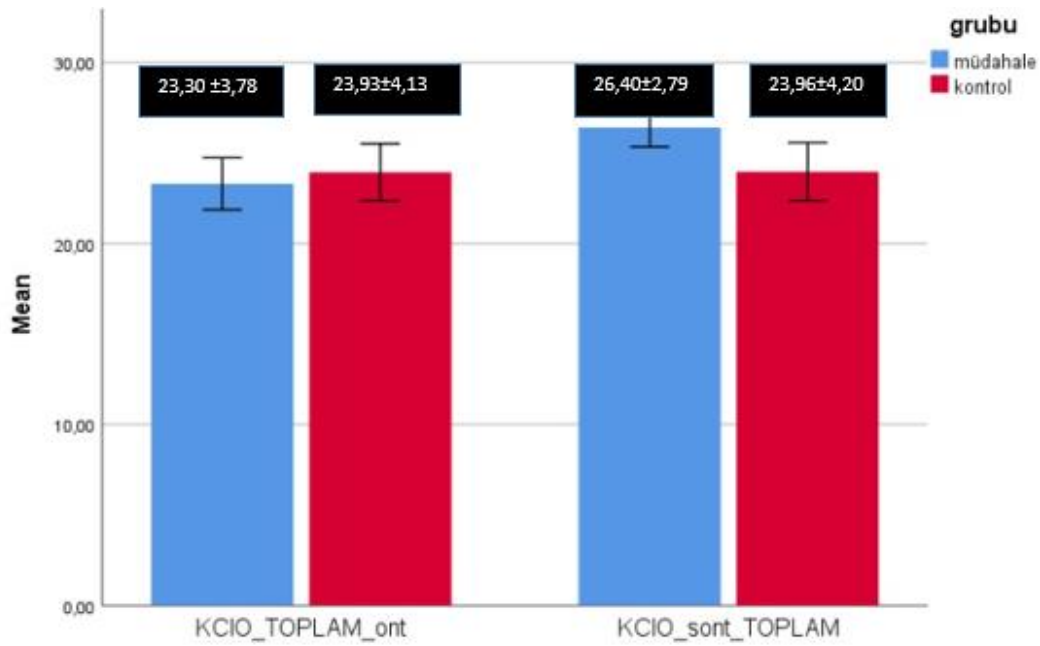
EUÖ Toplam ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları										
	Müdahale				Kontrol				Gruplar Arası İstatistiksel Analiz	
	Ön Test		Son Test		Ön Test		Son Test		Ön test	Son test
	$\bar{X} \pm SS$ Median (Min-Max)		$\bar{X} \pm SS$ Median (Min-Max)		$\bar{X} \pm SS$ Median (Min-Max)		$\bar{X} \pm SS$ Median (Min-Max)			
EUÖ Toplam Puan	42,75±8,78	44,0 (23,0-56,0)	46,86±5,85		44,10±8,46	45,0 (29,0-56,0)	43,17±8,29	43,0 (27,0-56,0)	459,500 ^a = 0,544	1,959 ^b =0,055
	-5,322^c		<0,001		102,00 ^d		=0,773			
Anlaşma - Anlaşmama	34,86±7,01		36,96±5,72		35,44±6,95		35,51±6,30		-0,320 ^b =0,750	0,915 ^b =0,364
	-7,340^c		<0,001		-0,130 ^c		=0,898			
İlişki Tarzı	7,24±2,24	8,0 (4,0-11,0)	7,72±2,18	8,0 (4,0-12,0)	7,62±2,88	8,0 (2,0-12,0)		7,55±2,91	469,500 ^a =0,442	0,255 ^b =0,800
	66,000^d		=0,002		0,465 ^c		=0,646			

^aMann-Whitney U

^bBağımsız gruplarda t testi

^cBağımlı gruplarda t testi

^dWilcoxon testi



Şekil 4.2. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Kadınların Evlilikte Uyum Ölçeği (EUÖ) Toplam Puan Ortalamaları.

Tablo 4.8’de araştırmaya katılan kadınların EUÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarının çalışma gruplarına ve ölçüm zamanlarına göre dağılımı yer almaktadır. Şekil 4.2’de de müdahale ve kontrol grubundaki kadınların Evlilikte Uyum Ölçeği (EUÖ) toplam puan ortalamaları verilmiştir.

Müdahale grubunda yer alan kadınların ön test EUÖ puan ortalaması $42,75 \pm 8,78$ ve ortancası 44,0 (23,0-56,0), son test EUÖ puan ortalaması $46,86 \pm 5,85$ olarak bulunmuştur. Müdahale grubundaki kadınlar ile benzer zamanlarda ölçüm yapılan kontrol grubundaki kadınların ön test EUÖ puan ortalaması $44,10 \pm 8,46$ ve ortanca değeri 45,0 (29,0-56,0), son test EUÖ puan ortalaması $43,17 \pm 8,29$ olarak belirlenmiştir. Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların EUÖ ön test ortanca değerleri arasında ve son test puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0,05$). Bu bulguya dayanarak ‘**Postmenopoz dönemde PLISSIT modeline göre cinsel danışmanlık alan kadınlarla almayan kadınların Evlilikte Uyum Ölçeği (EUÖ) puan ortalaması arasında fark vardır**’ hipotezi (H2) reddedilmiştir.

Müdahale grubundaki kadınların danışmanlıktan üç ay sonraki EUÖ puan ortalamalarının danışmanlık almadan önceki puan ortalamalarına göre istatistiksel

olarak anlamlı düzeyde arttığı belirlenmiştir ($p < 0,05$). Kontrol grubundaki kadınların ön test ve son test EUÖ ortanca değerleri arasında ise zaman içerisinde istatistiksel olarak anlamlı bir değişim olmamıştır ($p > 0,05$).

Evlilikte Uyum Ölçeği Alt Boyut puan ortalamaları ve ortanca değerleri incelendiğinde müdahale grubundaki kadınların Anlaşma–Anlaşamama alt boyut ön test puan ortalamasının $34,86 \pm 7,01$, son test puan ortalamasının $36,96 \pm 5,72$, İlişki Tarzı alt boyut ön test puan ortalamasının $7,24 \pm 2,24$, ortanca değerlerinin 8,0 (4,0-11,0) ve son test puan ortalamasının $7,72 \pm 2,18$, ortanca değerlerinin 8,0 (4,0-12,0) olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubundaki kadınların Anlaşma–Anlaşamama alt boyut ön test puan ortalamasının $35,44 \pm 6,95$, son test puan ortalamasının $35,51 \pm 6,30$, İlişki Tarzı alt boyut ön test puan ortalamasının $7,62 \pm 2,88$, ortanca değerlerinin 8,0 (2,0-12,0) ve son test puan ortalamasının $7,55 \pm 2,91$ olduğu belirlenmiştir.

Müdahale grubunda yer alan kadınların tüm alt boyutlarına ilişkin danışmanlık sonrası üçüncü aydaki son test puanlarının, ön test puanlarına göre istatistiksel olarak önemli düzeyde yükseldiği belirlenmiştir ($p \leq 0,05$). Kontrol grubunda yer alan kadınların EUÖ alt boyutları puan ortalamaları incelendiğinde, tüm alt boyutları ön test ve son test puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0,05$).

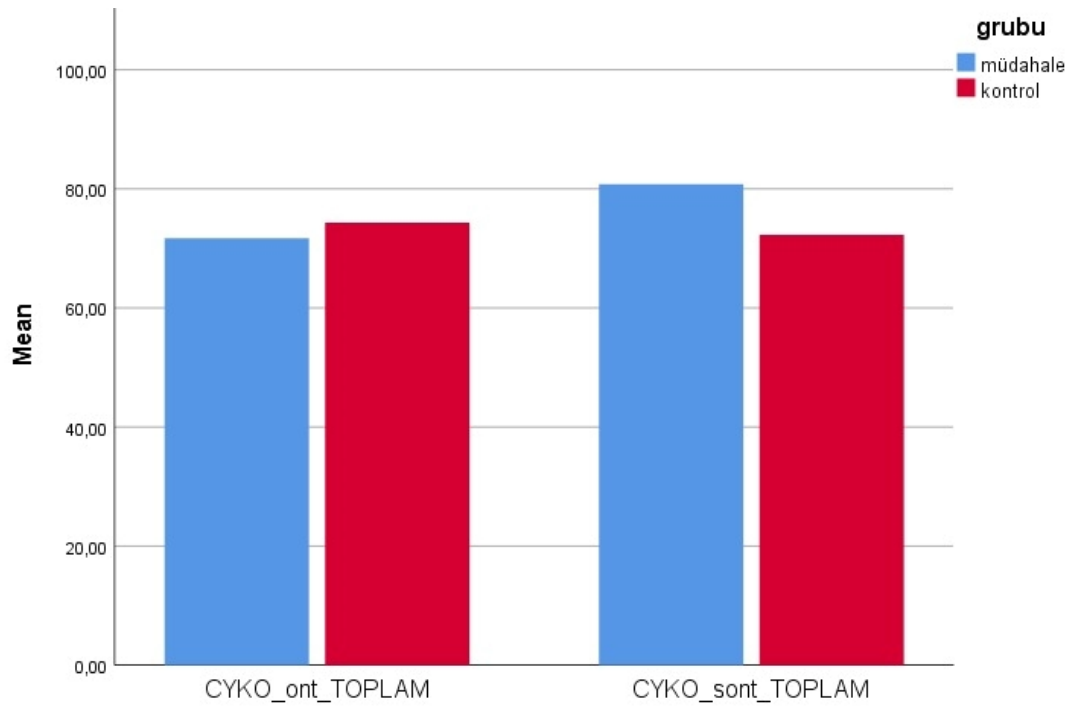
Müdahale ve kontrol grubunda yer alan kadınların EUÖ'nün tüm alt boyutları (Anlaşma -Anlaşamama ve İlişki Tarzı) ön test puan ortalamaları ve ortancaları benzerdir ($p > 0,05$). Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların EUÖ Anlaşma -Anlaşamama ve İlişki Tarzı alt boyutu son test puan ortalamaları arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Tablo 4.9. Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların cinsel yaşam kalitesi ölçeği-kadın versiyonu (CYKÖ-K) puan ortalamalarına göre dağılımı.

CYKÖ-K Toplam Puan Ortalamaları						
	Müdahale		Kontrol		Gruplar Arası İstatistiksel Analiz	
	Ön Test	Son Test	Ön Test	Son Test	Ön test	Son test
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$		
CYKÖ-K Puan	71,68±15,32	80,77±8,89	74,32±14,44	72,26±14,24	-	2,729^a
					0,676 ^a	=0,008
					=0,502	
		-4,846^b	<0,001	1,967 ^b	=0,059	

^aBağımsız gruplarda t testi

^bBağımlı gruplarda t testi



Şekil 4.3. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Kadınların Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın Versiyonu (CYKÖ-K) Toplam Puan Ortalamaları.

Tablo 4.9’de araştırmaya katılan kadınların CYKÖ-K puan ortalamalarının çalışma gruplarına ve ölçüm zamanlarına göre dağılımı yer almaktadır. Şekil 4.3’de de müdahale ve kontrol grubundaki kadınların Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın Versiyonu (CYKÖ-K) toplam puan ortalamaları verilmiştir.

Müdahale grubunda yer alan kadınların danışmanlık öncesi CYKÖ-K puan ortalaması $71,68 \pm 15,32$ ve danışmanlıktan üç ay sonraki CYKÖ-K puan ortalaması $80,77 \pm 8,89$ olarak bulunmuştur. Müdahale grubundaki kadınlar ile benzer zamanlarda ölçüm yapılan kontrol grubundaki kadınların danışmanlık öncesi CYKÖ-K puan ortalaması $74,32 \pm 14,44$, son test CYKÖ-K puan ortalaması $72,26 \pm 14,24$ olarak saptanmıştır. Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların CYKÖ-K ön test puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmazken ($p > 0,05$); danışmanlıktan üç ay sonra müdahale grubundaki kadınların son test CYKÖ-K puan ortalamalarının kontrol grubundaki kadınların son test CYKÖ-K puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir ($p < 0,05$). Bu bulguya dayanarak '**Postmenopoz dönemde PLISSIT modeline göre cinsel danışmanlık alan kadınlarla almayan kadınların Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın Versiyonu (CYKÖ-K) puan ortalaması arasında fark vardır**' hipotezi (H3) kabul edilmiştir.

Grup içi analizler sonucunda müdahale grubundaki kadınların danışmanlıktan üç ay sonraki CYKÖ-K puan ortalamalarının danışmanlık öncesi puan ortalamalarına göre önemli ölçüde arttığı belirlenmiştir ($p < 0,05$). Kontrol grubundaki kadınların ön test ve son test CYKÖ-K puan ortalamaları arasında ise zaman içerisinde istatistiksel olarak anlamlı bir değişim olmamıştır ($p > 0,05$).

5. TARTIŞMA

Menopoz, kadınlarda fiziksel, psikolojik, sosyal ve cinsel boyutta bazı değişikliklere yol açmaktadır (35, 43). Bu değişiklikler sonucunda kadınların sağlıkları da farklı boyutlarda ve düzeylerde etkilenmektedir (10, 11).

Postmenopozal dönemde oluşan cinsel sağlık sorunları ve cinsel disfonksiyon düzeyi kadınların cinsel yaşam kalitesini etkilemektedir (11, 25, 54). Bununla birlikte kadının cinselliğindeki değişimler ve cinsel sorunlarının olması eşi ile ilişkisini de etkileyerek evlilikte sorunlar oluşturmakta (59, 106, 127), evlilikten alınan doyumunu azaltmakta ve evlilik uyumlarını da etkilemektedir (31, 62). Bu nedenle menopozal dönemdeki kadınlara verilecek bakım içerisinde cinsel sağlık boyutunun entegre edilmesi ve cinsel danışmanlık yapılması önemlidir. Planlı ve sürekli verilen cinsel danışmanlık ile postmenopozal dönemdeki kadınların cinsel sağlıkları yükseltilebilir, cinsel yaşam kaliteleri artırılabilir ve evlilik uyumları sürdürülebilir.

Literatürde postmenopozal dönemde cinselliğe yönelik bilginin sağlıklı bir cinsel yaşamın sürdürülmesi (18, 33, 69, 72) ve çiftler arasındaki uyumun iyi olmasında önemli bir rol oynadığı belirtilmektedir (73, 74). Ayrıca kadınların menopozun neden olduğu fiziksel, psikolojik ve cinsel değişimleri fark edebilmeleri, cinselliği olumsuz yönde etkileyen değişimleri ve gelişebilecek cinsel sorunları önlemeleri, eşleri ile daha iyi iletişim kurabilmeleri için menopoz sonrası cinselliğe yönelik yeterli bilgi almaları gerektiği vurgulanmaktadır (33, 51, 66). Çalışmamızda müdahale grubundaki kadınların %16,7'si menopoza yönelik bilgi aldığını ve bu kadınların sadece beşte biri bilgilendirme içinde cinselliğin de yer aldığını belirtmiştir. Kontrol grubunda ise her beş kadından biri menopoza yönelik bilgi aldığını ama içeriğinde cinselliğe yönelik herhangi bir bilgi bulunmadığını ifade etmişlerdir (Tablo 4.3). Ikeme ve ark. (40)'nın klimakterik dönemdeki kadınlarla yaptıkları çalışmada kadınların %91,7'sinin, Larroy ve ark. (137)'nin perimenopozal dönemdeki kadınlarla yaptığı çalışmada ise kadınların %98,9'nun menopoza yönelik bilgi aldığı, ancak kadınların çoğunluğunun aldığı bilgiyi yetersiz bulduğu belirlenmiştir. Ülkemizde Dinçer ve Oskay (115)'in menopoz dönemindeki kadınlarla yaptığı çalışmada çalışmaya katılan yaklaşık on kadından birinin (%9,61), Erbaş ve Demirel (25)'in klimakterik dönemdeki kadınlarla yaptıkları çalışmada ise kadınların %20,1'inin menopoz hakkında bilgi aldıkları saptanmıştır. Her iki çalışmada da kadınlar aldıkları

bilgileri yeterli bulmadıklarını ifade etmişlerdir. Bahsedilen çalışmaların hiçbirinde bilgilendirmenin içeriğine ilişkin bir bilgiye rastlanmamıştır. Çalışmamız ve diğer çalışma sonuçlarına göre klimakterik döneme yönelik yürütülen sağlık bakım hizmetleri içinde eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin yetersiz olduğu söylenebilir.

Çalışmamızda müdahale ve kontrol grubunda yer alan kadınların yaşadıkları menopozal semptomların şiddetinin benzer olduğu (M:17,17±8,88; K:15,82±8,17), en çok yaşanan semptomların ise her iki grupta da somatik semptomlar (M:6,72±3,35; K:6,06±3,82) olduğu saptanmıştır. Bülbül ve ark. (59) menopozla ilgili şikayetlerin cinselliğe ve evlilik uyumuna etkisine yönelik yaptıkları çalışmada menopozal semptom şiddet ortalamasının 18,6±5,5, psikolojik semptomların ise en çok yaşanan semptomlar olduğunu belirtmişlerdir. Görmüş (164)'ün çalışmasında menopozal semptom şiddet ortalamasının 26,39±9,7 olduğu ve psikolojik semptomların en çok yaşanan semptomlar olduğu saptanmıştır. Nalbant (165) yaptığı çalışmada menopozal semptom şiddet ortalamasını 22,58±6,31, somatik semptomları ise en çok yaşanan semptomlar olarak bulmuştur. Literatür incelendiğinde kadınların en sık yaşadıkları menopozal semptomlar ve semptomların şiddetinde farklılık olduğu görülmektedir. Menopozal semptom yaşamının derecesiyle orantılı olarak kadının yaşam kalitesinin, günlük yaşam aktivitelerinin, sosyal yaşamının (131, 166), cinsel yaşamının (17, 59, 164, 165) ve evlilik uyumunun olumsuz etkilendiği vurgulanmaktadır (59, 131, 164). Menopoz semptomlarının şiddeti arttıkça ve özellikle orta düzeyi geçip şiddetlendikçe kadını olumsuz etkileme düzeyi de artmaktadır (10, 17, 59, 131, 164-166). Bu nedenle menopozal dönemde verilecek danışmanlıkta kadınların menopozal semptom yaşama sıklığı ve düzeyinin belirlenmesinin danışmanlık sürecinin planlanması ve kadınların yaşayabilecekleri sorunlarla baş edebilmesinde önemli olduğu söylenebilir.

Çalışmamızda müdahale ve kontrol grubunda yer alan kadınların danışmanlık öncesi cinsel işlev puan ortalamaları (M:23,30±3,78, K:23,93±4,13) benzer olarak bulunmuştur ($p>0,05$) (Tablo 4.6). Literatür incelendiğinde postmenopozal dönemdeki kadınların cinsel işlev puan ortalamalarının 16 ile 25 arasında değiştiği görülmektedir (11, 18, 33, 39, 51, 69, 72).

Müdahale grubunda yer alan kadınların cinsel danışmanlıktan üç ay sonraki cinsel işlev ölçeği puan ortalamasının (26,40±2,79) danışmanlık öncesi puan ortalamasına (23,30±3,78) göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttığı saptanmıştır

($p < 0,05$). Kontrol grubunda yer alan kadınların cinsel işlev ölçeği son test puan ortalamasında ise ($23,96 \pm 4,20$) ön test puan ortalamasına ($23,93 \pm 4,13$) göre çok az bir artış olmasına rağmen bu artışın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p > 0,05$). Müdahale grubundaki kadınların son test cinsel işlev puan ortalamalarının kontrol grubundaki kadınların son test puan ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$) (Tablo 4.6). Literatürde menopozal dönemdeki kadınların cinsel fonksiyonlarının kadınlara veya kadınlarla birlikte eşlerine verilen cinsel danışmanlık ile pozitif yönde arttığı vurgulanmaktadır (18, 33, 51, 69, 72, 77). Alavipour ve ark. (72)'nin menopoz dönemindeki kadınlara cinselliğe yönelik grup danışmanlığı yaptıkları çalışmada kadınların cinsel işlev puanlarının müdahale grubunda 23.70 ± 3.67 ve kontrol grubunda 19.94 ± 3.64 olduğu ve müdahale grubundaki kadınların puanlarının hem danışmanlık öncesi dönem puanlarına göre hem de kontrol grubundaki kadınların puanlarına göre anlamlı derecede arttığı saptanmıştır. Naeij ve ark. (69) da kadınların danışmanlık sonrası cinsel işlev puanlarının hem danışmanlık öncesi dönemdeki puana göre hem de kontrol grubundaki kadınların cinsel işlev puanlarına göre anlamlı düzeyde arttığını belirlemişlerdir. Çalışmamız ve diğer çalışmaların sonuçlarından da anlaşılacağı gibi cinsel danışmanlık postmenopozal dönemdeki kadınların cinsel fonksiyonlarını olumlu yönde etkilemektedir. PLISSIT modeli ise birey ile iş birliği içinde ve bireye saygı duyarak cinsel sağlığın değerlendirilmesini ve geliştirilmesini amaçlayan bir model olması nedeniyle, özellikle bireylerin cinsel sağlığının detaylı değerlendirilebilmesine ve bu doğrultuda özel cinsel danışmanlık verilmesine olanak sağlamaktadır. Çalışmamızda; bu modele temellendirilen danışmanlık rehberi ve el kitapçığı kullanılması ile de ilk aşamada kadınların duygu ve düşüncelerini ifade edebilmelerinin ve fark edebilmelerinin sağlandığı ve sonraki basamaklarda verilen bilgi ve öneriler ile cinsel sorunların çözümlendiği düşünülmektedir. Tüm bu sonuçlar cinsel danışmanlığın postmenopozal cinsel sağlık üzerine önemli etkilerinin olduğunu göstermektedir. Diğer yandan PLISSIT modelinin, postmenopozal dönemdeki kadınların cinsel sorunlarının çözümlenerek cinsel sağlıklarının iyileştirilmesinde; kadınlar ile iş birliği sağladığı için kolaylıkla uygulanabilir bir model olduğu ve bütüncül bir postmenopozal hemşirelik bakımında cinsel sağlık danışmanlığı için farkındalık kazandırdığı söylenebilir.

Çalışmamızda müdahale ve kontrol gruplarında KCIÖ'nün istek, uyarılma, lubrikasyon, orgazm, doyum ve ağrı olmak üzere altı alt boyutu da ayrı ayrı ele alınmıştır. Müdahale ve kontrol grubunda yer alan kadınların ön test KCIÖ tüm alt boyutlarında puan ortalamalarının benzer olduğu saptanmıştır ($p>0,05$). Müdahale grubunda yer alan kadınların danışmanlıktan üç ay sonraki son test KCIÖ alt boyut puanlarının danışmanlık öncesine göre arttığı ve bu artışın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$; Tablo 4.6). Müdahale grubundaki kadınların son test KCIÖ doyum alt boyutu ile ağrı alt boyutu puan ortancaları kontrol grubundaki kadınların son test puan ortancalarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$; Tablo 4.6). Müdahale ve kontrol gruplarının KCIÖ alt boyutlarından uyarılma, orgazm, istek ve lubrikasyon alt boyutlarının son test puan ortalamaları/ortancaları arasında ise anlamlı bir fark çıkmamıştır ($p>0,05$; Tablo 4.6). Naeij ve ark. (69)'in ve Alavipour ve ark. (72)'nin çalışmalarında cinsel danışmanlık sonrasındaki değerlendirmede KCIÖ tüm alt boyut puanları danışmanlık alan grupta, kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Nazarpour ve ark. (33)'nin yaptığı çalışmada cinsel danışmanlık sonrasındaki değerlendirmede ise KCIÖ uyarılma ve ağrı alt boyut puanları danışmanlık alan grupta, kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Ancak çalışmamızda müdahale grubundaki kadınların KCIÖ tüm alt boyut puanlarının danışmanlık öncesine göre anlamlı derecede artmasına rağmen, uyarılma, orgazm, istek ve lubrikasyon alt boyutlarında kontrol grubu son test puanlarından yüksek olsa da anlamlı çıkmamıştır. Bunun nedeni kadınlardaki cinsel isteksizlikle ilgili düşünce olabilir. Çünkü çalışmamızda yaklaşık her beş kadından dördü, menopozun kendisinde cinsel isteksizliğe neden olduğunu ifade etmiştir. Kadınların bu durumları nedeniyle cinsel işlev sırasında kayganlaşma ve orgazmda istenilen artışın sağlanamadığı düşünülmektedir. Ayrıca danışmanlığın sadece kadınlara verilmesi, pandemi döneminden kaynaklanan sağlık ve ekonomi ile ilgili stres bu sonuca neden olmuş olabilir. Çalışmamızda kontrol grubundaki kadınların uyarılma hariç diğer alt boyutlarında ön test ile son test puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Cinsel danışmanlık ile kadınların gereksinimlerinin farkına varmalarının sağlanması ve uygun önerilerde bulunulması kadının cinsel fonksiyonlarının iyileşmesini sağlayabilir. Cinsel danışmanlığın, danışmanlık yapılan gruptaki kadınların cinsel isteklerini ve cinsel birliktelik

öncesinde veya sırasında uyarılmasını arttırarak, cinsel birliktelik öncesi ve sırasında vajinada sağladığı kayganlaşma ile ağrı hissini azalmasını ve cinsel birliktelikten doyum almasını önemli derecede artırdığını söyleyebiliriz.

Çalışmamızda müdahale ve kontrol grubunda yer alan kadınların danışmanlık öncesi ön test değerlendirmelerinde eşler arasındaki evlilik uyum puanlarında müdahale grubunun puan ortalamasının ($42,75 \pm 8,78$), kontrol grubuna ($44,10 \pm 8,46$) göre istatistiksel olarak anlamsız düzeyde düşük olduğu belirlenmiştir ($p > 0,05$; Tablo 4.8). Postmenopozal dönemdeki kadınların evlilik uyumları ile ilgili çalışmalar incelendiğinde evlilik uyum puan ortalamalarının orta düzeye yakın olduğu görülmektedir (27, 46, 59, 130, 164, 166). Çalışmamızda PLISSIT modeli ile cinsel danışmanlık alan müdahale grubunda yer alan kadınların evlilikte uyum son test puan ortalamaları ön test puan ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artmıştır ($P < 0,05$; Tablo 4.8). Ancak müdahale grubundaki kadınların evlilikte uyum son test puan ortalamaları ($46,86 \pm 5,85$) ile kontrol grubundaki kadınların evlilikte uyum son test puan ortalamaları ($43,17 \pm 8,29$) benzerdir ($p > 0,05$; Tablo 4.8).

Literatürde menopozun evlilik uyumuna etkisi ile ilgili farklı sonuçlara ulaşan çalışmalar bulunmaktadır. Bazı çalışmalar menopozun evlilik uyumunu etkilediğini gösterirken (59, 62, 164), Jafarbegloo ve ark. (27)'nin çalışmasında evlilik uyumunun menopozdan etkilenmediği belirlenmiştir. Bununla birlikte cinsel danışmanlığın çiftler arasındaki anlaşma ve yakınlaşma düzeyini anlamlı derecede artırdığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır (73, 74). PLISSIT modeline göre yapılan cinsel danışmanlığın eşlerin birbiriyle iletişime geçip duygularını, rahatsızlıklarını eşine ifade etmesinin bu sonuca katkıda bulunduğu düşünülmektedir. Bizim çalışmamızda da müdahale grubunda cinsel danışmanlık ile evlilik uyumunun arttığı saptanmıştır. Ancak danışmanlığın müdahale grubunda evlilik uyumlarını artırmasına rağmen danışmanlık sonrasındaki ölçümde kontrol grubu ile müdahale grubu puanları arasında anlamlı bir fark çıkmamıştır. Bu sonucun, çalışma kapsamında verilen cinsel danışmanlığın evlilik uyumuna yönelik olmaması, kadınların eşlerine danışmanlık verilmemesi, pandemi döneminde sağlıkla ilgili ve ekonomik kaygıların her iki gruptaki kadınlarla eşleri arasındaki uyumu etkilemiş olabileceğinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmada evlilik uyumu ölçeği alt boyutları da incelenmiştir. Hem ön test hem de son test evlilik uyumu alt boyut puan ortalamaları açısından müdahale ve kontrol grubu benzerdir ($p>0,05$; Tablo 4.8). Bununla birlikte müdahale grubunda yer alan kadınların evlilikte uyum anlaşma-anlaşmama alt boyutu son test puan ortalaması ve ilişki tarzı alt boyut son test puan ortancasının; ön test puanlarına göre anlamlı düzeyde arttığı saptanmıştır ($p<0,05$; Tablo 4.8). Kontrol grubundaki kadınların ise evlilikte uyum anlaşma-anlaşmama alt boyutu son test puan ortalamalarının, ön test puanlarına göre arttığı; ilişki tarzı alt boyutu son test puan ortalamalarının ise azaldığı ancak bu değişimlerin istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$; Tablo 4.8). Çalışmamızda danışmanlığın müdahale grubundaki kadınların evlilik uyumu alt boyutları puanlarını arttırdığı, ancak kontrol grubu ile müdahale grubu arasında bir fark yaratmadığı tespit edilmiştir. Evlilik uyumu genel puanlarında belirtildiği gibi PLISSIT modeline göre yapılan cinsel danışmanlığın; eşlerin birbiriyle iletişime geçip duygularını ve rahatsızlıklarını eşine ifade etmesini sağlayarak eşlerin daha iyi anlaşmasını sağladığı, ilişkilerini olumlu yönde geliştirdiği düşünülmektedir. Ancak danışmanlığa eşlerin dahil edilmemesi müdahale grubu ile kontrol grubu arasında evlilik uyumu alt boyutları puanları bakımından bir fark yaratılmamasına neden olmuş olabilir.

Çalışmamızda müdahale ve kontrol grubunda yer alan kadınların danışmanlık öncesi değerlendirmelerinde CYÖK-K puanlarının benzer olduğu belirlenmiştir ($p>0,05$; Tablo 4.9). Literatür incelendiğinde postmenopozal dönemdeki kadınların cinsel yaşam kalitesi puanlarının Tezce ve Beydağ (38)'in çalışmasında menopoza girme süresi bir yıldan az olan kadınlarda $61,16\pm 14,80$, Erbaş ve Demirel (25)'in çalışmasında $68,5\pm 11,5$, Görmüş (164)'ün çalışmasında $56,10\pm 22,5$, Süt ve Küçükkaya (2018)'nin çalışmasında $57,2\pm 21,3$ olduğu belirlenmiş olup, kadınların cinsel yaşam kalitesinin düşük olduğu tespit edilmiştir. Müdahale grubunda yer alan kadınların son test cinsel yaşam kalitesi puan ortalamaları ($80,77\pm 8,89$), danışmanlık öncesine ($71,68\pm 15,32$) göre anlamlı düzeyde artmıştır ($p<0,05$). Kontrol grubundaki kadınların ise son test cinsel yaşam kalitesi puan ortalamaları ($72,26\pm 14,24$) ile ön test puan ortalamaları ($74,32\pm 14,44$) arasında bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.9). Müdahale grubundaki kadınların son test CYKÖ-K puan ortalamalarının ($80,77\pm 8,89$) kontrol grubundaki kadınların son test puan ortalamalarından ($72,26\pm 14,24$) anlamlı

düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Literatür incelendiğinde PLISSIT modeli kullanılarak uygulanan cinsel danışmanlığın etkinliğinin araştırıldığı farklı örneklem gruplarında yapılan çalışmalarda da cinsel danışmanlığın cinsel yaşam kalitesini önemli ölçüde arttırdığı belirtilmiştir (71, 77, 79, 82). Bu çalışmaların ortak noktası kadınların cinsel yaşam kalitesini artırmak için cinsel danışmanlık müdahalesi kullanılmış olmasıdır. Çalışma sonuçlarımız da cinsel danışmanlık ile kadınların cinsel yaşam kalitesinin arttığı şeklinde yorumlanabilir. Çalışmamızda; kadınların cinsellikle ilgili duygu ve düşüncelerini ifade edebilmeleri ve fark edebilmelerinin sağlanmasının ve verilen bilgi ve öneriler ile cinsel sorunların çözümlenmesinin kadınların cinsel yaşam kalitesini arttığı düşünülmektedir. Cinsel danışmanlık alan kadınlarda cinsel yaşam kalitesinde saptanan pozitif değişimler; kadınların cinsel sorunlarının ya da cinselliğini etkileyecek değişimlerin PLISSIT modeli rehberliğinde ele alınması ve çözümlenmesi ile açıklanabilmektedir. Bu sonuçlar postmenopozal dönemdeki kadınlara verilecek hemşirelik bakımında cinselliğin ele alınması gerekliliğini ve PLISSIT modelinin de cinsel danışmanlık için farkındalık sağladığını göstermektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Postmenopozal dönemdeki kadınlara PLISSIT modeline göre verilen cinsel danışmanlığın kadınların cinsel fonksiyonlarına, evlilik uyumuna ve cinsel yaşam kalitesine etkisini değerlendirmek amacıyla yapılan bu çalışmada, aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

6.1.1. Kadınların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Sonuçlar

- Müdahale ve kontrol grubunda yer alan kadınlar; yaş ve eşlerin yaşı, eğitim düzeyi ve eşlerin eğitim düzeyi, kendi ve eşlerinin çalışma durumu, algılanan ekonomik durum, aile tipi, evlilik süresi ve evlenme şekli açısından benzer oldukları saptanmıştır ($p>0,05$; Tablo 4.1).
- Müdahale ve kontrol grubunda yer alan kadınların obstetrik özellikler (Tablo 4.2), menopoza yönelik bilgi alma durumları (Tablo 4.3) ve MSÖ toplam, somatik, psikolojik ve ürogenital semptom puanları bakımından benzer oldukları belirlenmiştir ($p>0,05$; Tablo 4.4).
- Müdahale ve kontrol grubunda yer alan kadınların menopozda cinsel hayatın etkilenmesi, cinselliğe yükledikleri anlam ve cinsel yaşamlarını değerlendirmeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$; Tablo 4.5).

6.1.2. Kadınların Kadın Cinsel İşlev Ölçeği, Evlilikte Uyumu Ölçeği ve Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği--Kadın Versiyonu Puanlarına İlişkin Sonuçlar

- Müdahale grubunda yer alan kadınların ön test cinsel işlev toplam puan ortalamasının $23,30 \pm 3,78$, kontrol grubunda yer alan kadınların ön test cinsel işlev toplam puan ortalamasının $23,93 \pm 4,13$ olduğu ve grupların cinsel işlev toplam puan ortalamalarının benzer olduğu belirlenmiştir ($p>0,05$). Müdahale grubundaki kadınların danışmanlık sonrası cinsel işlev toplam puan ortalaması artmıştır ($26,40 \pm 2,79$) ve puan ortalamasındaki bu artış istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Kontrol grubunda yer alan kadınların son test

puan ortalamasının $23,96 \pm 4,20$ olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubundaki kadınların ön test-son test cinsel işlev toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$). Son test cinsel işlev toplam puan ortalaması açısından müdahale ve kontrol grupları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$) (Tablo 4.6).

- Müdahale grubunda yer alan kadınların ön test evlilikte uyum toplam puan ortalamasının $42,75 \pm 8,78$, ortancasının 44,0 (23,0-56,0), kontrol grubunda yer alan kadınların ön test evlilikte uyum toplam puan ortalamasının $44,10 \pm 8,46$, ortancasının 45,0 (29,0-56,0) olduğu ve grupların evlilikte uyum toplam puan ortancalarının benzer olduğu belirlenmiştir ($p > 0,05$). Müdahale grubundaki kadınların danışmanlık sonrası evlilikte uyum toplam puan ortalaması artmıştır ($46,86 \pm 5,85$) ve puan ortalamasındaki bu artış istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$). Kontrol grubundaki kadınların son test puan ortalamasının $43,17 \pm 8,29$, ortancasının 43,0 (27,0-56,0) olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubundaki kadınların ön test-son test evlilikte uyum toplam puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$). Son test evlilikte uyum toplam puan ortalamaları açısından müdahale ve kontrol grupları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p > 0,05$), (Tablo 4.8).
- Müdahale grubunda yer alan kadınların ön test cinsel yaşam kalitesi puan ortalamasının $71,68 \pm 15,32$, kontrol grubunda yer alan kadınların puan ortalamasının $74,32 \pm 14,44$ olduğu ve grupların cinsel yaşam kalitesi puan ortalamalarının benzer olduğu belirlenmiştir ($p > 0,05$). Danışmanlık sonrası müdahale grubundaki kadınların cinsel yaşam kalitesi puan ortalaması anlamlı düzeyde artmıştır ($80,77 \pm 8,89$) ($p < 0,05$). Kontrol grubunda yer alan kadınların son test puan ortalaması $72,26 \pm 14,24$ 'tür ve kontrol grubundaki kadınların ön test-son test cinsel yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$). Son test cinsel yaşam kalitesi puan ortalamaları açısından müdahale ve kontrol grupları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$), (Tablo 4.9).

6.2. Öneriler

Çalışmada postmenopozal dönemdeki kadınlara PLISSIT modeline göre verilen cinsel danışmanlığın kadınların cinsel fonksiyonlarını ve cinsel yaşam kalitesini anlamlı düzeyde yükselttiği, evlilik uyumunu ise bazı alt boyutlarda olumlu olarak etkilediği belirlenmiştir. Çalışmanın sonuçları ışığında aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur:

- Postmenopozal dönemde verilen sağlık bakım hizmetleri içine PLISSIT modeli ile verilen cinsel danışmanlığın entegre edilmesi.
- Postmenopozal dönem cinsel danışmanlık içinde evlilik uyumunun artırılmasına yönelik öneri ve uygulamaların da yer alması.
- Postmenopozal dönemde kadınlara eşleriyle birlikte verilen cinsel danışmanlığın etkinliğinin değerlendirildiği randomize kontrollü çalışmaların planlanması.
- Klimakterik dönemin başlangıcından itibaren planlanan ve yürütülen cinsel danışmanlığın etkinliğinin değerlendirildiği randomize kontrollü çalışmaların planlanması.
- Postmenopozal dönemde farklı modellerle verilen cinsel danışmanlığın etkinliğinin karşılaştırıldığı randomize kontrollü çalışmaların planlanması.

7. KAYNAKLAR

1. Farage MA, Miller KW, Maibach HI. Skin, Mucosa and Menopause. Springer-Verlag Berlin. 2016. An. Ebook <https://books.google.com.tr/books?id=gHh3B&=Menopause>
2. Lumsden MA, Sassarini J. The evolution of the human menopause. *Climacteric*. 2019;22(2):111-116.
3. Pal L, Sayegh RA. (Eds.). *Essentials of Menopause Management: A Case-Based Approach*. Switzerland: Springer International Publishing. 2017;.3. Ebook <https://books.google.com.tr/books?id=Menopause>
4. Wren BG, Meere MS. *Menopause: change, choice and HRT*. Summer Hill, NSW. Rockpool Publishing. 2013. Erişim: Hacettepe Üniversitesi Kütüphaneleri Kataloğu. <https://www.menopause.org.au/health-info/book-reviews/241-menopause-change-choice-and-hrt>. Erişim Tarihi: 20.11.2018.
5. World Health Organization. (WHO) Research on the Menopause in the 1990s. Report of a WHO Scienti®c Group. Technical report series (Scr) 866, Geneva, Switzerland. 1996.
6. North American Menopause Society (NAMS). 2021. <http://www.menopause.org/publications/clinical-care-recommendations/chapter-1-menopause> Erişim tarihi: 01.07.2021.
7. Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği. (TJOD). 2021. <http://www.tjod.org/tjodden-aciklama-dunya-menopoz-gunu/>. Erişim tarihi: 01.07.2021.
8. World Health Organization (WHO). Developing sexual health programmes. 2010. /RHR/HRP/. Erişim Adresi: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/WHO_RHR_HRP_10.22_eng.pdf Erişim Tarihi: 19.05.2019.
9. Türkiye İstatistik Kurumu. TÜİK 2016. http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1100 Erişim tarihi: 01.07.2019
10. Şentürk AE, Golbasi Z, Kavlak T, Dilbaz S. Relationship between menopausal symptoms and sexual dysfunction among married Turkish women in 40–65 age group. *International journal of nursing practice*. 2015;21(5):575-583.
11. Khoei EM, Sheikhan F, Shamsalizadeh N. Menopause negatively impacts sexual lives of middle-aged Iranian women: A cross-sectional study. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 2014;40(6):552–600.
12. Agarwal AK, Kiron N, Gupta R, Sengar A, Gupta P. A study of assessment menopausal symptoms and coping strategies among middle age women of North Central India. *International Journal of Community Medicine and Public Health*. 2018;5(10):4470-77.
13. Yeom HE. Gender differences in climacteric symptoms and associated factors in Korean men and women. *Applied Nursing Research*. 2018;41:21-28.

14. Özcan H, Oskay, Ü. Menopoz döneminde semptom yönetiminde kanıta dayalı uygulamalar. *Göztepe Tıp Dergisi*. 2013;28(4):157-163.
15. Ali AM, Ahmed AH, Smail L. Psychological climacteric symptoms and attitudes toward menopause among Emirati women. *International journal of environmental research and public health*. 2020;17(14):5028.
16. Ji X, Singleterry S, Kulikova A, Harrison Y, Shivakumar G, Brown E. S. Association of menopause symptoms with depressive symptom severity in a diverse community-based sample. *Maturitas*. 2021;143:78-80.
17. Nazarpour S, Simbar M, Tehrani FR. Factors affecting sexual function in menopause: A review article. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2016;55(4):480-487.
18. Sasanpour M, Azh N, Alipour M. The Effect of a Midwife-Based Group Discussion Education on Sexual Dysfunction Beliefs in Rural Postmenopausal Women. *International Journal of Women's Health*. 2020;12: 393.
19. Khalesi ZB, Jafarzadeh-Kenarsari F, Mobarrez YD, Abedinzade M. The impact of menopause on sexual function in women and their spouses. *African Health Sciences*. 2020;20(4):1979-84.
20. McCool ME, Zuelke A, Theurich MA, Knuettel H, Ricci C, Apfelbacher C. Prevalence of female sexual dysfunction among premenopausal women: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Sexual medicine reviews*. 2016;4(3):197-212.
21. Gözüyeşil E, Sürücü GŞ, Alan S. Sexual function and quality-of-life-related problems during the menopausal period. *Journal of health psychology*. 2017; 23(14): 1769-1780. 1359105317742194.
22. Heidari M, Ghodusi M, Rezaei P, Abyaneh SK, Sureshjani EH, Sheikhi RA. Sexual function and factors affecting menopause: a systematic review. *Journal of menopausal medicine*. 2019;25(1):15-27.
23. Lonnèe-Hoffmann RAM, Dennerstein L, Lehert P, Szoeki C. Sexual function in the late postmenopause: A decade of follow-up in a population-based cohort of Australian women. *J Sex Med*. 2014;11:2029–2038.
24. Szadowska-Szlachetka ZC, Stasiak E, Leziak A, Irzmańska-Hudziak A, Łuczyk M, Stanisławek A, et, al.. Intensity of menopausal symptoms and quality of life in climacteric women. *Przegląd menopauzalny= Menopause review*. 2019;18(4):217.
25. Erbaş N, Demirel G. Klimakterik Dönemdeki Kadınların Menopoza İlişkin Yakınmalarının ve Menopozal Tutumlarının Cinsel Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bil Dergisi*. 2017;(4):220-225.
26. Nappi R. E, Cucinella L, Martella S, Rossi M, Tiranini L, Martini E. Female sexual dysfunction (FSD): Prevalence and impact on quality of life (QoL). *Maturitas*. 2016;94:87-91.

27. Jafarbegloo E, Momenyan S, Khaki I. The relationship between sexual function and marital satisfaction in postmenopausal women. *Modern Care Journal*. 2019;16(1):1-5.
28. Lett C, Valadares AL, Baccaro LF, Pedro AO, Jeffrey Filho L, Lima M, Costa-Paiva L. Is the age at menopause a cause of sexual dysfunction? A Brazilian population-based study. *Menopause*. 2018;25(1):70-76.
29. Kömürcü N, İşbilen A. Postmenopozal dönemde kadınların cinsel yaşama uyumu. *Turkish Journal of Urology*. 2011;37(4):326-330.
30. Nazarpour S, Simbar M, Tehrani FR, Majd HA. The relationship between menopausal symptoms and sexual function. *Women & health*. 2018;58(10):1112-1123.
31. Wong EL, Huang F, Cheung AW, Wong CK. The impact of menopause on the sexual health of Chinese Cantonese women: A mixed methods study. *Journal of Advanced Nursing*. 2018; 74(7):1672-1684.
32. Cano A. (Ed.). *Menopause: A Comprehensive Approach*. 1st Edition. 2017: 2-20. DOI:10.1007/978-3-319-59318-0. eBook ISBN: 978-3-319-59318-0. eBook:<https://books.google.com.tr/books?id=menopause>.
33. Nazarpour S, Simbar M, Ramezani TF, Alavi MH. The impact of a sexual enhancement program on the sexual function of postmenopausal women. *Climacteric*. 2016;19(5):506-511.
34. Simon JA, Davis SR, Althof SE, Chedraui P, Clayton AH, Kingsberg SA., et, al. Sexual well-being after menopause: an international menopause society white paper. *Climacteric*. 2018;21(5):415-427
35. Taşkın L. *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*, XV Baskı, Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara. 2016.
36. Ussher JM, Perz J, Parton C. Menopause and sexuality: Resisting representations of the abject asexual woman. Maureen C. McHugh, Chrisler JC., editors. *The wrong prescription for women: How medicine and media create a 'need' for treatments, drugs, and surgery*. 2015; 123-146. eBook: <https://books.google.com.tr/books?=&Menopause+and+sexuality+culture>
37. Süt HK, Küçükaya B. Premenopoz, Perimenopoz ve Postmenopoz Dönem Kadınlarında Cinsel Yaşam Kalitesi. *KASHED*. 2018;4(1):51-68.
38. Tezce MA, Beydağ K. D. Menopozdaki Kadınların Menopoza Bakış Açısı ve Cinsel Yaşam Kalitesi. *Sağlık ve Toplum*. 2021;31(1):175-186.
39. Karakuş A, Yanikkerem E. Klimakterik Dönemde Cinsel Disfonksiyon: Female Sexual Function Index (FSFI) - Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi İle Yapılan Son 5 Yıllık Çalışmalar. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2016;(5)1:64-85.
40. Ikeme ACC, Okeke TC, Akogu SPO, Chinwuba N. Knowledge and perception of menopause and climacteric symptoms among a population of women in Enugu, South East, Nigeria. *Annals of Medical and Health Sciences Research*. 2011;1(1):31-36.

41. Cabral PU, Canário AC, Spyrides MH, Uchôa SA, Eleutério J, Gonçalves AK. Determinants of sexual dysfunction among middle-aged women. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2013;120(3):271-274.
42. Dvornyk V. *Current Topics in Menopause*. 2013:6-29. eISBN: 978-1-60805-453-4, Erişim tarihi: 06.05.2020. eBook: <https://books.google.com.tr/books?=&Current+Topics+in+Menopause>.
43. Briggs P, Kovacs G. Clinical features of the menopause transition. Panay N, Briggs P, Kovacs G. (Eds.). *Managing the menopause: 21st century solutions*. Cambridge University Press. 1st Edition 2015: 29-36. <https://doi.org/10.1017/CBO9781316091821>
eBook:<https://books.google.com.tr/books=menopausal+symptoms+and+treat+men>.
44. Lianjun P, Aixia Z, Zhong W, Feng P, Li B, Xiaona Y. Risk factors for low sexual function among urban Chinese women: A hospital-based investigation. *The journal of sexual medicine*. 2011; 8(8):2299-2304.
45. Scavello I, Maseroli E, Di Stasi V, Vignozzi L. Sexual health in menopause. *Medicina*. 2019;55(9):559.
46. Beyazıt F, Şahin B. Determining the factors influencing the intimate relationship between sexual satisfaction and dyadic adjustment in postmenopausal women. *Menopause Review*. 2018;17(2):57-62.
47. Islam RM, Bell RJ, Davis SR. Prevalence of sexual symptoms in relation to menopause in women in Asia: A systematic review. *Menopause*. 2018;25(2):231-238.
48. Şen S, Güneri SE, Sevil Ü, Çengel S. Menopoz dönemindeki kadınların cinsel disfonksiyonlarının değerlendirilmesi. *Journal of Clinical Obstetrics & Gynecology*. 2012;22(1):8-14.
49. Martins M, Bandeira VAC, Gewehr DM, Berlezi EM. Prevalence and factors associated with sexual dysfunction in climacteric women. *Mundo saúde (Impr.)*. 2018;642-655.
50. Llana P, García-Portilla MP, Llana-Suárez D, Armott B, Pérez-López FR. Depressive disorders and the menopause transition. *Maturitas*. 2012;71:120–130.
51. Tiznobek A, Mirmolaei ST, Momenimovahed Z, Kazemnejad A, Taheri S. Effect of counseling on sexual function and behavior in postmenopausal women and their spouses: a randomized, controlled trial (RCT) study. *Przeglad menopauzalny= Menopause review*. 2017;16(3):99.
52. Vural PI, Yangın HB. Menopoz Algısı: Türk ve Alman Kadınların Karşılaştırılması. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2016;5(3):7-15.
53. Erkin Ö, Ardahan M, Kert A. Menopoz döneminin kadınların yaşam kalitesine etkisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2014;3(4):1095-1113.

54. Doğan T, Tugut N, Gölbaşı Z. The relationship between sexual quality of life, happiness, and satisfaction with life in married Turkish women. *Sexuality and Disability*. 2013;31(3):239-247.
55. Gazibara T, Nurkovic S, Kovacevic N, Kurtagic I, Rancic B, Radovanovic S, & Dotlic J. Factors associated with sexual quality of life among midlife women in Serbia. *Quality of Life Research*. 2017;26(10):2793-2804.
56. Symonds T, Boolell M, Quirk F. Development of questionnaire on sexual quality of life in women.. *J Sex Marital Ther*. 2005;31:385-97.
57. Yaralı S. Hacıalıoğlu N. Evli Kadınlarda Cinsel Fonksiyon Bozukluğu ve Cinsel Yaşam Kalitesinin İncelenmesi. *Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi*. 2016;6:108-127.
58. Heidari M, Ghodusi M, Rafiei H. Sexual self-concept and its relationship to depression, stress and anxiety in postmenopausal women. *Journal of menopausal medicine*. 2017;23(1):42-48.
59. Bülbül T, Mucuk S, Dolanbay M, Turhan İ. Do complaints related to menopause affect sexuality and marital adjustment? *Sexual and Relationship Therapy*. 2020:1-15.
60. Caglar M, Mersin S, Ibrahimoglu O. Dyadic adjustment and sexual function in postmenopausal women. *Annals of Medical Research*. 2020;27(3):955-963.
61. Canel AN. Evlilik ve aile hayatı. Aile Eğitimi Programı. *Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı. İstanbul*, 2012.
62. Rouhbakhsh M, Kermansaravi F, Shakiba M, Navidian A. The effect of couples education on marital satisfaction in menopausal women. *J Women Aging*. 2019; 31(5): 432–445.
63. Yıldırım F. Menopozun eşlerin evlilik ve cinsel uyumlarına etkisi (yayınlanmamış Master's thesis, Sağlık Bilimleri Enstitüsü). T.C. Hitit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı. 2019.
64. Khadivzadeh T, Ghazanfarpour M, Roudsari RL. Cultural Barriers Influencing Midwives' Sexual Conversation with Menopausal Women. *Journal of menopausal medicine*. 2018;24(3):210-216.
65. Tuğut N, Gölbaşı Z. Cinselliğin Değerlendirilmesi: Hemşireler İçin Öneriler ve Klinik Stratejiler. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*. 2014;11(2):59-64.
66. Aygin D, Aslan FE. Kadın Cinsel İşlev Ölçeği'nin Türkçeye Uyarlaması. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*. 2005;25(3): 393-399.
67. Depke JL, Onitilo AA. Sexual health assessment and counseling: oncology nurses' perceptions, practices, and perceived barriers. *The Journal of community and supportive oncology*. 2015;13(12):442-443.
68. Bozkurt ÖD, Sevil Ü. Menopoz ve Cinsel Yaşam. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 2016;3(4):497-503.
69. Naeij E, Khani S, Firouzi A, Moosazadeh M, Mohammadzadeh F. The effect of a midwife-based counseling education program on sexual function in

- postmenopausal women: a randomized controlled clinical trial. *Menopause*. 2019;26(5):520-530.
70. Tütüncü B, Yıldız H. The influence on women's sexual functions of education given according to the PLISSIT model after hysterectomy. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2012;47:2000-2004.
 71. Yörük F, Karaçam Z. The Effectiveness of the PLISSIT Model in Solving Postpartum Sexual Problems Experienced by Women. *Athens Journal of Health*. 2016;3(3):235-237.
 72. Alavipour N, Masoumi SZ, Kazemi F, Parsa P. Randomized Controlled Trial Protocol for Evaluating the Effect of Group Education on Postmenopausal Sexual Dysfunction. *Journal of Menopausal Medicine*. 2020;26(2):112.
 73. Nho JH, Kim YH, Kook HJ. Effect of a web-based sexual health enhancement program for women with gynecologic cancer and their husbands. *International Journal of Sexual Health*. 2019;31(1):50-59.
 74. Saboula N, El-Sayed SM. Effectiveness of application of PLISSIT counseling model on sexuality for breast cancer's women undergoing treatment. *Am J Nurs Sci*. 2015;4:218-30.
 75. Duman NB. Cinsel Sağlığın Değerlendirilmesinde Model Kullanımı. *Cinsel Sağlık, Nobel Tıp Kitapevleri*. 2019: 59-66. 6053354325, 9786053354321 [https://books.google.com.tr/books? histerektomi%2C%20plissit](https://books.google.com.tr/books?histerektomi%2C%20plissit)
 76. Açıkgöz F. Cinsel sağlığa yönelik hemşirelik yaklaşım modelleri. *Androloji Bülteni*. 2011:305-307.
 77. Dangesaraki MM, Maasoumi R, Hamzehgardeshi Z, Kharaghani R. Effect of the EX-PLISSIT model on sexual function and sexual quality of life among women after hysterectomy: a randomised controlled trial. *Sexual health*. 2019;16(3):225-232.
 78. Taylor B, Davis S. Using The Extended PLISSIT Model To Address Sexual Healthcare Needs. *Nursing Standard*. 2006;21(11):35-40.
 79. Abdelhakm EM, Said AR, Elsayed DMS. Effect of PLISSIT Model Sexual Counseling Program on Sexual Quality of Life for Postpartum Women. *American Journal of Nursing Science*. 2018;7(2):63.
 80. Ayaz S, Kubilay G. Effectiveness of the PLISSIT model for solving the sexual problems of patients with stoma. *Journal of Clinical Nursing*. 2009;18(1):89-98.
 81. Banaei M, Tork Zahrani S, Pormehr-Yabandeh A, Ozgoli G, Azad M. Investigating the impact of counseling based on PLISSIT model on sexual intimacy and satisfaction of breastfeeding women. *International Journal of Pharmaceutical Research & Allied Sciences*. 2016;5(3):489-499.
 82. Bilge Ç. Jinekolojik Kanserli Kadınlarda Plıssıt Modeli Doğrultusunda Yapılan Cinsel Danışmanlığın Etkinliği. *Yayınlanmamış Doktora Tezi*. İstanbul, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. 2017.

83. Esmkhani M, Kharaghani R, Shakibazadeh E, Faghihzadeh S, Korte J E, & Merghati-Khoei E. Comparison of the Effects of the PLISSIT Model Versus the Sexual Health Model on Quality of Life Among Women with Breast Cancer. *Sexuality and Disability*. 2021;39(1):85-96.
84. Khakbazan Z, Daneshfar F, Behboodi-Moghadam Z, Nabavi SM, Ghasemzadeh S, Mehran A. The effectiveness of the Permission, Limited Information, Specific suggestions, Intensive Therapy (PLISSIT) model based sexual counseling on the sexual function of women with Multiple Sclerosis who are sexually active. *Multiple sclerosis and related disorders*. 2016;8:113-119.
85. Mehrabi M, Lotfi R, Rahimzadeh M, & Khoei EM. Effectiveness of sexual counseling using PLISSIT model on sexual function of women with type 2 diabetes mellitus: results from a randomized controlled trial. *International Journal of Diabetes in Developing Countries*. 2019;39(4):626-632.
86. Nalliah S. *The Menopause and Beyond*. 2013. Xlibris Corporation. ISBN:1483680142, 9781483680149. eBook: <https://books.google.com.tr/books?id=menopause>
87. Bradshaw KD. (G. Yıldırım, çev.) *Menapoz*. Hoffman BL. Editör. Williams jinekoloji. (Tıpkı baskı.). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2016.
88. Bezerra FC, Oliveira CA. *Menopause: Management, Complications, and Social Perceptions*. Nova Biomedical. (Şule Gökyıldız: Menopause). Nova Science Publishers. New York. 2012:140.
89. Sun X, Shu X, Zong Z, Mao J, Sun Y, Hearst N. Unmet sexual and reproductive health needs of women aged 50 to 64 years in rural China. *Menopause*. 2015;22(5):505-511.
90. Özkan AH. *Menapoz. Hemşirelik ve ebelik için kadın sağlığı ve hastalıkları*. Yenişehir, Ankara: Akademisyen Kitabevi. 2019.
91. Naworska B, Bak-Sosnowska M. Risk factors of sexual dysfunctions in postmenopausal women. *Ginekologia polska*. 2019; 90(11):633-639.
92. Tong J, Zhang C, Zhu L, Zhang L, Jinghe, L. Sexual dysfunction in perimenopausal women based on a national epidemiological survey in China. *Climacteric*. 2019;22(2):190-194.
93. Sham F, Zaidi WNAWM, Zahari ZN, Danis A, Razali S. "Sexuality Means" Sex": Opinions of Parents on Sexuality Education in Malaysia. *International Journal of Caring Sciences*. 2020;13(3):1818-1825.
94. Bozdemir N, Özcan S. Cinselliğe ve cinsel sağlığa genel bakış. *Turkish journal of family medicine and primary care*. 2011;5(4):37-46
95. Bogle B. Sexual health promotion in midwifery practice. Bowden J, Manning V. (Eds.). *Health promotion in midwifery: principles and practice*. CRC Press. Third Edition. 2016:111-127.
96. Evcili F, Demirel G. Patient's sexual health and nursing: a neglected area. *International Journal of Caring Sciences*. 2018;11(2):1282-1288.

97. Muhamad R, Horey D, Liamputtong P, Low WY, Sidi H. Meanings of sexuality: views from Malay women with sexual dysfunction. *Archives of sexual behavior*. 2019;48(3):935-947.
98. Wagner DN. Body, Mind and Spirits: The Physiology of Sexuality in the Culture of Sensibility. *Journal for Eighteenth-Century Studies*. 2016;39(3):335-358.
99. Georgiadis JR, Kringelbach ML. The human sexual response cycle: brain imaging evidence linking sex to other pleasures. *Progress in neurobiology*. 2012;98(1):49-81.
100. Akbulut MF, Üçpınar MB, Gürbüz ZG. Kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluklarının sınıflaması ve tedavisi. *Türkiye Klinikleri J Urology-Special Topics*, 2015;8(3):10-5.
101. Nowosielski K, Wróbel B, Kowalczyk R. Women's endorsement of models of sexual response: Correlates and predictors. *Archives of Sexual Behavior*. 2016;45(2):291-302.
102. Domoney C. Libido and sexual function in the menopause. Panay N, Briggs P, Kovacs G. (Eds.). *Managing the menopause: 21st century solutions*. Cambridge University Press. 1st Edition 2015: 102-108. <https://doi.org/10.1017/CBO9781316091821>
eBook:<https://books.google.com.tr/books=menopausal+symptoms+and+treatmen>
103. Avis NE, Crawford SL, Green R. Vasomotor symptoms across the menopause transition: differences among women. *Obstetrics and Gynecology Clinics*. 2018;45(4):629-640.
104. Makara-Studzińska M, Kryś-Noszczyka K, & Jakiel G. The influence of selected socio-demographic variables on symptoms occurring during the menopause. *Przegląd menopauzalny= Menopause review*. 2015; 14(1): 20.
105. Hall E, Frey BN, Soares CN. Non-hormonal treatment strategies for vasomotor symptoms. *Drugs*. 2011;71(3):287-304.
106. Ghazanfarpour M, Khadivzadeh T, Roudsari RL. Sexual disharmony in menopausal women and their husband: A qualitative study of reasons, strategies, and ramifications. *Journal of menopausal medicine*. 2018;24(1):41.
107. Er A. Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti Lefkoşa merkezde yaşayan menopoza girmiş kadınların menopoz dönemine yönelik yaşadıkları sorunlar ve baş etme yolları. (Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi), Yakın Doğu Üniversitesi, Lefkoşa. 2011.
108. Calleja-Agius J, Brincat MP. The urogenital system and the menopause. *Climacteric*. 2015;18(1):18-22.
109. Portman DJ, Gass ML. Genitourinary syndrome of menopause: new terminology for vulvovaginal atrophy from the International Society for the Study of Women's Sexual Health and the North American Menopause Society. *Maturitas*. 2014;79(3):349-354.

110. Erbil N. Attitudes towards menopause and depression, body image of women during menopause. *Alexandria Journal of Medicine*. 2018;54(3):241-246.
111. Jin K, Hyun CN. Sleep disorders and depression due to menopausal symptoms in middle-aged Korean females. *Journal of Physical Therapy Science*. 2021;33(7):526-530.
112. Henderson VW, John JAS, Hodis HN, McCleary CA, Stanczyk FZ, Karim R, et al. Cognition, mood, and physiological concentrations of sex hormones in the early and late postmenopause. *Proceedings of the National Academy of Sciences*. 2013;110(50):20290-20295.
113. Merghati-Khoei E, Pirak A, Yazdkhasti M, Rezasoltani P. Sexuality and elderly with chronic diseases: A review of the existing literature. *Journal of research in medical sciences: the official journal of Isfahan University of Medical Sciences*. 2016;21:1-10.
114. Abay H, Kaplan S. Histerektomi Sonrası Cinsel Sorunların Değerlendirilmesinde PLISSIT Modelinin Kullanılması. *Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi*. 2017;11:184-200.
115. Dinçer Y, Oskay Ü. Menopoz Döneminde Kadınların Cinsellik İle İlgili Sorunlarının İncelenmesi: Kalitatif Bir Çalışma. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*. 2018;4(2):16-28.
116. Merghati-Khoei E, Sheikhan F, Shamsalizadeh N, Haghani H, Yousofnia Pasha YR, Killeen T. Menopause negatively impacts sexual lives of middle-aged Iranian women: a cross-sectional study. *Journal of sex & marital therapy*. 2014;40(6):552-560.
117. Trompeter SE, Bettencourt R, Barrett-Connor E. Sexual activity and satisfaction in healthy community-dwelling older women. *The American journal of medicine*. 2012;125(1):37-43.
118. Thurston RC, Karvonen-Gutierrez CA, Derby CA, El Khoudary SR, Kravitz HM, Manson JE. Menopause versus chronologic aging: their roles in women's health. *Menopause*. 2018;25(8):849-854
119. Ishak WW, Tobia G. DSM-5 changes in diagnostic criteria of sexual dysfunctions. *Reproductive System ve Sexual Disorders*. 2013;2:122-123.
120. Binik YM, Hall KS. Principles and practice of sex therapy. Guilford Publications. London. Fifth Edition. 2014.
121. Akarsu RH, Beji NK. Kadın cinsel fonksiyon bozuklukları sınıflandırılmasında DSM-V kapsamında yapılan değişiklikler. *Androloji Bülteni*. 2016;18(65):134-137.
122. Chen CH, Lin YC, Chiu LH, Chu YH, Ruan FF, Liu WM, et al. Female sexual dysfunction: definition, classification, and debates. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2013;100(4):898-904.
123. Krakowsky Y, Grober ED. A practical guide to female sexual dysfunction: An evidence-based review for physicians in Canada. *Canadian Urological Association Journal*. 2018;12(6):211.

124. Şişman B. Türk kültüründe evlilik: (geleneğin son yüzyılı - Samsun örneği). Ankara: Kurgan Edebiyat. 2017.
125. Yavuzer H. Evlilik okulu: Evlilikte kişilerarası ilişkiler ve iletişim becerileri (On ikinci basım: Eylül 2017). İstanbul: Remzi Kitabevi. 2017.
126. Kubilay D, Oktan V. Evlilik Uyumu: Değer Tercihleri ve Öznel Mutluluk Açısından İncelenmesi. Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi. 2015;5(44):25-35.
127. Öztürk CŞ, Arkar H. Evli çiftlerde evlilik uyumu ve cinsel doyum arasındaki ilişkiler. Literatür ve Sempozyum. 2014;1(3):16-24.
128. Yalçın H. Evlilik Uyumu İle Sosyodemografik Özellikler Arasındaki İlişki. Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi. 2014;3(1):250-261
129. Sis A, Pasinlioğlu T. Determining the association between Turkish women's menopausal symptoms and their marital adjustment. Turk J Med Sci. 2013;43:928–938.
130. Pınar ŞE, Polat Ş. Menopoz Döneminde Olan Kadınların Evlilik Uyumları ve Etkileyen Faktörler. İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi. 2020;8(2):246-257.
131. Kling JM, Kelly M, Rullo J, Kapoor E, Kuhle CL, Vegunta S, et al. Association between menopausal symptoms and relationship distress. Maturitas; 2019;130:1-5.
132. Yılmaz FA, Avcı D. The relationship between personality traits, menopausal symptoms and marital adjustment. Health Care for Women International. 2021;1-16.
133. Balık D. Menopozun evlilik ilişkileri üzerindeki etkisinin incelenmesi. (Yayımlanmamış Yüksek lisans tezi). Ankara Üniversitesi, Ankara. 2013.
134. Ekşi H, Kahraman Z. Bir evlilik ve aile hayatı eğitim programının evli kadınlarda evlilik uyumuna ve aile sistemine etkisi. Marmara Üniversitesi Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi. 2012;36:129-145.
135. Bal F, Farajı H, Erdinc I. Evaluation of factors affecting the life satisfaction by marriage and sexual concept. The Journal of Social Science. 2018;5:185–197.
136. Kızıllöz AB. Evli bireylerde mükemmeliyetçilik, evlilik uyumu ve cinsel doyum arasındaki ilişkinin incelenmesi.(Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Okan Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Klinik Psikoloji Anabilim Dalı, İstanbul. 2018.
137. Larroy C, Marin Martin C, Lopez-Picado A, & Fernandez Arias I. The impact of perimenopausal symptomatology, sociodemographic status and knowledge of menopause on women's quality of life. Archives of gynecology and obstetrics. 2020;301(4):1061-1068.
138. Aras EN. Kadınlarda Evlilik Doyumunun Cinsel Yaşam Kalitesi ve Bilişsel Çarpıtmalar Bağlamında İncelenmesi. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Aydın Üniversitesi. Psikoloji Programı. 2020.

139. Tav AŞ, Gültekin BK, Arpacıoğlu BS. Aile içi fiziksel şiddete maruz kalmış evli kadınlarda klinik özellikler, çiftlerarası uyum ve cinsel yaşam kalitesi. *Klinik Psikiyatri*. 2018;21:254-260.
140. McCallum M, Lefebvre M, Jolicoeur L, Maheu C, Lebel S. Sexual health and gynecological cancer: conceptualizing patient needs and overcoming barriers to seeking and accessing services. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 2012;33(3):135-142.
141. Serçekuş P, Türkcü SG. Jinekolojik kanserli hastalarda cinsellik. *DEUHFED* 2015;8:36-8. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/753264>.
142. Gölbaşı Z, Evcili F. Hasta cinselliğinin değerlendirilmesi ve hemşirelik: engeller ve öneriler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2013;16(3):182-189.
143. Uslu E, İnfal S, Ulusoy M N. Cinsel sorunların çözümünde Plissit modelinin etkisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2016;8(1):52-63.
144. Malary M, Pourasghar M, Khani S, Moosazadeh M, Hamzehgardeshi Z. Psychometric properties of the sexual interest and desire inventory-female for diagnosis of hypoactive sexual desire disorder: The Persian version. *Iranian Journal of Psychiatry* 2016;11(4):262-8.
145. Ölçer Z, Oskay Ü. Kanser hastalarına yönelik BETTER modeline dayalı cinsel danışmanlık. *Androloji Bülteni*. 2020;22:177-182.
146. Shahbazi Z, Farshbaf-Khalili A, Sattarzadeh N, & Kamalifard M. The effect of sexual counseling based on PLISSIT model on sexual function of pregnant women: a randomized controlled clinical trial. *Int J Womens Health Reprod Sci*. 2019;7:372-379.
147. Bowden J. Using health promotion models and approaches in midwifery. Bowden J, Manning V. (Eds.). *Health promotion in midwifery: principles and practice*. CRC Press. Third Edition. 2016: 36-49.
148. Atan ŞÜ, Yiğitoğlu S. Menopozda Semptom Yönetimi İle İlgili Kanıta Dayalı Uygulamalar. *Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi*. 2015;3:35-59.
149. Çetin ÖE, Eroğlu K. Menopoz Dönemindeki Kadınların Yaşadıkları Sorunlar ve Baş etme Yolları. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*. 2015;8(4):219-225.
150. Kline TL. *Post-menopausal and Sexually Active: How Older Women Make Meaning of Their Sexually Satisfying Experiences* (Doctoral dissertation, Alliant International University, California School of Professional Psychology, San Francisco). 2013.
151. Scheneider HPG, Heineman LAJ, Thiele K: The Menopause Rating Scale Menopuse Rating Scale (MRS). Cultural and linguistik translation in the english. *Public Health: The Menopause Rating Scala (MRS)* 10.1072/L0305326. 2002.
152. Gürkan ÖC. Menopoz semptomları değerlendirme ölçeğinin Türkçe formunun güvenilirlik ve geçerliliği. *Hemşirelik Forumu Dergisi*. 2005;3:30-35.

153. Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, Ferguson R, D'Agostino R. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of Sex ve Marital Therapy*. 2000;26:191-208.
154. Locke HJ, Wallace KM. Short marital-adjustment and prediction tests: their reliability and validity. *Marriage and Family Living*. 1959;21:251-255.
155. Kışlak TŞ. Evlilikte Uyum Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması. *3P Dergisi*. 1999;7(1):50-57.
156. Tuğut N, Gölbaşı Z. Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın Türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Cumhuriyet Medical Journal*. 2010;32(2):172-180.
157. Nateri NS, Beigi M, Kazemi A, Shirinkam F. Women coping strategies towards menopause and its relationship with sexual dysfunction. *Iranian journal of nursing and midwifery research*. 2017;22(5):343.
158. Kadayıfçı O. Klimakterium, Premenopoz, Menopoz, Postmenopoz, Senium, İkinci Bahar. İstanbul: Nobel tıp Kitapevleri. 2006:26-32.
159. Kısa S, Zeyneloğlu S, Yılmaz D, Verim E. Knowledge and beliefs related to sexuality of couples doing marriage preparation. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2013;12(2):1.
160. Şahin D, Şimşek F, Seyisoğlu H. Cinsel yaşam ve sorunları. Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği (CETAD), Bilgilendirme Dosyası-1. Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Alanında Ulusal ve Yerel Medya Yoluyla Savunuculuk Projesi. İstanbul. 2006. Erişim Adresi: <http://www.cetad.org.tr/CetadData/Books/35/pdf> Erişim Tarihi:14.06.2019
161. Yüksel Ş, Cindoğlu D. CETAD Bilgilendirme Dosyası-5. Kadın cinselliği. Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Alanında Ulusal ve Yerel Medya Yoluyla Savunuculuk Projesi, İstanbul. 2006. Erişim Adresi: <http://www.cetad.org.tr/CetadData/Books/37/pdf> Erişim Tarihi:14.06.2019
162. Wallaca M.A. Sexual Health Of Older Adults: Using The PLISSIT Model To Talk About Sex. *AJN*. 2008;8(7):50-60.
163. Demir R, Taşpınar A. Kadın Sağlığının Korunmasında Kegel Egzersizlerinin Önemi ve Ebelik Yaklaşımı. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2018;34(2):77-88.
164. Görmüş Y. Menopoz semptomlarının cinsel yaşam ve evlilik uyumu üzerine etkisi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. 2017.
165. Atik Nalbant, M. Menopozal semptomlar ile cinsel yaşam arasındaki ilişkiler (Master's thesis, Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü). 2009.
166. Rathnayake N, Lenora J, Alwis G, Lekamwasam S. Prevalence and severity of menopausal symptoms and the quality of life in middle-aged women: a study from Sri Lanka. *Nursing Research and Practice*. 2019;1-9.

8. EKLER

EK-1. Tanıtıcı Bilgiler Formu

Birinci Bölüm

1. Doğum tarihiniz nedir? (Gün, ay ve yıl olarak belirtiniz)
.....
2. Eşinizin doğum tarihi nedir? (Gün, ay ve yıl olarak belirtiniz)
.....
3. Eğitim durumunuz nedir?
 - a. Okur - yazar
 - b. İlkokul
 - c. Ortaokul
 - d. Lise
 - e. Üniversite ve üzeri
4. Eşinizin eğitim durumu nedir?
 - a. Okur – yazar
 - b. İlkokul
 - c. Ortaokul
 - d. Lise
 - e. Üniversite ve üzeri
5. Halen gelir getiren bir işte çalışıyor musunuz?
 - a. Evet b. Hayır
6. Eşiniz halen gelir getiren bir işte çalışıyor mu?
 - a. Evet b. Hayır
7. Ailenizin ekonomik durumunuzu nasıl tanımlarsınız?
 - a. Gelir giderden düşük b. Gelir gidere denk c. Gelir giderden fazla
8. Aile tipiniz
 - a. Çekirdek b. Geniş
9. Gebe kaldınız mı?
 - a. Evet (Gebelik sayınızı belirtiniz.....)
 - b. Hayır (10. soruya geçiniz)

10. Doğum yaptınız mı?

a. Evet (Doğum sayınızı belirtiniz)

b. Hayır (11. soruya geçiniz)

11. Düşük yaptınız mı?

a. Evet (Düşük sayınızı belirtiniz)

b. Hayır (12. soruya geçiniz)

12. Yaşayan çocuğunuz var mı?

a. Evet (Yaşayan çocuk sayınızı belirtiniz)

b. Hayır (13. soruya geçiniz)

13. Ne kadar süredir evlisiniz?.....

14. Eşinizle evlenme şekliniz nedir?

a. Tanışıp anlaşarak b. Görücü usulü ile isteyerek c. Görücü usulü ile istemeyerek

15. Sizce menopoza nedir?.....

16. Menopoz dönemine yönelik bilgi aldınız mı?

a. Evet ((Lütfen aldığınız bilgi ve özelliklerini aşağıdaki tabloda belirtiniz)

b. Hayır (17. soruya geçiniz)

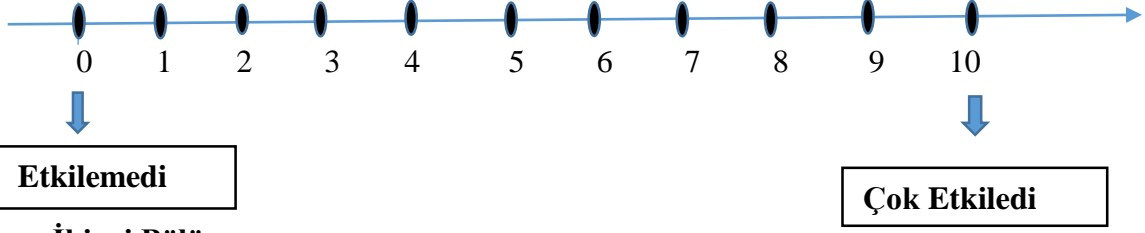
Bilgi Alınan Konu	Bilgi Alınan Kişi	Bilgi Alma Zamanı	Bilgiyi Yeterli Bulma Durumu
a. Menopoz dönemi değişiklikler/ sorunlar	a. Doktor	a. Menopoza girmeden önce	a. Yeterli
b. Menopozda cinsellik	b. Hemşire	b. Menopoza girdikten sonra	b. Yeterli değil
c. Menopoz dönemi değişikliklere yönelik öneriler	c. Arkadaş	c. Menopoza girmeden önce ve girdikten sonra	
d. Menopoz sonrası cinsel sorunlara yönelik öneriler	d. Akraba		
e. Diğer (Lütfen belirtiniz.....)	e. İnternet		
	f. Diğer (Lütfen belirtiniz...)		

17. Menopoz dönemi cinsel yaşamınızı etkiledi mi?

a. Evet (Lütfen açıklayınız...)

b. Hayır

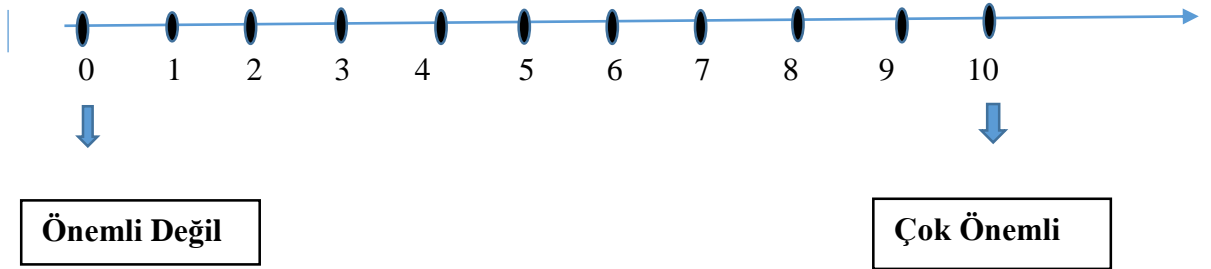
18. Menopozun cinsel yaşamınızı etkileme düzeyini aşağıdaki 0-10 arasındaki cetvel üzerinde işaretleyiniz.



İkinci Bölüm

1. Sizce cinselliğin anlamı nedir?
 - a. Üreme
 - b. Eşine karşı bir görev
 - c. Temel ihtiyaçlardan biri
 - d. Diğer (Lütfen belirtiniz.....)
2. Cinsel yaşamınızı nasıl değerlendiriyorsunuz?
 - a. Çok iyi
 - b. İyi
 - c. Orta
 - d. Kötü

3. Cinselliğin yaşamınızdaki önem düzeyini aşağıdaki 0-10 arasındaki cetvel üzerinde işaretleyiniz



EK-2. Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği

Sevgili hanımlar menopoz semptomlarını değerlendirme ölçeğimizde belirtilen yakınmalarından yaşadıklarınız varsa lütfen bu yakınmaları ne düzeyde yaşadığınızı ölçeğimiz üzerinde işaretleyiniz. Şikâyetinizin olmadığı yakınmalar için “hiç yok” seçeneğini işaretleyiniz.

Yakınmalar	Puanlar				
	Hiç yok 0	Hafif 1	Orta 2	Şiddetli 3	Çok şiddetli 4
Sıcak basması, terlemeler (Terleme nöbetleri)	0	1	2	3	4
Kalp rahatsızlıkları (Normalde hissetmediğiniz şekilde kalpte sıkışma, tekleme, çarpıntı hissi)	0	1	2	3	4
Uyku sorunları (Uykuya dalmada güçlük, uzun süre uyuyamama, erken uyanma)	0	1	2	3	4
Keyifsizlik hali (Kendini kötü, üzgün, ağlamaklı hissetme, isteksizlik, ruh halinde değişiklik)	0	1	2	3	4
Sinirlilik (Sinirlilik, gerginlik ve çabuk öfkelenme hissi)	0	1	2	3	4
Endişe / Kaygı (Huzursuzluk, panik hissi)	0	1	2	3	4
Fiziksel ve zihinsel yorgunluk (Genel performansta azalma, hafızada zayıflama, konsantrasyon zorluğu, unutkanlık)	0	1	2	3	4
Cinsel sorunlar (Cinsel istekte, cinsel ilişkide ve doyum almada değişiklik)	0	1	2	3	4
İdrar sorunları (İdrar yaparken güçlük, sık idrara çıkma, idrar kaçırma)	0	1	2	3	4
Haznede (Vajinada) kuruluk (Haznede kuruluk ve yanma hissi, cinsel birleşmede zorlanma)	0	1	2	3	4
Eklemler ve kas rahatsızlıkları (Eklemlerde ağrı, romatizma şikâyetleri)	0	1	2	3	4

EK-3. Kadın Cinsel İşlev Ölçeği (KCIÖ)

Sayın katılımcı; **son dört haftada** süregelen cinsel işlevlerinizi belirlemeye yönelik olarak hazırlanan bu ölçekte 19 madde bulunmaktadır. Sizden istenen her bir maddede size uyan tek bir seçeneği işaretlemenizdir. Lütfen tüm sorulara cevap veriniz. Teşekkür ederiz.

*Cinsel aktivite: Cinsel birleşme, sevişme ve kendini tatmin dahil olmak üzere tüm cinsel faaliyetler.

**Cinsel ilişki: Kadın ile erkeğin cinsel birleşmesi (sertleşmiş kamışın/erkeklik organının kadının haznesine girmesi)

***Cinsel uyarılma: Sevişme, şehvet duygu ve düşüncelerin belirmesi ile vajinanın ıslanması ve benzeri durumlar

****Orgazm: Bızır, hazne, rahim, makat ve alt karın ve tüm vücudu saran kuvvetli ritmik kasılmalar olması. Tüm sorularda yalnız bir kutuyu işaretleyiniz.

1. Son 4 hafta içinde, ne sıklıkta cinsel istek duydunuz?

- Hemen hemen her zaman
- Çoğu zaman (15 günden fazla)
- Bazen (15 günde)
- Birkaç kez (15 günden az)
- Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

2. Son 4 hafta içinde, cinsel istek veya ilgi düzeyinizi (derecenizi) nasıl değerlendirirsiniz?

- Çok yüksek
- Yüksek
- Orta
- Düşük
- Çok düşük veya hiç

3. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite* veya cinsel ilişki** sırasında ne sıklıkta uyarıldığınızı hissettiniz?

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- Hemen hemen her zaman
- Çoğu zaman (15 günden fazla)
- Bazen (15 günde)
- Birkaç kez (15 günden az)
- Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

4. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite* veya cinsel ilişki** sırasındaki uyarılma düzeyinizi nasıl derecelendirirsiniz?

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- Çok yüksek
- Yüksek
- Orta
- Düşük
- Çok düşük veya hiç

5. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite* veya cinsel ilişki** sırasında cinsel bakımdan uyarılacağınızdan ne derecede emindiniz?

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- Çok emindim
- Emindim
- Oldukça emindim
- Az emindim
- Çok az / hiç emin değildim

6. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite* veya cinsel ilişki** sırasında uyarılma durumunuz sizin için ne sıklıkta tatminkardı?

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- Hemen hemen her zaman
- Çoğu zaman (15 günden fazla)
- Bazen (15 günde)
- Birkaç kez (15 günden az)
- Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

7. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite* veya cinsel ilişki** sırasında hazneniz ne sıklıkla ıslandı / kayganlaştı?

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- Hemen hemen her zaman
- Çoğu zaman (15 günden fazla)
- Bazen (15 günde)
- Birkaç kez (15 günden az)
- Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

8. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite* veya cinsel ilişki** sırasında haznenizin ıslanması / kayganlaşmasındaki zorluk derecesi nasıldı?

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- Çok çok zor veya imkansızdı
- Çok zordu
- Zordu
- Biraz zordu
- Hiç zorluk çekmedim

9. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite* veya cinsel ilişkiniz** bitene kadar cinsel organınızın ıslaklığını / kayganlığını ne sıklıkta koruyabildiniz?

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- Hemen hemen her zaman
- Çoğu zaman (15 günden fazla)
- Bazen (15 günde)
- Birkaç kez (15 günden az)
- Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

10. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite* veya cinsel ilişkiniz** bitene kadar haznenizin ıslaklığını / kayganlığını koruyabilme zorluğunuzun sıklığı neydi?

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- Hemen hemen her zaman
- Çoğu zaman (15 günden fazla)
- Bazen (15 günde)
- Birkaç kez (15 günden az)
- Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

11. Son 4 hafta içinde, cinsel uyarılma*** veya cinsel ilişkide** ne sıklıkta orgazm**** oldunuz?

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- Hemen hemen her zaman
- Çoğu zaman (15 günden fazla)
- Bazen (15 günde)
- Birkaç kez (15 günden az)
- Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

12. Son 4 hafta içinde, cinsel uyarılma*** veya cinsel ilişki** sırasında orgazma**** ulaşmak sizin için ne kadar zordu?

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- Çok çok zordu / imkansızdı
- Çok zordu
- Zordu
- Biraz zordu
- Hiç zorluk çekmedim

13. Son 4 hafta içinde, cinsel uyarılma*** veya cinsel ilişki** sırasında orgazma**** ulaşmanız ne kadar tatminkardı?

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- Çok tatminkardı
- Genellikle tatminkardı
- Yarısında tatminkardı, yarısında tatminkar değildi
- Genellikle tatminkar değildi
- Hiç tatminkar değildi.

14. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite* veya cinsel ilişkiniz** sırasında siz ve eşiniz arasındaki duygusal yakınlık ne kadar tatminkardı?

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- Çok tatminkardı
- Genellikle tatminkardı
- Yarısında tatminkardı, yarısında tatminkar değildi
- Genellikle tatminkar değildi
- Hiç tatminkar değildi

15. Son 4 hafta içinde, eşinizle cinsel ilişkiniz** sizin için ne kadar tatminkardı?

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- Çok tatminkardı
- Genellikle tatminkardı
- Yarısında tatminkardı, yarısında tatminkar değildi
- Genellikle tatminkar değildi
- Hiç tatminkar değildi

16. Son 4 hafta içinde, genel olarak cinsel hayatınız sizin için ne kadar tatminkardı?

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- Çok tatminkardı
- Genellikle tatminkardı
- Yarısında tatminkardı, yarısında tatminkar değildi
- Genellikle tatminkar değildi
- Hiç tatminkar değildi

17. Son 4 hafta içindeki, cinsel ilişkinizde haznenize giriş sırasında ne sıklıkta ağrı veya rahatsızlık duydunuz?

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- Hemen hemen her zaman
- Çoğu zaman (15 günden fazla)
- Bazen (15 günde)
- Birkaç kez (15 günden az)
- Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

18. Son 4 hafta içindeki, cinsel ilişkinizde haznenize girişten sonra ne sıklıkta ağrı veya rahatsızlık duydunuz?

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- Hemen hemen her zaman
- Çoğu zaman (15 günden fazla)
- Bazen (15 günde)
- Birkaç kez (15 günden az)
- Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

19. Son 4 hafta içindeki, hazneye giriş sırasında veya sonrasında duyduğunuz ağrı / rahatsızlığın derecesini nasıl değerlendirirsiniz?

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- Çok yüksek
- Yüksek
- Orta
- Düşük
- Çok düşük veya hiç

EK-4. Evlilik Uyumu Ölçeği

1. Bu maddede yer alan ölçeği kullanarak, bütün yönleri ile evliliğinizdeki mutluluk düzeyini en iyi temsil ettiğine inandığınız noktayı daire içine alınız.

Ortakdaki 'mutlu' sözcüğü üzerindeki nokta, çoğu kişinin evlilikten duyduğu mutluluk derecesini temsil eder ve ölçek kademeli olarak sol ucunda evliliği çok mutsuz olan küçük bir azınlığı, sağ ucunda ise evliliği çok mutlu küçük bir azınlığı temsil etmektedir. * * * * *

Aşağıdaki maddelerde verilen konulara ilişkin olarak, siz ve eşiniz arasındaki anlaşma ya da anlaşmazlık derecesini yaklaşık olarak belirtiniz.

Lütfen her maddeyi değerlendiriniz

	Her zaman anlaşırız	Hemen her zaman anlaşırız	Ara sıra anlaşamadığımız olur	Sıklıkla anlaşamayız	Hemen her zaman anlaşamayız	Her zaman anlaşamayız
1.Aile bütçesini idare etme						
2.Boş zaman etkinlikleri						
3. Duyguların ifadesi						
4. Arkadaşlar						
5. Cinsel ilişkiler						
6.Toplumsal kurallara uyma						
7. Yaşam felsefesi						
8. Eşin akrabalarıyla anlaşma						

Lütfen evliliğinizi en iyi ifade ettiğine inandığınız bir cevabın işaretleyiniz.

3. Ortaya çıkan uyumsuzluklar genellikle:

()erkeğin susması ile

()kadının susması ile

()karşılıklı anlaşmaya varılarak sonuçlanır

4. Ev dışı etkinliklerinizin ne kadarını eşinizle birlikte yaparsınız?

()hepsini

- bazılarını
çok azını
hiçbirini
5. Boş zamanlarınızda genellikle aşağıdakilerden hangisini tercih edersiniz?
dışarıda bir şeyler yapmayı
evde oturmayı
6. Eşiniz genellikle aşağıdakilerden hangisini tercih eder?
dışarıda bir şeyler yapmayı
evde oturmayı
7. Hiç evlenmemiş olmayı istediğiniz olur mu?
sık sık
arada sırada
çok seyrek
hiçbir zaman
8. Hayatınızı yeniden yaşayabilseydiniz,
aynı kişiyle evlenirdiniz
farklı bir kişiyle evlenirdiniz
hiç evlenmezsiniz
9. Eşinize güvenir, sırlarınızı ona açar mısınız?
hemen hemen hiçbir zaman
nadiren
çoğu konularda
her konuda

EK-5. Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın Versiyonu (CYKÖ-K)

	Tamamen Katılıyorum	Büyük Ölçüde Katılıyorum	Kısmen Katılıyorum	Kısmen Katılmıyorum	Büyük Ölçüde Katılmıyorum	Hiç Katılmıyorum
1.Cinsel yaşamımı düşündüğümde, hayatımın eğlenceli /zevкли bir parçası olduğunu düşünüyorum.						
2. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, hayal kırıklığı hissediyorum						
3.Cinsel yaşamımı düşündüğümde, kendimi üzgün (depresif) hissediyorum.						
4. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, kendimi bir kadın olarak eksik hissediyorum.						
5. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, kendimi iyi hissediyorum.						
6. Cinsel bir eş olarak kendime güvenimi yitirdim						
7. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, sıkıntı hissediyorum.						
8. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, kırgınlık hissediyorum.						
9. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, eşime yakın olduğumu hissediyorum.						
10. Cinsel yaşamımın geleceği hakkında endişeleniyorum.						
11. Cinsel ilişkiden zevk almıyorum.						
12.Cinsel yaşamımı düşündüğümde, utanıyorum.						
13.Cinsel konularla ilgili eşimle konuşabileceğimi düşünmüyorum.						
14. Cinsel ilişkiden kaçınıyorum.						
15. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, suçluluk hissediyorum.						
16. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, eşimin rencide olmuş ya da reddedilmiş hissetmesinden endişeleniyorum.						
17. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, bir şeyleri kaybetmiş gibi hissediyorum.						
18. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, cinsel ilişki sıklığından memnunum.						

EK-6. Postmenopozal Dönemdeki Kadınlara Yönelik PLISSIT (Permission, Limited Information, Specific suggestions, Intensive Therapy) Modeline Göre Eğiticiler İçin Hazırlanmış Cinsel Danışmanlık Rehberi' (EK-6)

**TC
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ**

**POSTMENOPOZAL DÖNEMDEKİ KADINLARA YÖNELİK PLISSIT
MODELİNE GÖRE EĞİTİCİLER İÇİN HAZIRLANMIŞ CİNSEL
DANIŞMANLIK REHBERİ**



Arş. Gör. Ayşe Sevim AKBAY KISA

Doç. Dr. Gülten KOÇ

2020

ANKARA

İÇİNDEKİLER

DANIŞMANLIK REHBERİNİN AMACI VE HEDEFLERİ

1. BİRİNCİ OTURUM: İZİN VERME
2. İKİNCİ OTURUM: SINIRLI BİLGİ
3. ÜÇÜNCÜ OTURUM: ÖZEL ÖNERİLER
4. DÖRDÜNCÜ OTURUM: YOĞUN TERAPİ
5. EKLER
 - EK 1 BİRİNCİ OTURUM İÇERİĞİ
 - EK 2 İKİNCİ OTURUM İÇERİĞİ
 - EK 3 ÜÇÜNCÜ OTURUM İÇERİĞİ
 - EK 4 DÖRDÜNCÜ OTURUM İÇERİĞİ

REHBERİN AMACI

Bu rehberin amacı danışmana, postmenopozal dönemdeki kadınların cinsel sağlığının geliştirilmesi için, bu dönemde cinselliği etkileyebilecek değişimler ve cinsel sorunlarla baş etme konularında kadınlara yapacağı danışmanlık hizmetine yönelik bilgi ve beceri kazandırmaktır.

REHBERİNİN HEDEFLERİ

Bu rehberin sonunda danışman;

- ❖ Postmenopozal dönemdeki kadının cinsel yaşama ilişkin duygu, düşünce, endişe ve davranışlarını tartışabilecek,
- ❖ Kadına postmenopozal dönemde görülen cinsel yaşamı etkileyebilecek kadın vücudundaki değişiklikleri açıklayabilecek,
- ❖ Kadına postmenopozal dönemde görülen cinsel yaşamı etkileyebilecek psikolojik değişiklikleri açıklayabilecek
- ❖ Postmenopozal dönemde görülen cinsel yaşamdaki sorunları açıklayabilecek,
- ❖ Postmenopozal dönemde cinsel yaşamı etkileyebilecek menopozal değişimlerin çözümüne yönelik öneriler verebilecek,
- ❖ Postmenopozal dönemde görülebilecek cinsel sorunların çözümüne yönelik özel önerileri açıklayabilecek.

1. BİRİNCİ OTURUM: İZİN VERME

Oturumun Süresi: 45 dakika

Oturumun Amacı: Postmenopozal süreçle ilgili cinsellik dahil her bir değişimi kadının ifade etmesine izin verilerek; kadına yaşadığı değişimler konusunda farkındalık kazandırmak ve kadındaki bu değişimleri değerlendirmek.

Öğrenim Hedefleri (Beklenen Sonuç):

Bu oturumun sonunda kadınlar;

- Menopoza ilişkin duygu, düşünce, endişelerini ifade edebilecek.
- Postmenopozal dönemde vücudunda meydana gelen değişiklikleri fark edebilecek.
- Postmenopozal dönemde vücudunda meydana gelen değişikliklere ilişkin duygu, düşünce ve endişelerini rahat ifade edebilecek.
- Postmenopozal dönemde vücudunda meydana gelen değişikliklerin nedenini/nedenlerini açıklayabilecek.
- Postmenopozal dönemde cinsel yaşamında meydana gelen değişiklikleri fark edebilecek.
- Postmenopozal dönemdeki cinsel yaşamına ilişkin duygu, düşünce ve endişelerini rahat ifade edebilecek.
- Postmenopozal dönemde cinsel yaşamında meydana gelen değişikliklerin nedenini/nedenlerini açıklayabilecek.
- Postmenopozal dönem cinsel yaşamında meydana gelen değişikliklere bağlı cinsel sorunları fark edebilecek.

Öğretim Yöntemleri:

- Soru-Cevap ve Tartışma

Eğitim-Öğretim Materyali (Araç-Gereç):

- Cinsel Danışmanlık Rehberi

Giriş: 5 Dakika. Günün programı okunur. Görüşmenin amaç ve hedefleri açıklanarak görüşmenin içeriği hakkında kadın bilgilendirilir.

Ana bölüm (Gövde)/ Uygulama: 40 Dakika

- Menopoz ve menopozun cinsel yaşama etkisi ile ilgili kadınların duygu, düşünce, endişe ve davranışların ifade edilebilmesi için bireysel danışmanlık vermeye uygun sakin bir ortam sağlanır (EK-1).
- Kadına açık uçlu sorular sorularak (EK-1) Postmenopozal dönem cinsel yaşamı ile ilgili düşüncelerini ifade etmesi sağlanır.
- Kadının soruları cevaplanır.
- Kadınla birlikte oturum değerlendirilir.

Değerlendirme: 10 Dakika

- Kadından; postmenopozal dönemdeki cinsel yaşamını kısaca ifade etmesi istenir.

2. İKİNCİ OTURUM: SINIRLI BİLGİ

Oturumun Süresi: 60 dakika

Oturumun Amacı: Kadının; postmenopozal dönem cinsel yaşamını etkileyebilecek yaşadığı ve yaşayabileceği değişimlere, sorunlara ve bu sorunlarla baş etmesine yardımcı olacak bilgi kazandırmak.

Öğrenim Hedefleri (Beklenen Sonuçlar):

Bu oturumun sonunda kadınlar;

- Menopozu tanımlayabilecek,
- Menopozun vücuda etkilerini açıklayabilecek.
- Menopozun cinsel yaşama etkisini açıklayabilecek.
- Postmenopozal dönemde cinsel yaşamı etkileyebilecek yaşanan değişimleri sayabilecek.
- Vajinal kurulukla başetme yollarını sayabilecek.
- Sıcak Basması ve yorgunlukla başetme yollarını sayabilecek.
- Kegel egzersiz uygulanmasını gösterebilecek.
- Duygusal değişimlerle başetme yollarını sayabilecek.
- Sağlıklı bir cinsel yaşam geçirilmesini sağlayacak cinsellik algısına yönelik önerileri sayabilecek.

Öğretim Yöntemleri:

- Anlatım, Soru-Cevap ve Tartışma

Eğitim-Öğretim Materyali (Araç-Gereç):

- Cinsel Danışmanlık Rehberi

Giriş: 5 Dakika; Günün programı okunur. Görüşmenin amaç ve hedefleri açıklanarak görüşmenin içeriği hakkında kadın bilgilendirilir. Bu oturumda yapılacak önerilerin önemi ve cinsel yaşama etkisi belirtilir.

Ana Bölüm (Gövde)/ Uygulama: 65 Dakika

- Kadına açık uçlu sorular sorularak son bir haftalık cinsel yaşamı hakkında tartışılır (EK-2).
- Postmenopozal dönemde cinsel yaşamı etkileyebilecek değişimlere ilişkin bilgilendirilir (EK-2).

- Postmenopozal dönemde cinsel yaşamı etkileyebilecek değişimlerle başatme yöntemleri/öneriler konusunda bilgilendirilir (EK-2).
- Postmenopozal dönemdeki cinsel yaşamın sağlıklı bir şekilde sürdürülmesine yönelik genel olarak yapılabilecekler konusunda kadın bilgilendirilir (EK-2).
- Kadının soruları cevaplanır.

Değerlendirme: 10 Dakika

- Kadından postmenopozal dönem cinsel yaşamı etkileyebilecek değişimlerle başatmaya yönelik önerileri kısaca söylemesi beklenir.
- Kadınlı birlikte oturum değerlendirilir.

3. ÜÇÜNCÜ OTURUM: ÖZEL ÖNERİLER

Oturumun Süresi: 60 dakika

Oturumun Amacı: Kadına; postmenopozal dönem cinsel yaşam kalitesinin geliştirilmesine ve yaşadığı/yaşayabileceği cinsellikle ilgili sorunlarla baş etmesine yardımcı olacak bilgi kazandırmak.

Öğrenim Hedefleri (Beklenen Sonuçlar):

Bu oturumun sonunda kadınlar;

- Cinsel ilgi bozukluğu ile baş etmeye yardımcı olacak uygulamaları söyleyebilecek.
- Cinsel uyarılma bozukluğu ile baş etmeye yardımcı olacak uygulamaları söyleyebilecek.
- Genital pelvik ağrı/penetrasyon bozukluğu ile baş etmeye yardımcı olacak uygulamaları söyleyebilecek.
- Orgazm bozukluğu ile baş etmeye yardımcı olacak uygulamaları söyleyebilecek.
- Kadın vücudundaki duyarlı bölgelerin (örneğin klitoris gibi) yerini tanımlayabilecek.

Öğretim Yöntemleri:

- Anlatım, Soru-Cevap ve Tartışma

Eğitim-Öğretim Materyali (Araç-Gereç):

- Cinsel Danışmanlık Rehberi ve Danışmanlık El Kitabı

Giriş: 5 Dakika

Günün programı okunur. Görüşmenin amaç ve hedefleri açıklanarak görüşmenin içeriği hakkında kadın bilgilendirilir. Bu oturumda yapılacak önerilerin önemi belirtilir.

Ana bölüm (Gövde) /Uygulama: 45 Dakika

- Bir önceki görüşme sonrası cinsel yaşamı ile ilgili duygu ve düşüncelerini ifade etmesi için kadına açık uçlu sorular sorulur (EK-3).
- Birinci oturumda kadında belirlenen cinsel sorunlara yönelik kadına özel önerilerinde bulunulur (EK-3).

- Postmenopozal dönemde görülebilecek cinsel sorunların çözümüne yönelik kadına özel öneriler verilir (EK-3).
- Postmenopozal dönemde görülebilecek ve cinselliği etkileyebilecek diğer sorunların çözümüne yönelik kadına özel öneriler verilir (EK-3).
- Kadının soruları cevaplanır.

Değerlendirme: 10 Dakika

Kadından;

- Postmenopozal dönemde görülebilecek cinsel sorunları söylemesi beklenir.
- Postmenopozal dönemde görülebilecek cinsel sorunlara yönelik önerileri kısaca söylemesi beklenir.
- Kadınlara birlikte oturum değerlendirilir.
- Kadınlarda cinsel sorunun varlığı sorgulanır.

NOT:

Bu oturumda yer alan bilgiler, postmenopozal dönemde görülebilecek bütün cinsel sorunlara yönelik hazırlanmıştır. Oturumda; öncelikli olarak kadının yaşadığı cinsel sorunlara yönelik özel öneriler verilecektir. Daha sonra oturumun hedefleri doğrultusunda bu dönemde yaşanabilecek diğer cinsel sorunlara ilişkin de öneriler anlatılacaktır.

DÖRDÜNCÜ OTURUM: YOĞUN TERAPİ

Oturumun Amacı Üçüncü oturumda (özel öneriler oturumu) cinsel sorunu/sorunları olduğunu ifade eden kadınları yoğun terapi verilebilecek düzeyde bir birime yönlendirmek.

Ana bölüm (Gövde) /Uygulama

Bu oturum üçüncü oturumun sonunda yapılır ve süresi beş dakikadır.

Son oturumda cinsel sorunu/sorunları olduğunu ifade eden kadınlar, cinselliğe yönelik yoğun terapi verilebilecek düzeyde bir uzmana (psikolog, psikiyatr, sosyal çalışma uzmanı) yönlendirilir (EK-4).

Not: Yoğun terapi danışmanlığı; uzmanlık alanı cinsellik olan bir terapist ya da konu ile ilgili özel eğitim almış bir danışman tarafından verilmelidir. Bu nedenle son oturumda cinsel sorunu olduğunu ifade eden kadınlar yoğun terapi verilebilecek bir uzmana yönlendirilecektir.

EK 1. BİRİNCİ OTURUM İÇERİĞİ

A. BİRİNCİ OTURUMDA KULLANILACAK SORULAR

1. Menopozla birlikte vücudunuzda değişim/değişimler oldu mu? Ne tür değişimler meydana geldi? Bu değişimlere yönelik neler hissettiniz?
2. Menopozla birlikte ruhsal durumunuzda değişim/değişimler oldu mu? Ne tür değişimler meydana geldi? Neler hissettiniz?
3. Sizce cinsellik/cinsel yaşam nedir? Nasıl açıklayabilirsiniz?
4. Sizce cinsellik/cinsel yaşam nasıl olmalıdır?
5. Sizce menopoz cinselliği etkiler mi? Nasıl etkiler?
6. Menopoza girdikten sonra vücudunuzda cinsel yaşamınızı etkileyebilecek değişim/değişimler oldu mu? Ne tür değişimler meydana geldi? Neler hissettiniz?
7. Menopozla birlikte cinsel yaşamla ilgili düşüncelerinizde değişiklik oldu mu? Neler fark ettiniz /Ne tür değişiklikler oldu? Neden böyle düşünüyorsunuz?
8. (Bir önceki sorunun cevabı evet ise) Bu değişikliğin/ değişikliklerin nedeni ne olabilir?
9. Menopoza girmeniz eşinizle olan iletişiminizi etkiledi mi? Konuşmak ister misiniz?
10. Menopozla birlikte eşinizle aranızdaki cinsellik (eşinizle yakınlaşma, sarılma, el ele tutuşma, öpüşme, cinsel ilişki vs) ile ilgili değişiklik fark ettiniz mi? Neler fark ettiniz?
11. Menopoz sonrası dönemde bazı kadınlarda vücudundaki değişimler ya da kendi düşünceleri nedeniyle cinsellik ile ilgili sorunlar görülebilmektedir. Siz herhangi bir cinsel sorun yaşadınız mı? Bu konuda konuşmak ister misiniz?
12. Sizin bana sorularınız var mı? Konuşmak ister misiniz?

B. DEĞERLENDİRMEDE KULLANILACAK SORULAR

- Bu görüşmede/görüşmenin sonunda menopozun vücuda etkisi ile ilgili neleri öğrendiniz, kısaca söyleyebilir misiniz?
- Bu görüşmede menopozun cinsel yaşama etkisi ile ilgili neleri öğrendiniz, kısaca söyleyebilir misiniz?
- Bu görüşmede vücudunuzla ilgili neleri fark ettiniz?
- Bu görüşmede ruhsal durumunuzla ilgili neleri fark ettiniz?
- Bu görüşmede cinselliğiniz/cinsel yaşamınızla ilgili neleri fark ettiniz?
- Bu görüşmede eşinizle olan iletişiminiz ile ilgili neleri fark ettiniz?

- Görüşmenin size katkısı ile ilgili değerlendirme yapmak istermisiniz/yapabilir misiniz?

EK 2. İKİNCİ OTURUM İÇERİĞİ

A. İKİNCİ OTURUMDA KULLANILACAK SORULAR

Oturumun başında:

Oturum başlamadan önce cinsel yaşamınızla ilgili söylemek istediğiniz bir konu var mı?

Oturumun sonunda:

1. Bu oturumda anlatılan bilgiler dışında menopoza cinsel yaşamınıza başka etkileri oldu mu? Bu konuda konuşmak ister misiniz?
2. Bana sormak istediğiniz sorular var mı? Bu konuda konuşmak ister misiniz?

B. İKİNCİ OTURUMDA VERİLECEK BİLGİ

a. Postmenopozal Dönemde Cinsel Yaşam

Menopoz, kadınlarda belirli bir yaştan sonra overlerdeki ovumların tükenmesine bağlı olarak menstruasyonun kalıcı olarak kesilmesidir (Kadayıfçı, 2006; Wren ve Meere, 2013). Menopoza ortalama 40 ile 55 yaş arasında girilmekle birlikte, genetik özellikler (yakın aile geçmişinde erken ya da geç yaşta menopoza girme öyküsü), yaşanılan bölgenin iklimi (soğuk iklim koşulları menopoza girme yaşını düşürür), ağır çalışma şartları (gece vardiyalı, günlük sekiz saatten fazla çalışma süresin olan vb), doğum sayısı (doğum sayısının artması menopoza girme zamanını erteler), beslenme (D vitamini ve kalsiyum eksikliği menopoza girme yaşını düşürür), çok zayıf veya çok kilolu olmak (menopoza girme yaşını düşürür), sigara kullanma (menopoza girme yaşını düşürür), düşük sosyo-ekonomik düzey (menopoza girme yaşını düşürür), kemoterapi alma menopoza girme yaşını etkilemektedir (Erkin, Ardahan ve Kert, 2014; Şentürk, Golbasi ve Kavlak, 2015; Taşkın, 2016).

Menopozdan birkaç yıl önce başlayan ve menopoza kadar devam eden dönem menopoz öncesi dönem, menopozdan sonra başlayan ve yaklaşık 65 yaş sınırına kadar geçen süre postmenopozal dönem olarak adlandırılır. Menopozdan sonraki ilk iki yıl,

menopozun etkilerinin yoğun olarak görülmesi nedeniyle önemlidir (Nateri, Beigi, Kazemi ve Shirinkam, 2017; Özgür, 2007; Taşkın, 2016).

Postmenopozal dönemde östrojen hormonunun azalması ve menopoz algısı (hem olumlu hem olumsuz) nedeniyle kadının vücudunda (sıcak basması, yorgunluk, cinsel organlarda atrofi vajinanın fonksiyonunda değişimler (vajinal ıslanmada azalma, vajina duvarının incilmesi ve kan dolaşımında azalma ve vajinanın genişlemesinde azalma vb), idrar yollarında atrofi vb) ve psikolojik durumunda birçok değişim oluşur. Bu değişimler cinsel yaşamı farklı şekillerde etkileyebilir (Bozkurt ve Sevil, 2016; Kömürcü ve İşbilen, 2011; Lett ve ark., 2018; Taşkın, 2016). Bu yüzden bu değişimlerle kadının başa çıkabilmesi için postmenopozal dönemin ilk yılları çok önemlidir.

Cinsellik; bireyin duygusal, zihinsel ve fiziksel olarak erkeklik ya da kadınlığı deneyimleme, sahip olduğu cinsel organların görevlerini bilme ve ifade etme tarzını ya da cinsel ilişkiyi içerir (WHO, 2010). Ayrıca cinsellik, değerlerimiz, inanışlarımız, davranışlarımız ve karşımızdaki cinsel eşimizin psikolojik uyumuyla şekillenen, sevginin paylaşımını kuvvetlendiren, sadece üremek için yapılmayan kişinin tam anlamıyla sağlıklılık halidir (Nateri ve ark., 2017; Şahin, Şimşek ve Seyisoğlu, 2006).

Cinsellik; doğum öncesi başlayıp ömür boyu devam eder (Şahin, Şimşek ve Seyisoğlu, 2006) ve yaşamın her döneminde az ya da çok çeşitli faktörlerden etkilendiği gibi menopozdan da etkilenir. Menopozun vücuda ve psikolojiye etkileri, menopoz sonrası cinsellik algısı, vücuttaki hormonal değişimler, eşle ilgili nedenler, dini, kültürel ve kişisel faktörler her kadında farklı derecelerde olsa da; kadının cinsel yaşamını etkileyebilir (Gözüyeşil, Sürücü ve Alan, 2017). Bu yüzden menopoz, kadının cinsel yaşamını etkileyebilen önemli bir dönüm noktasıdır.

Postmenopozal dönemde cinsellikle ilgili bilmemiz gerekenler (Nateri ve ark., 2017; Şahin, Şimşek ve Seyisoğlu, 2006; Yüksel ve Cindoğlu, 2006);

- Cinsel yaşam menopoz sonrasında da devam eder.
- Postmenopozal dönemde de kadınların kadınlık özelliği devam eder ve kadınlar orgazm olabilirler.
- Postmenopozal dönemde de cinsel yaşam hakkında konuşulabilir ve cinsellikle ilgili fanteziler (cinsel davranışların ve organların hayal edilmesi) düşünülebilir.
- Orgazm yaşamak için erkeğin cinsel organının vajinaya girmesi şart değildir.

- Postmenopozal dönemde görülen cinselliği etkileyebilecek değişimlerin çözümü bulunmaktadır.
- Aile planlaması kullanma zorunluluğu olmadan sürdürülebilecek bir cinsellik yaşanacaktır.

b. Postmenopozal Dönemin İlk Yıllarında Cinsel Yaşamı Etkileyen Değişimlerle Baş Etme

Kadınlar; postmenopozal dönemde cinsel yaşamlarını etkileyen birçok değişimle karşılaşabilir. Postmenopozal dönemin özellikle ilk yıllarında cinselliği etkileyen değişimlere; kadının vücudundaki değişimler (sıcak basması, cinsel organlarda atrofi, idrar yollarında atrofi vb), psikolojisindeki değişimler ve yorgunluk örnek verilebilir. Bu değişimler; östrojen hormonunda meydana gelen azalma, yaş ve menopozdan sonra geçen süre, içinde bulunduğumuz toplumun ve kadının menopoz sonrası cinselliğe yüklediği anlamdan (olumlu/olumsuz), kadının statüsü, kadının eğitim durumu, kadının yaşam şekli gibi faktörlerden etkilenir (Lett ve ark., 2018; Kömürcü ve İşbilen, 2011). Kadının etkilenen cinsel yaşamı da kadının eşiyle olan ilişkisini ve aralarındaki uyumu olumsuz etkileyebilir (Erkin, Ardahan ve Kert, 2014; Gözüyeşil, Sürücü ve Alan, 2017; Simon ve ark., 2018; Taşkın, 2016).

Sıcak Basması ve Yorgunluk

Postmenopozal dönemde en sık görülen sorunlardan biri sıcak basmasıdır. Sıcak basması, menopozla birlikte östrojen hormonunun azalması sonucunda görülebilir. Sıcak basmasında; baş ve yüzde başlayan ısı artışı, boyun ve vücuda doğru yayılır ve sonra bu bölgelerde kızarıklık görülür. Kalp hızında artma ile birlikte de kişi terler. Bu belirtilerin hepsi “sıcak basması” olarak adlandırılır. Bu belirtiler genellikle 30 saniye ile beş dakika arasında sürer ancak bazı kadınlarda saatlerce de sürebilir. Bazı kadınlarda bu belirtiler günde bir iki kez olurken, bazı kadınlarda günde 50’ye kadar çıkabilir (Bozkurt ve Sevil, 2016; Kadayıfçı, 2006; Taşkın, 2016).

Sıcak basması belirtileri cinsel ilişki sırasında rahatsız edici olabilir (Khoei, Sheikhan ve Shamsalizadeh, 2014). Ayrıca gece sıcak basmalarının etkisi ile sık sık uyanan veya uzun süre uyuyamayan kadınlarda; stres ve odaklanamama sorunu oluşabilir. Yaşanılan tüm sorunlar da vajinanın ıslanmasında gecikmeye ve cinsel ilişki sırasında ağrıya neden olabilir ve sonuçta kadınların cinsel isteğinde ve orgazmda

azalma oluşabilir (Bozkurt ve Sevil, 2016; Khoei, Sheikhan ve Shamsalizadeh, 2014; The North American Menopause Society (NAMS), 2019; Valadares, 2008).

Geceleri sürekli sıcak basması yaşayan bazı kadınlar da, eşlerinin vücut ısısından etkilendiği için eşlerinden uzakta yatmayı ya da eşleri ile yatakları ayırmayı tercih edebilir. Bu durum da, çiftlerin arasındaki yakınlığı ve duyguların paylaşımını engellemesi nedeniyle cinsel istek ve birliktelikte azalmaya neden olan ve sonuçta da cinsel işlev bozukluklarına yol açabilen diğer sorundur (Özgür, 2007; NAMS, 2019).

Gece sıcak basmalarının etkisi ve idrara kalkma nedeni ile sık sık uyanan, uzun süre uyuyamayan kadınlarda ya da psikolojik problemler (kaygı, stres, anksiyete ve depresyon vb.) yaşayan kadınlarda sık görülen sorunlardan biri de yorgunluktur. Yorgunluk hissi nedeniyle de kadınlarda cinsel istekte azalma oluşabilir ve bu da cinsel ilişki sıklığında önemli bir azalmaya neden olabilir (Er, 2011; Özgür, 2007).

Sıcak basmasına yönelik öneriler (Çetin ve Eroğlu, 2015; Er, 2011; Tuğut ve Gölbaşı, 2013);

- Yatak odasında serin bir ortam oluşturulması kadını rahatlatır.
- Yatak odasına klima taktırılması kadını rahatlatır.
- Cinsel ilişkiden önce ılık bir duş kadını rahatlatır.
- Cinsel ilişkiden önce yüzünü yıkaması kadını rahatlatır.
- Cinsel ilişki öncesinde sıcak basması başlarsa; derin nefes alıp verme egzersizi yapılabilir.
- Sıcak basmasını artırmayacak ve solunum sıkıntısı yaratmayacak cinsel ilişki pozisyonları (örneğin; eşlerin yan yana durduğu, erkeğin oturup kadının erkeğe sırtını dönüp üzerine oturduğu pozisyon) denenebilir.
- Sıcak basmasını artırabilecek alkol ve baharatlı yiyecekler tüketilmemelidir; bu yiyeceklerden ara sıra tüketiliyorsa cinsel ilişki öncesinde uzak durulmalıdır.
- Düzenli olarak her gün 30-60 dakika egzersiz (yürüyüş, koşma, yüzme vb) kadını rahatlatır (Daley, Stokes-Lampard ve Macarthur, 2009; De Azevedo Guimarães ve Baptista, 2011).

Yorgunluğun azaltılmasına yönelik öneriler

- Cinsel ilişki, dinlenilmiş ve iyi hissedilen zamanlarda olacak şekilde daha az enerji gerektiren cinsel ilişki pozisyonu (örneğin; kadın yorgun ise kadının alta yattığı veya erkek yorgun ise erkeğin alta yattığı) ile planlanabilir (Er, 2011; Çetin ve Eroğlu, 2015; Tuğut ve Gölbaşı, 2013).
- Düzenli olarak her gün 30-60 dakika egzersiz (yürüyüş, koşma, yüzme vb) yorgunluğu azaltır (Çetin ve Eroğlu, 2015; Daley, Stokes-Lampard ve Macarthur, 2009; De Azevedo Guimarães ve Baptista, 2011; Er, 2011).

İdrar Yollarında ve Cinsel Organlardaki Değişimler

Menopozla birlikte östrojenin miktarının azalması; cinsel organları kaplayan deriye olan kan akımının ve cinsel ilişki sırasında bartholin bezlerinden salınan salgının azalmasına neden olur. Bu değişimler sonucunda da cinsel organlarda atrofi, esneklik kaybı ve kuruluk görülür. Ayrıca cinsel ilişki sırasında duyarlı bölgeler çok geç uyarılır (Er, 2011; Gözüyeşil, Sürücü ve Alan, 2017; Simon ve ark., 2018). Cinsel organlardaki kuruluk, atrofi ve duyarlı bölgelerin geç uyarılması da cinsel ilişki sırasında yanma ve ağrı yaşanmasına ve orgazma ulaşmanın da uzun zaman almasına neden olur (Er, 2011; Erkin, Ardahan ve Kert, 2014; Gözüyeşil, Sürücü ve Alan, 2017).

Östrojen azalmasının diğer bir etkisi ise idrar yollarında atrofi ve esnekliğin kaybolmasıdır (Simon ve ark., 2018; Taşkın, 2016). Bunun sonucunda ise idrara sık çıkma veya inkontinans şikâyetleri oluşmaktadır. Bu nedenlerle cinsel ilişki sırasında yaşanabilecek inkontinans korkusu; kadınların özgüvenlerinde azalmaya neden olabilir (Çetin ve Eroğlu, 2015). Özgüven azalması ve yorgunluk hissi ise kadınlarda cinsel istek ve orgazmda azalmaya neden olmaktadır (Erkin, Ardahan ve Kert, 2014).

Vajinal Kuruluğa Yönelik Öneriler (Çetin ve Eroğlu, 2015; Nateri ve ark., 2017);

- Vajinal kuruluşun en kolay ve etkili çözümü kayganlaştırıcılardır. Cinsel ilişki sırasında uygun olan (doktorun önerdiği) kayganlaştırıcı kullanılmalıdır. Kayganlaştırıcıların çoğu kokusuz, tatsız, sterildir ve alerji yapmaz.

Kayganlaştırıcılardan, parfümlü, renkli ve yağlı olanlar vajina dokunuza zarar verebilir. Bu yüzden normal vajinal ıslaklığı ve vajina sağlığını sürdürmek için suda eriyen kayganlaştırıcılar kullanılmalıdır.

- Bu kayganlaştırıcılar hem penise, hem de vajina ve çevresine uygulanmalıdır ve ayrıca her cinsel ilişki sırasında tekrar kayganlaştırıcı kullanılmalıdır.
- Vajinanın kayganlığını sağlayan bartholin bezlerin uyarılması için **duyarlı** bölgelere/**cinsel organlara** yavaş yavaş masaj yapılabilir.

Kadında Duyarlı Bölgeler/Cinsel Organlar	
Deri	Deride; cinsel uyarılma ve hazzın oluşmasını sağlayan kişiye özel bölgeler vardır.
Memeler	Cinsel isteği uyandırmaktadır ve meme başları da uyarılmaya oldukça duyarlıdır.
Klitoris	Küçük dudakların üstte birleştiği kısımda yer alan bızır, damar ve sinir yönünden zengin olduğu için dokunma ve basınca oldukça duyarlıdır (özellikle baş kısmı).
Vajina	Cinsel heyecanın başlamasıyla birlikte 10-30 saniyede vajinal ıslanma meydana gelir. Islanma; penisin vajina içindeki hareketini kolaylaştırır.

(Şahin, Şimşek ve Seyisoğlu, 2006; Taşkın, 2016; Yüksel ve Cindoğlu, 2006).

İnkontinans ve Sık İdrara Çıkmaya Yönelik Öneriler (Çetin ve Eroğlu, 2015; Er, 2011; Özgür, 2007);

- Cinsel ilişkiden önce tuvalet ihtiyacının karşılanması; cinsel ilişki sırasındaki gerginlik ve inkontinans korkusunu engeller.
- İdrar yolları ve üreme organlarını destekleyen kasları güçlendirmek için düzenli olarak ***Kegel*** egzersizi yapılmalıdır. Bu egzersizler inkontinansı azaltır ve engeller.

Kegel Egzersizleri

Pelvik kasların çalıştırılmasıdır. Pelvik kemiğin altında bulunan kaslar, pelvik kemiği içinde yer alan idrar yolu ve üreme oranlarını (uterus, vajina, mesane ve

bağırsakları) destekler ve bu organların sağlıklı bir şekilde görevlerini sürdürmesini sağlar. Bu kaslara pelvik kaslar denir.

Pelvik kasların görevleri;

- ❖ Cinsel ilişkiden alınan zevki ve orgazmı arttırmak.
- ❖ İdrar ve dışkı kontrolünü sağlamak.
- ❖ Pelvik kemiği içindeki organların yerinde durmasını sağlamak ve sarkmasını önlemek.

Çok sayıda doğum yapma ve yaşlanmaya bağlı olarak pelvik kaslar zayıflar. Bu kasların güçlenmesi için kegel egzersizini düzenli uygulamak gereklidir ve 4-6 hafta uygulandığında, egzersizlerin sonucu fark edilebilir.

Kegel egzersizlerinin menopoz sonrası faydaları

- ❖ İdrar kaçırma problemlerini önlemek ve tedavi etmek.
- ❖ Mesane, uterus ve bağırsak sarkmalarını önlemek.
- ❖ Cinsel ilişki sırasında oluşan ağrıyı azaltmak.
- ❖ Orgazmın azalması ile ilgili sorunları gidermek.

Kegel egzersizlerini uygulama

- Birinci aşama: Pelvik kasları bulma
 - Tuvalete girmeden önce eller su ve sabunla yıkanır.
 - Tuvalete oturulduğunda idrar önce hızlı bir şekilde bırakılır, sonra aniden durdurulur. Bu sırada kasarak idrar yapmayı durdurmaya çalıştığınız kaslar pelvik kaslardır.
 - Tuvalete oturulduğunda önce vajinaya temiz iki parmak yerleştirilir ve idrar hızlı bir şekilde bırakılır, sonra yine aniden durdurulur. İdrarın tutulduğu sırada parmağın etrafındaki sıkılmış olarak hissedilen kaslar (pelvik kaslar çalıştırılıyorsa hafif sıkma hissedilir) pelvik kaslardır.
- İkinci aşama: Pelvik kasların çalıştırılması
 - Vücuttaki yeri bulunan pelvik kaslar beş saniye sayarak yavaş yavaş kasılıp beş saniye kadar kasılı tutulmalı; sonra beş saniye sayarak yavaş yavaş gevşetilmeli. Günde üç kere ve her uygulama zamanında 10 kez bu işlem tekrarlanmalıdır.
 - Pelvik kaslar kuvvetli sıkılıp - bırakılmalı (musluğu kapatıp-açar gibi) ve günde üç kez her uygulamada 10 tekrar şeklinde yapılmalıdır.

Not: İki maddede de yer alan pelvik kasların çalıştırılması uygulamalarından birinin yapılması yeterlidir.

Not: Pelvik kaslar hemen güçlenmez; bu nedenle inkontinansda gözle görülür bir düzelme olması için 3 ile 6 ay düzenli olarak egzersiz yapılması gerekmektedir.

Egzersizler; tuvalette, otururken, ayaktayken, uzanırken, herhangi bir zamanda ve yerde yapılabilir.

Kegel egzersizleri uygulama örnekleri



NOT: Egzersizlerin uygulanması; diğer kişiler tarafından **fark edilemez.** Egzersizler sırasında normal şekilde nefes alıp vermek ve yalnızca pelvik kaslara odaklanmak önemlidir. Egzersiz yapılırken kalça, karın veya belde ağrı hissediliyorsa; **yanlış** yapılıyor demektir (Cangol, Aslan ve Yalcin, 2013; Demir ve Taşpınar, 2018; Süt ve Küçükkaya, 2018)

Psikolojik/Duygusal Değişimler ve Postmenopozal Dönemde Cinselliğe İlişkin Düşünceler

Menopozla birlikte kadınların östrojen hormonu seviyesinde değişimler ve uyku düzenlerinde bozulmalar görülür (Archer ve ark., 2011). Yaşanan bu değişimlere, cinsel organlarındaki atrofi, cilt rengindeki değişim ve koyulaşma, eşi tarafından beğenilmeme korkusu, çocuk sahibi olma yeteneğinin kaybı, kadınlığın azalması veya cinsel yaşamın bitmesi korkuları da eklenince; kadınlarda stres, kaygı, anksiyete ve depresyon gibi çeşitli psikolojik problemler gibi sağlık sorunları ile yorgunluk ve odaklanamama gibi belirtiler oluşabilir (Erkin ve ark., 2014; Khoei, Sheikhan ve Shamsalizadeh, 2014). Tüm bu sorunlar ise cinsel istekte, uyarılmada ve orgazmda azalmaya neden olabilir (Abay ve Kaplan, 2017; Er, 2011; Gözüyeşil, Sürücü ve Alan, 2017; Valadares ve ark. 2008).

Bazı kültürlerde kadınlar, menopozu olumlu algılar ve menopozun cinselliği etkilemeyeceğini düşünür. Kendini değerli hisseden ve menopoz algısı olumlu olan kadınlar, menopoz sonrası cinselliklerini daha sağlıklı yaşayabilirler (Dinçer ve Oskay, 2018; Kömürcü ve İşbilen, 2011; Şahin ve Coşkun, 2007; Şentürk ve ark., 2015).

Bazı kültürlerde ise kadınlar menopoz sonrasında cinsel yaşamın biteceği ve gerçek bir kadın olamayacağını düşünülürler; menopozla birlikte çekicilik ve güzellikte azalma ve eş tarafından beğenilmeme kaygısı da yaşarlar. Bu nedenle kadınlar; kendilerini daha az değerli ve daha az kadınsı hissedebilirler ve psikolojileri de etkilenir. Böylece kadınların menopoz sonrası cinselliklerinde sorunlar oluşabilir (Erkin ve ark., 2014; Khoei ve ark., 2014; Şahin ve Coşkun, 2007; Şahin ve ark., 2006).

Kadınların psikolojisindeki değişimler; cinsel ilişkiden kaçınmaya ve cinsel sorunlara; cinsel sorunlar yaşamakta tekrar psikolojik sorunlara neden olabilir. Oluşan bu kısır döngü de eşler arasındaki ilişkiyi bozabilir (Erkin ve ark., 2014; Khoei ve ark., 2014; Şentürk ve ark., 2015; Valadares ve ark. 2008).

Psikolojik Değişimlere ve Postmenopozal Dönem Cinsellik Algısına Yönelik

Öneriler

- Cinselliğin yaşam boyu devam ettiği unutulmamalıdır.
- Öpüşme, dokunma, sarılma gibi hareketlerin de cinsellik olduğu unutulmamalıdır.
- Güzel bir söz, bir öpücük, bir kucaklama eşleri birbirine yakınlaştırır.
- Eşlerin beraber vakit geçirmesi, menopoz sonrası cinsel yaşam ile ilgili duyguları hakkında konuşması önemlidir.
- Eşlerin birbirlerine karşı duyguları, doyum aldıkları, sevdikleri ya da yapmak istedikleri davranışları hakkında konuşması önemlidir.
- Sağlıklı bir cinsel yaşam geçirilmesi için eş desteği de önemlidir. Bu konuda kadın eşiyile konuşmalıdır.
- Çocuk sahibi olma yeteneğinin kaybı, cinselliğin bitmesine neden olmaz. Aksine aile planlaması kullanmadan daha rahat bir cinsellik yaşanabilir.
- Sağlıklı bir cinsel yaşam geçirilmesi için kadının umudunu ve özgüvenini arttırmalıdır.
- Duygusallık, sabır ve anlayış; kadın ve eşinin cinsel yaşamının mutlu ve doyumlu geçmesini sağlar.

- Sağlıklı bir cinsel yaşam geçirilmesi için kadın kendini önemsemelidir ve önemli olduğunu sürekli hatırlamalıdır.
- Yüz veya vücut bakımı yapma gibi kadının kendi bakımına özen göstermesi kadının daha iyi hissetmesini sağlayabilir.
- Cinsel ilişki sırasında rahat hissetmeyi sağlayacak romantik bir ortam hazırlanabilir.
- Cinsel ilişki öncesinde yüzünü yıkamak ya da duş almak kadını rahatlatır.
- Cinsel ilişki öncesinde derin nefes egzersizlerinin uygulanması, stresi azaltarak kadının rahatlamasına yardımcı olabilir.
- Ön sevişme (öpüşme, dokunma, sarılma vs.) süresinin uzatılması cinsel isteği arttırıp eşleri yakınlaştırabilir (Boğa, 2013; Çetin ve Eroğlu, 2015; Er, 2011; Khoei, Sheikhan ve Shamsalizadeh, 2014; Özgür, 2007; Tuğut ve Gölbaşı, 2013; WHO, 2010).

C. DEĞERLENDİRMEDE KULLANILACAK SORULAR

1. Menopozun tanımını kısaca söyleyebilir misiniz?
2. Menopozun vücuda etkilerini kısaca söyleyebilir misiniz?
3. Menopoz sonrası dönemin ilk yıllarında cinsel yaşamı etkileyebilecek değişimleri kısaca söyleyebilir misiniz?
4. Bu görüşmede öğrendiğiniz haznedeki kurullukla başetme yollarını kısaca söyleyebilir misiniz?
5. Sıcak basması ve yorgunlukla başetme yollarını kısaca söyleyebilir misiniz?
6. Bu görüşmede öğrendiğiniz kegel egzersizi uygulama şeklini gösterebilir misiniz?
7. Duygusal değişimlerle başetme yollarını kısaca söyleyebilir misiniz?
8. Sağlıklı bir cinsel yaşamı sağlayacak cinsellik algısına yönelik önerileri kısaca söyleyebilir misiniz?
9. Oturumun/Görüşmenin size katkısı ile ilgili değerlendirme yapmak istermisiniz/yapabilir misiniz?

D. KAYNAKLAR

1. Abay, H. Kaplan, S. (2017). Histerektomi Sonrası Cinsel Sorunların Değerlendirilmesinde PLISSIT Modelinin Kullanılması. Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi, 11, 184-200.

2. Archer D, Sturdee D, Baber R, De Villiers T, Pines A, Freedman R, ve ark. (2011). Menopausal hot flushes and night sweats: where are we now? *Climacteric: the journal of the International Menopause Society*; 14(5): 515-28.
3. Boğa, N. M. (2013). Cerrahi Menopozdaki Kadınlara Roy Adaptasyon Modeline Göre Evde Verilen Eğitimin Semptom Kontrolü Depresyon Sosyal Destek ve Yaşam Kalitesine Etkisi. (Yayımlanmış Doktora Tezi) Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.
4. Bozkurt, Ö. D., Sevil, Ü. (2016). Menopoz ve Cinsel Yaşam. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 3(4); 497-503.
5. Cangol, E., Aslan, E., Yalcin, O. (2013). Pelvic floor muscle exercises for women and the nurse's role/Kadınlarda pelvik taban kas egzersizleri ve hemsirenin rolü. *Journal of Education and Research in Nursing*, 10(3), 49-57.
6. Çetin, Ö. E., Eroğlu, K. (2015). Menopoz Dönemindeki Kadınların Yaşadıkları Sorunlar ve Baş etme Yolları. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 8(4).
7. Daley, A. J., Stokes-Lampard, H. J., & Macarthur, C. (2009). Exercise to reduce vasomotor and other menopausal symptoms: a review. *Maturitas*, 63(3), 176-180.
8. De Azevedo Guimarães, A. C., Baptista, F. (2011). Influence of habitual physical activity on the symptoms of climacterium/menopause and the quality of life of middle-aged women. *International journal of women's health*, 3, 319.
9. Demir, R., Taşpınar, A. (2018). Kadın Sağlığının Korunmasında Kegel Egzersizlerinin Önemi ve Ebelik Yaklaşımı. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 34(2), 77-88.
10. Dinçer, Y., Oskay, Ü. (2018). Menopoz Döneminde Kadınların Cinsellik İle İlgili Sorunlarının İncelenmesi: Kalitatif Bir Çalışma. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 4(2), 16-28.
11. Eker, E., Ertüngealp, E., Kayır, A. (2006). Kadında cinsel sağlık üreme sağlığı açısından sağlıklı yaşlanma. *Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği (CETAD) Bilgilendirme Dosyası 3. Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Alanında Ulusal ve Yerel Medya Yoluyla Savunuculuk Projesi. İstanbul, 9-15. Erişim Adresi: <http://www.cetad.org.tr/CetadData/Books/29/pdf> Erişim Tarihi: 14.06.2019*

12. Er, A. (2011). Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti Lefkoşa merkezde yaşayan menopoza girmiş kadınların menopoz dönemine yönelik yaşadıkları sorunlar ve baş etme yolları. (Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi), Yakın Doğu Üniversitesi, Lefkoşa.
13. Erkin, Ö., Ardahan, M., Kert, A. (2014). Menopoz döneminin kadınların yaşam kalitesine etkisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(4), 1095-1113.
14. Kadayıfçı, O. (2006). Klimakterium, Premenopoz, Menopoz, Postmenopoz, Senium, İkinci Bahar. *İstanbul: Nobel tıp Kitapevleri*, 26-32.
15. Khoei, E.M., Sheikhan, F., Shamsalizadeh, N. (2014). Menopause negatively impacts sexual lives of middle-aged Iranian women: A cross-sectional study. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 40(6), 552–600.
16. Kömürcü, N., İşbilen, A. (2011). Postmenopozal dönemde kadınların cinsel yaşama uyumu. *Turkish Journal of Urology*, 37(4), 326-330.
17. Kling JM, Kelly M, Rullo J, Kapoor E, Kuhle CL, Vegunta S, et al. Association between menopausal symptoms and relationship distress. *Maturitas*; 2019; 130: 1-5.
18. Gözüyeşil, E., Sürücü, G. Ş., & Alan, S. (2017). Sexual function and quality-of-life-related problems during the menopausal period. *Journal of health psychology*, 1359105317742194.
19. Lett, C., Valadares, A. L., Baccaro, L. F., Pedro, A. O., Jeffrey Filho, L., Lima, M., & Costa-Paiva, L. (2018). Is the age at menopause a cause of sexual dysfunction? A Brazilian population-based study. *Menopause*, 25(1), 70-76.
20. Nateri NS, Beigi M, Kazemi A, Shirinkam F. Women coping strategies towards menopause and its relationship with sexual dysfunction. *Iranian journal of nursing and midwifery research*. 2017; 22(5): 343.
21. Nazarpour, S., Simbar, M., Ramezani Tehrani, F., & Alavi Majd, H. (2016). The impact of a sexual enhancement program on the sexual function of postmenopausal women. *Climacteric*, 19(5), 506-511.
22. Özgür, N. (2007). Klimakterium Dönemindeki Kadınların Yaşadıkları Menopoz Semptomları ve Başa Çıkma Yolları. (Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi), Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
23. Simon, J. A., Davis, S. R., Althof, S. E., Chedraui, P., Clayton, A. H., Kingsberg, S. A., & Wolfman, W. (2018). Sexual well-being after menopause: an international menopause society white paper. *Climacteric*, 21(5), 415-427.

24. Süt, K. H. Küçükaya, B. (2018). Kadınların Pelvik Taban Kas Egzersizleri Bilgi ve Uygulama Durumları. Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 9 (3) , 15-20. DOI: 10.22312/sdusbed.411894
25. Şahin, H. N. Coşkun, A. (2007). The Menopausal Age, Related Factors And Climacteric, Complaints In Turkish Women. J.Revista Reference; 2(4):91-99.
26. Şahin, D., Şimşek, F., & Seyisoğlu, H. (2006). Cinsel yaşam ve sorunları. Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği (CETAD) Bilgilendirme Dosyası 1, Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Alanında Ulusal ve Yerel Medya Yoluyla Savunuculuk Projesi, , İstanbul. **Erişim Adr:** <http://www.cetad.org.tr/CetadData/Books/35> **Erişim Tar:**14.06.2019
27. Şentürk, A. E., Golbasi, Z., Kavlak, T., & Dilbaz, S. (2015). Relationship between menopausal symptoms and sexual dysfunction among married Turkish women in 40–65 age group. International journal of nursing practice, 21(5), 575-583.
28. Taşkın, L. (2016). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, XV Baskı, Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara.
29. Taylor, B., Davis, S. (2006). Using The Extended PLISSIT Model To Address Sexual Healthcare Needs. *Nursing Standard*, 21(11),35-40.
30. The North American Menopause Society (NAMS). 2019. Sexual Health ve Menopause. <http://www.menopause.org/for-women/sexual-health-menopause-online/sexual-problems-at-midlife>. (Erişim Tarihi: 15.09.2019).
31. Tuğut, N. Gölbaşı, Z. (2013). Cinselliğin Değerlendirilmesinde PLISSIT Modeli'nin Kullanımı. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2(4), 524-534.
32. Valadares, A. L. Pinto-Neto, A. M., Osis, M. J. Sousa, M. H. Costa-Paiva, L. Conde, D. M. (2008). Prevalence of sexual dysfunction and its associated factors in women aged 40-65 years with 11 years or more of formal education: a population-based household survey. *Clinics*, 63(6), 775-782.
33. Wallaca M.A. (2008). Sexual Health Of Older Adults: Using The PLISSIT Model To Talk About Sex. *AJN*; 8(7):50-60.
34. Wren, B. G., Meere, M. S. (2013). Menopause: change, choice and HRT. Summer Hill, NSW. : Rockpool Publishing. Erişim: Hacettepe Üniversitesi Kütüphaneleri Kataloğu. **Erişim Adresi:** <https://www.menopause.org.au/health-info/book-reviews/241-menopause-change-choice-and-hrt>. **Erişim Tarihi:** 14.06.2019

35. Yüksel, Ş., Cindoğlu, D. (2006). CETAD Bilgilendirme Dosyası-5. Kadın cinselliği. Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Alanında Ulusal ve Yerel Medya Yoluyla Savunuculuk Projesi, İstanbul. **Erişim Adresi:** <http://www.cetad.org.tr/CetadData/Books/37/pdf>
Erişim Tarihi:14.06.2019

RESİM KAYNAKLARI

Kapak resmi 1. <http://blog.milliyet.com.tr/yaslilarda-cinsel-hayat--menopoz-ve-andropoz-da-cinsel-hayat-/BlogNo=520720>

Resim 1. <https://www.saglikbilgi.net/kegel-egzersizi-nasil-yapilir-ayrintili>

Resim 2. <https://www.google.com/imgres?www.kizlarsoruyor.comkegel-egzersizi-yapiyor-musunuz>

EK 3. ÜÇÜNCÜ OTURUM

A. ÜÇÜNCÜ OTURUMDA KULLANILACAK SORULAR

Oturumun başında

Oturum başlamadan önce cinsel yaşamınızla ilgili söylemek istediğiniz bir konu/değişim var mı?

Oturumun sonunda

1. Bu oturumda anlatılan bilgiler dışında cinsel sorun yaşadınız mı? Bu konuda konuşmak ister misiniz?
2. Menopoz sonrası dönemde cinsel yaşamınızın kalitesini artırmak ile ilgili ne düşünüyorsunuz? Bu konuda konuşmak ister misiniz?
3. Bana sormak istediğiniz sorular var mı?

B. ÜÇÜNCÜ OTURUMDA VERİLECEK BİLGİ

Cinsel Sorunlara Yönelik Özel Öneriler

Postmenopozal dönemin ilk yıllarda bazı kadınlarda cinsel sorunlar görülebilir. Bu dönemde menopoza bağlı görülebilecek cinsel sorunlar;

- Cinsel ilgi/ uyarılma bozukluğu,
- Cinsel orgazm bozuklukları,
- Genital pelvik ağrı / Penetrasyon bozukluğu,

Bu sorunlara yönelik özel öneriler aşağıda yer almaktadır. Bu öneriler ile cinsel sorunların çoğu azaltılabilir.

Cinsel İlgi/Uyarılma Bozukluğuna Yönelik Özel Öneriler

Cinsel ilgide azalma; sürekli ya da tekrarlayıcı bir şekilde, cinsel fantezilerin, cinsel ilişkiyi başlatma isteğinin veya eşinin cinsel ilişki isteğine karşılık vermenin azalmasıdır. Cinsel uyarılma bozukluğu ise; sürekli ya da tekrarlayıcı bir biçimde cinsel uyarılmanın gerçekleşmemesi, cinsel heyecanın yeterince sürdürülememesidir.

Bu bozuklukların oluşmasına postmenopozal dönemde değişen hormon seviyelerinin bir miktar etkisi olsa da; etki eden en önemli faktör bu dönemdeki cinsellik ile ilgili olumsuz düşüncelerdir (Şahin ve ark., 2006).

Ne yapılmalıdır (Boğa, 2013; Er, 2011; Nateri ve ark., 2017; Ölçer, 2019; Özgür, 2007)?

- Orgazmın süresi veya hissedilen derecesinin kişiden kişiye değişebileceği ve bir kişinin farklı cinsel ilişkilerinde de değişiklik gösterebileceği unutulmamalıdır.
- Cinsel ilgideki /uyarılmadaki azalmanın geçici olduğu düşünülerek kadın kendine zaman vermelidir.
- Bu sorun ve bu soruna yönelik duygular eş ile konuşulup yardımcı olması istenebilir.
- Cinsel ilginin azalma nedeni belirlenmelidir. Örneğin; yorgun hissetmek cinsel ilginin azalmasına neden oluyorsa, cinsel ilişki en dinlenmiş hissedebilecek bir zamanda ve daha az enerji gerektiren cinsel ilişki pozisyonu ile planlanabilir.
- Cinsel ilişki öncesi; yatak odası kadının kendini iyi hissedebileceği şekilde düzenleyebilir (mumlarla süsleyebilir, güzel bir müzik açabilir).
- Cinsellikle ilgili resimler ve videolar cinsel ilginin artmasına yardımcı olabilir.
- Eşlerin birlikte duş alması, birbirine masaj yapması gibi uygulamalar cinsel isteğini artırabilir.
- Cinsel istek olmasa bile eşler birbirine dokunmayı, sarılmayı, öpmeyi ihmal etmemelidir.
- Eşlerin, birbirinin duyarlı bölgelerini (örneğin klitoris gibi) dikkatli ve yavaş bir şekilde uyarması cinsel isteğini artırabilir (Cinsel ilişki sırasında ve öncesinde yapılabilir).
- Ön sevişme (öpüşme, dokunma, sarılma vs.) süresinin artırılması kadının uyarılmasını artırabilir.
- Düzenli bir cinsel yaşam vajinal fonksiyona (vajinal ıslanma, vajinal duyarlılık, vajinal kan dolaşımı, vajinal genişleme vb) yardımcı olabilir.

Orgazm Bozukluklarına Yönelik Özel Öneriler

Orgazm bozukluğu, cinsel uyarılma evresinden sonra cinsel orgazmın sürekli olarak veya tekrarlayan biçimde gecikmesi ya da hiç olmaması durumudur (Şahin ve ark., 2006).

Ne yapılmalıdır (Boğa, 2013)?

- Kadının bedenini tanıyıp hassas noktalarını keşfetmesi ve bu bölgelerin nasıl uyarılabileceğini öğrenmesi yararlı olabilir.
- Cinsel ilişki için uygun zaman ve ortam seçmeli yararlı olabilir.

- Cinsel ilişki öncesi; yatak odasının iyi hissettirebilecek şekilde düzenlenebilmesi (mumlarla süsleyebilirsiniz, loş bir ortam yaratabilirsiniz, güzel bir müzik açabilirsiniz) yararlı olabilir.
- Mastürbasyon yapılması; cinsel gerginliği çözmeye ve ıslanmayı artırmada yararlı olabilir.
- Cinsel fantezilerin düşünülmesi, cinsellikle ilgili olumsuz düşünce ve korkulardan kurtulmayı sağlayabilir.
- Eşlerin sağlığına uygun ve rahatsız etmeyecek farklı cinsel ilişki pozisyonları denenebilir.
- Eşlerin öpüşme, dokunma ve sarılması, uyarılmayı artırabilir.
- Eşlerin, birbirlerinin duyarlı bölgelerini (örneğin klitoris gibi) dikkatli ve yavaş bir şekilde uyarması cinsel isteğini artırabilir (Cinsel ilişki sırasında ve öncesinde yapılabilir).
- Daha rahat cinsel ilişkiye girmek için suda eriyebilen kayganlaştırıcılardan uygun kayganlaştırıcı denenebilir.

Genital Pelvik Ağrı/ Penetrasyon Bozukluğuna Yönelik Özel Öneriler

Genital pelvik ağrı ve penetrasyon bozukluğu; penisin vajinaya girmesinden önce, girerken ya da girmesinden sonra pelvik bölgesinde belirgin ağrı duyulmasıdır. Ağrı nedeniyle de cinsel ilişki gerçekleştirilememektedir. Ağrı; pelvik kasların çok sıkılması ya da gerilmesi nedeniyle olabileceği gibi bu kaslardaki gerileme/esnekliğin azalması ya da vajinal kuruluk nedeniyle olabilir.

Ne yapılmalıdır (Çetin ve Eroğlu, 2015; Er, 2011; Nateri ve ark., 2017; Ölçer, 2019; Tütüncü ve Yıldız, 2012)?

- Öncelikle ağrının nedeni bulunmalıdır.
- **Vajinada yeterli ıslaklık sağlanmadan** cinsel ilişkiye girilmemelidir!
- Ağrıya neden olan vajinadaki kuruluğu azaltmak için uygun kayganlaştırıcılar kullanmak etkili bir çözüm olabilir. Bu kayganlaştırıcılar hem penise hem de vajina ve çevresine uygulanmalıdır.
- Ön sevişme süresinin uzatılması rahatlamayı sağlayabilir. Böylece bartholin bezler uyarılabilir, vajinanın ıslaklığı artar ve vajinal kuruluk azalabilir.
- Gevşemeyi sağlaması amacıyla cinsel ilişkiden önce ılık bir duş alınabilir.
- Cinsel ilişkiye cinsel yönden uyarıcı deneyimler katılabilir (birlikte duş alma, birbirini okşama, cinsel kitaplar okuma ve resimlere bakma gibi). Bu uygulamalar vajinanın hem genişlemesini sağlar hem de ıslanmasını artırarak sürtünmeye bağlı ağrıyı azaltır.
- Kegel egzersizi yaparak pelvik kaslar güçlendirilmelidir.
- Düzenli cinsel ilişki; vajinanın ıslaklığının korunmasına ve fonksiyonuna (vajinal duyarlılık, vajinal kan dolaşımı, vajinal genişleme vb) yardımcı olabilir.

C. DEĞERLENDİRME KULLANILACAK SORULAR

1. Bu görüşmenin sonunda menopoz sonrası dönemde görülebilecek cinsel sorunları söyleyebilir misiniz?
2. Cinsel ilgi bozukluğu ile baş etmeye yardımcı olacak uygulamaları kısaca söyleyebilir misiniz?
3. Cinsel uyarılma bozukluğu ile baş etmeye yardımcı olacak uygulamaları kısaca söyleyebilir misiniz?
4. Hazne ve pelvik bölgede ağrı bozukluğu ile baş etmeye yardımcı olacak uygulamaları kısaca söyleyebilir misiniz?
5. Cinsel doyum bozukluğu ile baş etmeye yardımcı olacak uygulamaları kısaca söyleyebilir misiniz?
6. Vücudunuzdaki duyarlı bölgelerin (örneğin klitoris gibi) yerini tanımlayabilir misiniz?
7. Oturumun size katkısı ile ilgili değerlendirme yapmak ister misiniz/yapabilir misiniz?

D. KAYNAKLAR

1. Abay, H. Kaplan, S. (2017). Histerektomi Sonrası Cinsel Sorunların Değerlendirilmesinde PLISSIT Modelinin Kullanılması. Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi, 11, 184-200.
2. Boğa, N. M. (2013). Cerrahi Menopozdaki Kadınlara Roy Adaptasyon Modeline Göre Evde Verilen Eğitimin Semptom Kontrolü Depresyon Sosyal Destek ve Yaşam Kalitesine Etkisi. (Yayımlanmış Doktora Tezi) Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum
3. Er, A. (2011). Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti Lefkoşa merkezde yaşayan menopoza girmiş kadınların menopoz dönemine yönelik yaşadıkları sorunlar ve baş etme yolları. (Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi), Yakın Doğu Üniversitesi, Lefkoşa.
4. Eker, E., Ertüngealp, E., & Kayır, A. (2006). Kadında cinsel sağlık üreme sağlığı açısından sağlıklı yaşlanma. *Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği (CETAD) Bilgilendirme Dosyası 3*. Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Alanında Ulusal ve Yerel Medya Yoluyla Savunuculuk Projesi. İstanbul, 9-15. **Erişim Adresi:** <http://www.cetad.org.tr/CetadData/Books/29/pdf> **Erişim Tarihi:** 14.06.2019.
5. Nateri NS, Beigi M, Kazemi A, Shirinkam F. Women coping strategies towards menopause and its relationship with sexual dysfunction. *Iranian journal of nursing and midwifery research*. 2017; 22(5): 343.
6. Nazarpour, S., Simbar, M., Ramezani Tehrani, F., & Alavi Majd, H. (2016). The impact of a sexual enhancement program on the sexual function of postmenopausal women. *Climacteric*, 19(5), 506-511.
7. Ölçer, Z. Ö. (2019). Meme Kanseri Hastalarının Cinsel Sorunlarına Yönelik BETTER Modeline Göre Verilen Eğitimin Etkisi. (Yayımlanmamış Doktora Tezi), İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
8. Özgür, N. (2007). Klimakterium Dönemindeki Kadınların Yaşadıkları Menopoz Semptomları ve Başa Çıkma Yolları. (Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi), Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
9. Şahin, D., Şimşek, F., & Seyisoğlu, H. (2006). Cinsel yaşam ve sorunları. Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği (CETAD) Bilgilendirme Dosyası 1, Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Alanında Ulusal ve Yerel Medya Yoluyla Savunuculuk Projesi, , İstanbul. **Erişim Adresi:** <http://www.cetad.org.tr/CetadData/Books/35> **Erişim Tarihi:**14.06.2019.
10. Taylor, B., Davis, S. (2006). Using The Extended PLISSIT Model To Address Sexual Healthcare Needs. *Nursing Standard*, 21(11),35-40.
11. Tuğut, N. Gölbaşı, Z. (2013). Cinselliğin Değerlendirilmesinde PLISSIT Modeli'nin Kullanımı. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2(4), 524-534.
12. Tütüncü, B.,& Yildiz, H. (2012). The influence on women's sexual functions of education given according to the PLISSIT model after hysterectomy. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 47, 2000-2004.
13. Wallaca M.A. (2008). Sexual Health Of Older Adults: Using The PLISSIT Model To Talk About Sex. *AJN*; 8(7):50-60.

EK 4 DÖRDÜNCÜ OTURUM İÇERİĞİ

A. DÖRDÜNCÜ OTURUMDA KULLANILACAK SORULAR

1. İfade ettiğiniz durumla/sorunla/cinsel sorunla ilgili yardım alabileceğiniz bir uzman (psikolog, psikiyatr, sosyal çalışma uzmanı) desteği almak ister misiniz?
2. İlgili uzman arayışınızda/aştırmanızda ben de yardımcı olabilirim.

EK-7. Menopoz Sonrası Cinsel Yaşam El Kitabı

**MENOPOZ SONRASI
CİNSEL YAŞAM**



2020

ANKARA

Hazırlayan

Arş. Gör. Ayşe Sevim AKBAY KISA

Doç. Dr. Gülten KOÇ

ÖNSÖZ

Sevgili Kadınlar,

Menopoz, yaşamımızın önemli bir dönemidir ve yaşamımızın yaklaşık üçte biri bu dönemde geçer. Menopozla birlikte vücudumuzda meydana gelen bazı değişimler yaşamımızın farklı alanlarını etkileyebilir. Bu alanlardan birisi de cinsel yaşamımızdır. Bu nedenle menopoz döneminde cinsellikle ilgili yaşadığımız veya yaşayabileceğimiz değişimlerle baş edebilmek için yeterli bilgiye sahip olmamız cinsel yaşam kalitemizin iyileşmesine yardımcı olacaktır.

Bu kitapçık size, menopoz sonrası cinsel yaşamınızı etkileyebilecek değişimler ile cinsellikle ilgili sorunların ortaya çıkmasını engelleyebilecek ya da sorun ortaya çıktığı zaman daha kolay baş etmenizi sağlayacak bilgileri vermek amacıyla hazırlanmıştır. Kitapçığın yararlı olmasını ve sağlıklı bir cinsel yaşam geçirmenizi dileriz.

Arş. Gör. Ayşe Sevim AKBAY KISA

Doç. Dr. Gülten KOÇ

KİTAPÇIĞIN AMACI

Bu kitapçığın amacı; sizlere menopoz sonrası dönemde cinsel yaşamınızı etkileyen değişimlerle ve cinsellikle ilgili sorunlarınızla baş etmenize yardım edecek bilgi kazandırarak cinsel yaşamınızı sağlıklı bir şekilde sürmenizi sağlamaktır.

KİTAPÇIĞIN HEDEFLERİ

Bu kitapçığı okuduktan sonra sizin;

- ❖ Menopoz sonrası cinsel yaşamınızı değerlendirmenizi,
- ❖ Cinsel yaşamınıza ilişkin duygu ve düşüncelerinizi söyleyebilmenizi,
- ❖ Cinsel yaşamınıza ilişkin endişelerinizi söyleyebilmenizi,
- ❖ Cinsel yaşamınıza ilişkin davranışlarınızın farkına varabilmenizi,
- ❖ Menopoz sonrası dönemde görülen cinsel yaşamınızı etkileyebilecek değişimleri söyleyebilmenizi,
- ❖ Menopoz sonrası dönemde görülen/görülebilecek cinsel sorunları söyleyebilmenizi,
- ❖ Menopoz sonrası dönemde cinsel yaşamınızı etkileyebilecek değişimlerin çözümüne yönelik önerileri sayabilmenizi,
- ❖ Menopoz sonrası dönemde görülen/görülebilecek cinsel sorunların çözümüne yönelik önerileri sayabilmenizi bekliyoruz.

İÇİNDEKİLER

Önsöz	2
Kitapçığın Amacı	3
Kitapçığın Hedefleri	3
Menopoz Sonrası Cinsel Yaşam	5
Menopoz Sonrası Yaşanan Değişimlerin Cinsel Yaşama Etkisi ve Baş Etme Yolları	6
Menopoz Sonrası Yaşanabilecek Cinsel Sorunlara Yönelik Özel Öneriler	11
Kaynaklar	14
İletişim Bilgileri	16
Sözlük	16

1. Menopoz Sonrası Cinsel Yaşam

Menopoz, yumurtalıklarda yumurtaların tükenmesi ve kadınlık hormonu olan östrojenin azalmasına bağlı olarak adet kanamasının kalıcı olarak kesilmesidir. Ayrıca menopozdan sonra başlayıp yaklaşık 65 yaşına kadar geçen süreye menopoz sonrası dönem denilmektedir.

Menopoza bağlı görülebilecek değişimler her kadında farklı derecelerde olsa da; kadınların cinsel yaşamını etkileyebilmektedir. Kadının ve/veya eşinin cinsel davranışlarında, kadının cinsel isteğinde, cinsel doyuma değişimler yaşanabileceği gibi, cinsel ilişki sayısında artma veya azalma şeklinde ya da menopoz sonrası cinsel yaşam ile ilgili duygulardaki değişimler şeklinde görülebilir. Bununla birlikte gebelik korkusu olmadan, gebelikten koruyucu bir yöntem kullanmadan cinsel ilişkiye girme de menopoz sonrası cinsel yaşamı olumlu yönde etkileyebilmektedir.

UNUTMAMALİYİZ!

- ◆ Cinsel yaşam menopozdan sonra da devam etmektedir.
- ◆ Menopoz sonrasında da cinsel doyum yaşanabilir.
- ◆ Menopoz sonrasında da cinsellikle ilgili fanteziler hayal edilebilir ve konuşulabilir.
- ◆ Cinsel doyum yaşamak için erkeğin cinsel organının hazneye girmesi şart değildir.
- ◆ Menopoz sonrasında görülen cinselliği etkileyebilecek değişimlerin çözümünün olduğu unutulmamalıdır.
- ◆ Aile planlaması (gebelikten koruyucu yöntem) kullanma zorunluluğu olmayan bir cinsel yaşam sürdürüleceği unutulmamalıdır.

2. Menopoz Sonrası Yaşanan Değişimlerin Cinsel Yaşama Etkisi ve Baş Etme Yolları

Menopoz sonrası dönemde yaşanan bazı değişimler cinsel yaşamınızı etkileyebilir. Bu değişimlere yönelik yapacağınız uygulamalar ile menopozun cinsel yaşamınıza yaptığı ya da yapacağı olumsuz etkiler azaltılabilir.

Sıcak Basması ve Yorgunluğun Cinsel Yaşama Etkisi

Bazı kadınlarda; menopoz sonrasında görülen sıcak basması uykusuzluğa ve yorgunluğa neden olur. Hem sıcak basması hem de neden olduğu uykusuzluk ve yorgunluk nedeniyle de kadının cinsellik/ cinsel ilişki isteğinde azalma oluşabilir.



Sıcak basmasına ve yorgunluğa yönelik öneriler;

- * Yatak odanızda serin bir ortam oluşturmanız sizi rahatlatır.
- * Yatak odanıza klima taktırmanız sizi rahatlatır.
- * Sıcak basmasının azalması için cinsel ilişki öncesinde yüzünüzü yıkayınız ya da ılık bir duş alınız.
- * Cinsel ilişki öncesinde derin nefes alıp verme egzersizi yapınız.
- * Cinsel ilişkiyi, dinlenmiş ve kendinizi iyi hissedebileceğiniz zamanlarda ve daha az enerji gerektiren, rahat nefes almanızı engellemeyecek, ten tene temas ile sıcak basmasını arttırmayacak ve sizi rahatsız etmeyecek cinsel ilişki pozisyonu (Örneğin eşinizle yan yana yattığınız ya da sizin üstte olduğunuz pozisyonlar) ile planlayınız.
- * Sıcak basmasını arttıracak alkol ve baharatlı yiyecekleri tüketmeyiniz, bu yiyecek ve içeceklerden özellikle cinsel ilişki öncesinde uzak durmalısınız.
- * Sıcak basmasının ve yorgunluğunuzun azalması için her gün düzenli olarak 30-60 dakika egzersiz (yürüyüş, koşma, yüzme ve benzeri (vb)) yapınız.

İdrar Yolları ve Cinsel Organlardaki Değişimlerin Cinsel Yaşama Etkisi

Menopozla birlikte, cinsel organlar ve idrar yollarında daralma oluşabilir. Bu değişimlere bağlı olarak duyarlı bölgelerin (bızır ve memeler gibi) uyarılması ve haznenin ıslanması gecikir ve cinsel ilişki sırasında ağrı yaşanabilir. Ayrıca cinsel ilişki sırasında idrar kaçırma şikâyeti oluşabilir. Yaşanan bu sorunlar cinsel istekte azalmaya neden olabilir.

Haznedeki kuruluğa yönelik öneriler;

- * Haznedeki kuruluşun önlemek için cinsel ilişki sırasında doktorumuzun önerdiği kayganlaştırıcıyı kullanınız.
- * Kayganlaştırıcıyı; hem eşinizin cinsel organına, hem de haznenize ve çevresine uygulayınız.
- * Haznedeki ıslaklığı artırmak için duyarlı bölgelerinize veya cinsel organlarınıza masaj yapabilirsiniz.

Kadında Duyarlı Bölgeler/Cinsel Organlar

Deri	Deride; cinsel uyarılma ve hazzın oluşmasını sağlayan kişiye özel bölgeler vardır.
Memeler	Cinsel isteği uyandırmaktadır, özellikle meme başları uyarılmaya oldukça duyarlıdır.
Bızır (Klitoris)	Küçük dudakların üstte birleştiği kısımda yer alan bızır, küçük bir tepe görünümündedir. Bızır, damar ve sinir yönünden zengin olduğu için dokunma, basınç ve sıcaklığa oldukça duyarlıdır (özellikle baş kısmı).
Hazne (Vajina)	Kadında cinsel ilişkiye girilen üreme sistemi organıdır. Cinsel heyecanın başlamasıyla birlikte 10-30 saniyede haznede ıslanma meydana gelir. ıslanma; penisin (erkek cinsel organı) hazne (vajina) içindeki hareketini kolaylaştırır.

İdrar kaçırmaya ve sık idrara çıkmaya yönelik öneriler;

- * Cinsel ilişkiden önce idrarınızı boşaltınız.
- * **Kegel** egzersizlerini düzenli yapınız.

Kegel Egzersizleri

Pelvik kasların çalıştırılmasıdır.

Kegel egzersizlerinin menopoz sonrası faydaları

- ❖ Cinsel ilişki sırasında oluşan ağrıyı azaltır.
- ❖ Cinsel ilişkiden alınan zevki ve doyumunu artırır.
- ❖ İdrar ve dışkı kaçırmaya sorunlarını önler.
- ❖ İdrar torbası, rahim ve bağırsak sarkmalarını önler.

Egzersiz yapılacak kasları bulma (**Pelvik Kaslar**)

Tuvalete girmeden önce ellerinizi su ve sabunla yıkayınız.

Tuvalete oturduğunuzda önce haznenize temiz iki parmağınızı (işaret ve orta parmak), parmaklarınızın boyu kadar derinliğe yerleştirin ve idrarınızı hızlı bir şekilde bırakın ve sonra aniden durdurun. İdrarın tutulduğu sırada parmağınızın etrafındaki sıkılmış olarak hissedilen kaslar **pelvik** kaslardır.

Kegel egzersizlerini uygulama:

Kegel kaslarınızı beş saniye sayarak yavaş yavaş kasınız ve beş saniye kasılı tutunuz; sonra 5 saniye sayarak yavaş yavaş gevşetiniz. Günde üç kere ve her uygulama zamanında 10 kez bu işlemi tekrarlayınız.

Kegel kaslarınızı kuvvetli sıkınız-bırakınız (musluğu kapatıp-açar gibi). Günde üç kere ve her uygulama zamanında 10 kez bu işlemi tekrarlayınız.



ÖNEMLİ

- * **Kegel egzersizlerini;** tuvalette, otururken, ayaktaiken, uzanırken, herhangi bir zamanda ve yerde yapabilirsiniz.
- * Egzersiz yaparken, diğer kişiler sizin egzersiz yaptığınızı fark etmez.
- * Egzersizler sırasında normal şekilde nefes alıp vermeniz ve yalnızca **pelvik kaslara** odaklanmanız önemlidir.
- * Egzersiz sırasında kalça, karın veya belinizde ağrı oluşuyorsa egzersizi yanlış yapıyorsunuz demektir.
- * İki maddede de yer alan **pelvik kasların** çalıştırılması uygulamalarından birini yapmanız yeterlidir.
- * **Pelvik kaslar** hemen güçlenmeyecektir. İdrar kaçırmanızda gözle görülür bir düzelme olması için 3 ile 6 ay düzenli olarak egzersiz yapmanız gerekmektedir.

Duygusal Değişimlerin ve Menopoz Sonrası Dönemdeki Cinselliğe İlişkin Düşüncelerin Cinsel Yaşama Etkisi

Bazı kadınlarda östrojen hormonundaki azalmalar, uyku düzenindeki değişimler, cinsel organlarındaki küçülmeler, cilt rengindeki değişme ve koyulaşma, eşi tarafından beğenilmeme korkusu, çocuk sahibi olma yeteneğinin kaybı ve menopoz sonrasında cinsel yaşamın biteceği korkusu; olumsuz düşüncelere, strese ve kaygıya yol açabilir. Bu değişimler ve sorunlar da cinsellikten uzaklaşmaya neden olabilir.

Duygusal Değişimlere Öneriler;

- * Cinselliğin yaşam boyu devam ettiğini unutmayınız.
- * Öpüşme, el ele tutuşma, dokunma gibi hareketlerin de cinsellik olduğunu unutmayınız.
- * Güzel bir söz, bir öpücük, bir kucaklama eşinizle sizi birbirinize yakınlaştırır
- * Eşinizle daha fazla vakit geçiriniz ve menopoz sonrası cinsel yaşam ile ilgili duygularınızı eşinizle paylaşınız.
- * Eşinizle, duygularınızı, doyum aldığınız, sevdiğiniz ya da yapmak istediğiniz cinsel davranışları konuşunuz.
- * Sağlıklı bir cinsel yaşam geçirmeniz için eşinizin desteği de önemlidir. Bu konuda eşinizle konuşunuz.
- * Çocuk sahibi olma yeteneğinizin kaybı, cinselliğinizin bitmesine neden olmaz. Aksine aile planlaması (gebelikten koruyucu yöntem) kullanmadan daha rahat bir cinsellik yaşayabilirsiniz.
- * Sağlıklı bir cinsel yaşam geçirmeye yönelik umudunuzu ve özgüveninizi arttırmız.
- * Duygusalılık, sabırlı ve anlayışlı olmak; cinsel yaşamınızın mutlu ve doyumlu geçmesini sağlar.
- * Sağlıklı bir cinsel yaşam geçirmeniz için kendinizi her zaman önemseyiniz
- * Yüz veya vücut bakımınıza özen göstermeniz sizi rahatlatır.
- * Cinsel ilişki öncesinde kendinizi iyi hissedebileceğiniz romantik bir ortam hazırlayınız.
- * Cinsel ilişki öncesinde yüzünüzü yıkamanız ya da duş almanız sizi rahatlatır.
- * Stresinizi azaltması için cinsel ilişki öncesinde derin nefes alıp verme egzersizi uygulayınız.
- * Ön sevişme süresini uzatmanız eşinizle sizi birbirinize yakınlaştırır.

3. Menopoz Sonrası Yaşanabilecek Cinsel Sorunlara Yönelik Özel Öneriler

Cinsel İlgi/Uyarılma Bozukluğuna Yönelik Yapılması Gerekenler

Menopoz sonrası cinsel uyarılmaya etki eden en önemli faktör menopoz sonrası dönemdeki cinsel yaşama dair düşüncelerinizdir.



- ✓ Cinsel ilgideki /uyarılmadaki azalmanın geçici olduğunu düşünerek kendinize zaman veriniz.
- ✓ Cinselliğe ilişkin duygularınızı ve yaşadığınız sorunu eşinizle konuşunuz.
- ✓ Cinsel ilginizin azalma nedeni belirleyiniz ve ona yönelik önlem alınız. Örneğin; yorgun hissetmek sizde cinsel ilginin azalmasına neden oluyorsa, cinsel ilişkiyi kendinizi en dinlenmiş hissedebileceğiniz zaman ve cinsel ilişki pozisyonu ile yapınız.
- ✓ Cinsel ilişki öncesinde kendinizi iyi hissedebileceğiniz romantik bir ortam hazırlayınız.
- ✓ Cinsel ilginizin artması için cinsellikle ilgili resimlere ve videolara bakınız.
- ✓ Eşinizle duş almanız ya da birbirinize masaj yapmanız cinsel ilişki isteğinizi artırabilir.
- ✓ Cinsel isteğiniz olmasa bile eşinize dokunmayı, sarılmayı, öpmeyi ihmal etmeyiniz.
- ✓ Eşinizle birbirinizin duyarlı bölgelerinizi dikkatli bir şekilde uyarmanız cinsel isteğinizi artırabilir (Uyarma cinsel ilişki sırasında ve öncesinde yapılabilir).
- ✓ Uyarılmanızın artması için ön sevişme sürenizi arttırınız.
- ✓ Düzenli bir cinsel yaşama devam etmeniz, haznenin ıslanmasına ve fonksiyonunun (haznede duyarlılık ve kan dolaşımı, haznenin genişleyebilmesi vb) daha rahat devam etmesine yardımcı olabilir.

Orgazm (Cinsel doyum) Bozukluklarına/Değişikliklerine Yönelik Yapılması Gerekenler

- ❖ Kendi bedeninizi tanıyıp hassas ve uyarılabilecek noktalarınızı keşfediniz.
- ❖ Cinsel ilişki için uygun zamanı belirleyiniz.
- ❖ Cinsel ilişki öncesinde kendinizi iyi hissedebileceğiniz romantik bir ortam hazırlayınız.
- ❖ Mastürbasyon yapmanız; gerginliği çözmeye ve ıslanmayı artırmada yararlı olur.
- ❖ Cinsel fanteziler düşünmeniz, olumsuz düşüncelerden kurtulmayı sağlar, sizi rahatlatır.
- ❖ Eşinizin ve sizin sağlığınıza uygun cinsel ilişki pozisyonunu seçiniz.
- ❖ Eşinizle öpüşmeniz, dokunmanız ve sarılmanız uyarılmanızı artırabilir.
- ❖ Cinsel ilişki öncesinde ve sırasında eşinizle birbirinizin duyarlı bölgelerinizi uyarmanız, cinsel isteğinizi ve cinsel doyumunu artırabilir.
- ❖ Doktorunuzun önerdiği kayganlaştırıcıyı kullanınız.

Hazne ve Pelyik Bölgede Ağrı/Cinsel İlişki Bozukluğuna Yönelik Yapılması Gerekenler

Bazı kadınlarda; erkeğin cinsel organı hazneye girmeden önce, girerken ve girdikten sonra, hazne ve pelyik bölgede (bikini bölgesi) belirgin ağrı oluşabilir. Ağrı; cinsel ilişki sırasında kadının kendini çok sıkması ya da gerilmesi nedeniyle olabileceği gibi pelyik kasların esnekliğinin azalması ya da haznedeki kuruluk nedeniyle olabilir.

- ❖ Öncelikle ağrının neden kaynaklandığının belirlenebilmesi için doktora başvurunuz.
- ❖ **Haznede yeterli ıslaklık sağlanmadan cinsel ilişkiye girmeyiniz!**
- ❖ Ağrıya neden olan haznedeki kuruluğu azaltmak için doktorunuzun önerdiği kayganlaştırıcıyı kullanınız.
- ❖ Ön sevişme süresini uzatarak haznenizin daha fazla ıslanmasını sağlayınız.
- ❖ Gevşemeyi sağlaması amacıyla cinsel ilişki öncesinde ılık bir duş alınız.
- ❖ Eşinizle birlikte duş alma, öpme, sarılma, cinsel içerikli resimlere bakma gibi davranışlar uyarılmayı arttırır ve cinsel ilişkiyi kolaylaştırabilir.
- ❖ **Kegel** egzersizi yaparak cinsel ilişkiye girilen bölgedeki kaslarınızı güçlendiriniz.
- ❖ Haznenin ıslaklığının korunmasına ve fonksiyonunu sürdürmesine (hazne duyarlılığı ve kan dolaşımının sürdürülmesi, haznenin genişleyebilmesi vb) yardımcı olması için düzenli bir cinsel yaşam planlayınız.

KAYNAKLAR

1. Abay, H. Kaplan, S. (2017). *Histerektomi Sonrası Cinsel Sorunların Değerlendirilmesinde PLISSIT Modelinin Kullanılması*. Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi, 11, 184-200.
2. Boğa, N. M. (2013). *Cerrahi Menopozdaki Kadınlara Roy Adaptasyon Modeline Göre Evde Verilen Eğitimin Semptom Kontrolü Depresyon Sosyal Destek ve Yaşam Kalitesine Etkisi*. (Yayımlanmış Doktora Tezi) Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum
3. Çangoz, E., Aslan, E., & Yalcin, O. (2013). *Pelvic floor muscle exercises for women and the nurse's role/Kadınlarda pelvik taban kas egzersizleri ve hemşirenin rolü* *Journal of Education and Research in Nursing*, 10(3), 49-57.
4. Daley, A. J., Stokes-Lampard, H. J., & Macarthur, C. (2009). *Exercise to reduce vasomotor and other menopausal symptoms: a review*. *Maturitas*, 63(3), 176-180.
5. De Azevedo Guimarães, A. C., Baptista, F. (2011). *Influence of habitual physical activity on the symptoms of climacterium/menopause and the quality of life of middle-aged women*. *International journal of women's health*, 3, 319.
6. Eker, E., Ertüngealp, E., & Kayır, A. (2006). *Kadımda cinsel sağlık üreme sağlığı açısından sağlıklı yaşlanma. Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Der (CETAD) Bilgilendirme Dosyası 3*. İstanbul, 9-15. **Erişim Adresi:** <http://www.cetad.org.tr/CetadData>. **Erişim Tarihi:** 14.06.2019
7. Er, A. (2011). *Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti Lefkoşa merkezde yaşayan menopoz girmiş kadınların menopoz dönemine yönelik yaşadıkları sorunlar ve baş etme yolları*. (Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi), Yakın Doğu Üniversitesi, Lefkoşa.
8. Gözyücesil, E., Sürücü, G. Ş., & Alan, S. (2017). *Sexual function and quality-of-life-related problems during the menopausal period*. *Journal of health psychology*, 1359105317742194.
9. Hall, L., Callister, L. C., Berry, J. A., Matsumura, G. (2007). *Meanings of menopause: cultural influences on perception and management of menop*. *Journal of Holistic Nursing*, 25(2), 106-118.
10. Khoei, E.M., Sheikhan, F., Shamsalizadeh, N. (2014). *Menopause negatively impacts sexual lives of middle-aged Iranian women: A cross-sectional study*. *Journal of Sex. Marital* 40(6), 552-600.
11. Oskay, Ü. Y. (2004). *Klimakterium Döneminde Cinsellik*. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 13(52), 59-66.
12. Simon, J. A., Davis, S. R., Althof, S. E., Chedraui, P., Clayton, A. H., Kingsberg, S. A., & Wolfman, W. (2018). *Sexual well-being after menopause: an international menopause society white paper*. *Climacteric*, 21(5), 415-427.

13. Süt, K. H. Küçükçaya, B. (2018). Kadınların Pelvik Taban Kas Egzersizleri Bilgi ve Uygulama Durumları. Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 9 (3) , 15-20. DOI: 10.22312/sdusbed.411894
14. Şahin, D., Şimşek, F., Sevişoğlu, H. (2006). Cinsel yaşam ve sorunları. CETAD Bilgilendirme Dosyası 1, İstanbul Erişim Ad: <http://www.cetad.org.tr/CetadData/Books/35> Er. Tar:14.06.2019
15. Taşkın, L. (2016). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, XV Baskı, Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara.
16. The North American Menopause Society (NAMS). 2019. Sexual Health ve Menopause. <http://www.menopause.org/for-women/sexual-problems-at-midlife>. (Erişim Tarihi: 15.09.2019).
17. Tuğut, N., Gölbaşı, Z. (2013). Cinselliğinin Değerlendirilmesinde PLISSIT Modeli'nin Kullanımı. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(4), 524-534.
18. Tütüncü, B., Yıldız, H. (2012). The influence on women's sexual functions of education given according to the PLISSIT model after hysterectomy. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 47, 2000-2004.
19. Yüksel, Ş., Cindoğlu, D. (2006). CETAD Bilgilendirme Dosyası-5. Kadın cinselliği. Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Alanında Ulusal ve Yerel Medya Yoluyla Savunuculuk Projesi, İstanbul. Erişim Adresi: <http://www.cetad.org.tr/CetadData/Books/37/pdf> Erişim Tarihi: 14.06.2019.

RESİM KAYNAKLARI

Resim 1. <http://blog.milliyet.com.tr/yasli-larda-cinsel-hayat--menopoz-ve-andropoz-da-cinsel-hayat-/BlogNo=520720>

Resim 2. <https://onedio.com/haber/menopozun-kadınların-vucudu-ve-psikolojisi-uzerindeki-buyuk-etkisini-anlamanizi-saglayacak-9-belirtisi-833771>

Resim 3. <https://www.saglikbilgi.net/kegel-egzersizi-nasil-yapilir-ayrintili>

Resim 4 <https://www.google.com/imgres?www.kizlarsoruyor.com/kegel-egzersizi-yaniyor-musunuz>

Resim 5 <https://www.milliyet.com.tr/pembenar/menopoz-cinsel-hayati-bitiriyor-mu-2341455>

Resim 6. <https://sagliklibireyler.com/yaslilikta-cinsel-yasam-ve-cinsel-sorunlar>

İLETİŞİM BİLGİLERİ

Doç. Dr. Gülten KOÇ	Arş. Gör. Ayşe Sevim AKBAY KISA
Telefon:	Telefon:
Email:	Email:
Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi	
Doğum ve Kadın Sağlığı-Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı	

SÖZLÜK

Pelvik Kaslar: Leğen kemiklerinin içinde bulunan idrar torbası, rahim, yumurtalık ve kalın bağırsağın son kısmının normal görevlerini yapabilmesi için destek oluşturan kas grubuna denir.

Mastürbasyon: Cinsel davranışın hayal kurularak zihinde yaşanması, elle, yabancı bir cisimle veya sürtünerek boşalmanın sağlanmasıdır.

Boşalma: Uzun süreli cinsel uyarı sonucunda ulaşılan ve kişiye zevk veren fizyolojik (vücudu etkileyen) ve ruhsal durumdur.

Orgazm (Cinsel Doyum): Boşalmayı öğrenmiş, ilişkisinde belirli bir kalite, uyum ve ahenk yaşamış bireyin çeşitli uyarılar sonucu beyninin uyarılması ve bu uyarılmanın etkisiyle yaşadığı bedensel rahatlamaya, ruhsal rahatlamasının da eklenmesi durumudur.

vb: Ve benzeri

EK-8. Etik Kurul Sonucu (Sağlık Bilimleri Üniversitesi Etik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulu)



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
ETİK ZÜBEYDE HANIM KADIN HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Karar Tarihi: 08.01.2020

Karar No: 2020/3

08.01.2020 tarihinde Etik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurul'u Prof. Dr. Aykan YÜCEL başkanlığında toplantı yeter sayısı ile toplandı.

Toplantıda Sorumlu Araştırmacı Prof. Dr. Berna DİLBAZ tarafından başvurusu yapılan "Postmenopozal Dönemdeki Kadınlara PLESSIT Modeline Göre Verilen Cinsel Danışmanlığın Kadınların Cinsel Fonksiyonlarına, Evlilik Uyumuna ve Cinsel Yaşam Kalitesine Etkisi" klinik araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekeceği amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiştir.

Anket çalışmasının hastanede yapılması partıyla öz konusunu klinik araştırma başvuru dosyasının kabulüne oy birliği ile karar verilmiştir.

Prof. Dr. Aykan YÜCEL
Öğretim Üyesi,
Etik Kurul Başkanı

Prof. Dr. Selim ERKAYA,
Öğretim Üyesi
(Kadın Hastalıkları ve Doğum)

Prof. Dr. Berna DİLBAZ
Öğretim Üyesi
(Kadın Hastalıkları ve Doğum)
(katılmadı)

Doç. Dr. Çiğdem LÜTFİ TAŞIŞIZ
Eğitim Görevlisi
(Ankoloji/ Kadın Hastalıkları ve Doğum)

Prof. Dr. Çiğdem ÖZER
Öğretim Üyesi
(Fizyoloji)

Doç. Dr. Fulya KAYIKÇIOĞLU
Eğitim Görevlisi
(Kadın Hastalıkları ve Doğum)
(katılmadı-izafi)

Doç. Dr. İstemi Han ÇELİK
Öğretim Üyesi
(Neonöloji)

Doç. Dr. Nüket P. ERBAYDAR
Öğretim Üyesi
(Halk Sağlığı)

Doç. Dr. Sadıman KIYKAC
ALTINBAŞ
Eğitim Görevlisi
(Doğum)

Prof. Dr. Dilek ŞAHİN
Öğretim Üyesi
(Kadın Hastalıkları ve Doğum)

Av./Dr. Emine Neval YILMAZ
Serbest Avukat/ Doktor
(Genel Cerrahi Uzmanı)

Oğuz YALIM
Sivil Üye
(Ziraat Yüksek Mühendisi)

ASLI GİBİDİR

EK-9. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları
Eğitim ve Araştırma Hastanesi (SUAM) Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulu
Başkanlığı (TUEK) Kararı



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
ETLİK ZÜBEYDE HANIM KADIN HASTALIKLARI
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ



SUAM Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulu

KARAR TARİHİ : 10.10.2019

KARAR NO : 15

KARAR

27. Hacettepe Üniversitesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği doktora programı öğrencisi Ayşe Sevim AKBAY KISA'nın "Postmenopoz Dönemdeki Kadınlara PLISSIT Modeline Göre Verilen Cinsel Danışmanlığın Kadınların Cinsel Fonksiyonlarına, Evlilik Uyumuna ve Cinsel Yaşam Kalitesine Etkisi" konulu çalışmasının öğülara ortalama danışmanlık verilme ve anket uygulama süresinin materyal metoda eklenmesi sonrası tekrar değerlendirilmesine,

Karar verilmiştir.

Prof. Dr. Salim ERKAYA
Öğretim Üyesi

Doç. Dr. Fulya KAYIKÇIOĞLU
Eğitim Görevlisi

Doç. Dr. İstemi HAN ÇELİK
Öğretim Üyesi

Doc. Dr. Sadıpa'n KIVKAC ALTINBAŞ
Öğretim Üyesi

Prof. Dr. Yaprak ÖSTÜN
Başhekim



EK-10. Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği Kullanım İzni



Özlem Can

Alıcı: ben ▾

22 Eyl 20:

Merhaba Ayşe'cim,

Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeğini çalışmada kullanmandan memnuniyet duyarım. Başarılar dilerim. Ekde ilgili dosyaları g

Doç.Dr. Özlem CAN GÜRKAN

Tel:

Dahili:

EK-11. Kadın Cinsel İşlev Ölçeği (KCIÖ) Kullanım İzni

Kadın Cinsel İşlev Ölçeği Hakkında [Gelen Kutusu](#)



ayşe sevim Akbay

Akta: daygin

27 Şub 2019 20:27



Merhaba Dilek Aygin Hocam,

Ben Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Doçun – Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalında araştırma görevlisiyim. Menopozdaki kadınlara yapacağım doktora tez çalışmam için geçerlilik ve güvenilirliğini yaptığımız "Kadın Cinsel İşlev Ölçeği" ni izniniz olursa kullanabilir miyim?

İyi günler dilerim...

Şaygılarımla..

Dilek Aygin

Akta: ben

27 Şub 2019 22:11



Merhabalar Ayşe Sevim,

KCIÖ'ni kullanmanızda hiçbir sakınca yoktur. Sadece makalemizden değil tezizden ve orijinal makaleden de yararlanmanızı öneririm. Çünkü her parçanın maddeler ve kesme noktaları ile ilgili bilgiler tezimde var. Kolaylıklar diliyorum

Doç. Dr. Dilek AYGIÖLÜ

EK-12. Evlilikte Uyum Ölçeği (EUÖ) Kullanım İzni

Evlilikte Uyum Ölçeği > DOKTORA TEZ İLE İLGİLİ x



sennur tk

Alıcı: ben v

Merhaba,
Evlilikte Uyum Ölçeğini kullanabilirsiniz.
Ekte ölçek ve makale var.Puanlama için makalenin tümünü okuyunuz.
Başarılar dilerim.
Şennur Kışlak

Prof.Dr.Şennur Tutarel Kışlak



ayşe sevim Akbay

Alıcı: sennur v

Sayın Şennur hocam çok teşekkür ederim. Saygılarımla...

sennur tk

9 Oca 2019 Çar, 15:34 tarihinde şunu yazdı:

Merhaba,
Evlilikte Uyum Ölçeğini kullanabilirsiniz.
Ekte ölçek ve makale var.Puanlama için makalenin tümünü okuyunuz.
Başarılar dilerim.
Şennur Kışlak

Prof.Dr.Şennur Tutarel Kışlak

EK-13. Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği- Kadın (CYKÖ-K) Versiyonu Kullanım İzni

Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği - Kadın Türkçe versiyonu 🔍 📄 🗑️

ayşe sevim AKBAY 21 Eyl 2018 Cum 12:41 ☆ 📄
 İletişim: +
 Sayın Zehra Hocam,

Bes Hacetçepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Doğan - Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalında araştırmaya görevlisiniz. **Postmenopoz Dönemindeki Kadınlarda PLISSIT Modeline Göre Verilen Cinsel Durumunların Kadınların Cinsel Sağlıkına, Erişim Uyumuna ve Yaşam Kalitesine Etkisi** konulu tez çalışmam için gerekli ve güvenilirliği yaptığınız "Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği - Kadın Türkçe versiyonu"na izniniz olursa kullanabilir miyim?
 İyi günler dilerim...
 Saygılarımla...

Anı. Gör. Ayşe Sevim AKBAY

Telefon: _____

Res. Asst. Ayşe Sevim AKBAY

Phone: _____

ZEHRA GÖLBAĞI 1 Ekim 2018 Per 10:51 ☆ 📄
 İletişim: +
 Saygılı Ayşe,
 Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği - Kadın'ı tezinde kullanabilirsiniz, iyi çalışmalar dilerim.
 Prof. Dr. Zehra Gölbacı

EK-14. Cinsel Danışmanlık Belgesi

EK-15. Bilgilendirilmiş Onam Formları

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Gönüllü No:

Gönüllünün Ad ve Soyadının Baş Harfleri:

‘Postmenopoz Dönemdeki Kadınlara PLISSIT Modeline Göre Verilen Cinsel Danışmanlığın Kadınların Cinsel Fonksiyonlarına, Evlilik Uyumuna ve Cinsel Yaşam Kalitesine Etkisi’ Adlı Araştırma İçin Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Çalışma Merkezi: Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Değerli Katılımcı,

Bu çalışma bir doktora tezi araştırmasıdır. Belirli yaştan sonra bir yıl süreyle adet görememe dönemine menopoz ve sonrasındaki döneme ise menopoz sonrası dönem (postmenopoz dönem) denilmektedir. Kadınlarda menopoz; doğal bir yaşam dönemi olmasına rağmen hormonal, fiziksel, biyokimyasal, psikolojik değişimlere ve kültüre bağlı olarak kadınların fiziksel, psikolojik ve cinsel sağlığını çeşitli derecelerde etkilemektedir. Bütün bu sebepler nedeniyle kadınların cinsel sağlığı, evliliklerindeki uyum ve cinsel yaşam kaliteleri de etkilenebilir. Günümüzde çoğu hastanede menopoza yönelik danışmanlık verilmemekte ve danışmanlık verilen yerlerde de, danışmanlık içeriğinde cinsel sağlık danışmanlığı yapılamamaktadır.

Bu çalışmanın amacı; Postmenopoz dönemdeki kadınlara PLISSIT modeline göre cinsel danışmanlık verilerek kadınların cinsel fonksiyonlarına, evlilik uyumuna ve cinsel yaşam kalitesine etkisini belirlemektir. Uygulama grubuna PLISSIT Modeline göre hazırlanmış danışmanlık verilecektir. PLISSIT (izin verme, sınırlı bilgi, özel öneriler, yoğun terapi) modeli; oluşabilecek cinsel sorunları engellemeyi ve var olan cinsel sorunları azaltmayı hedefleyen danışmanlık yöntemlerinden biridir. Bu model, cinselliği değerlendirmede açık uçlu soruları içerir ve toplam dört aşamada danışmanlık verilir. Birinci aşamada açık uçlu sorularla bireylerin cinsel sağlığı değerlendirilir ve bireylerin sorunlarını ifade etmesine izin verilir. İkinci aşamada bireylere menopozun fiziksel, ruhsal ve cinsel sağlığa etkisine yönelik sınırlı bilgi verilir. Üçüncü aşamada bireylerde görülebilecek veya görülen cinsel sorunlara ve menopozun neden olabileceği cinsel sorunlara yönelik önerilerde bulunulur. Dördüncü aşamada ise cinsel sorunları devam eden bireyler uzmana (psikolog, psikiyatrist, nöroloji uzmanı vs) yönlendirilir.

Araştırma kriterlerinizi karşılamanız ve gönüllü olmanız durumunda; ilk anketin yapılması için ortak gün ve zaman belirlenecektir. Gönüllülerle yapılacak tüm anket ve danışmanlıklar Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma

Hastanesi'nde danışmanlığa uygun bir odada yapılacaktır. Uygulama gurubu ile toplam altı, kontrol grubu ile toplam üç görüşme yapılacaktır.

Gönüllülerle yapılacak ilk görüşmelerde başta size 21 soru ve iki bölümden oluşan Tanıtıcı Bilgiler Formu, Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği (MSDÖ) ve Kadın Cinsel İşlev Ölçeği (KCIÖ) uygulanacaktır. Çalışmaya katılan gönüllü kadınlar uygulama ve kontrol grubu olarak 2 gruba ayrılacak ve her bir grupta 30 olmak üzere toplam 60 kadın çalışmaya dâhil edilecektir. Hangi grupta yer alacağınız araştırmacı tarafından bilgisayar aracılığıyla rastgele seçilecektir. Rastgele seçim, Kadın Cinsel İşlev Ölçeği (KCIÖ) puanına göre randomize org (<https://www.random.org>) sitesinde yapılacaktır. Daha sonra sizi telefonla arayarak ortak gün ve saat belirlenecek, belirlenen zamanda Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde danışmanlığa uygun bir odada danışmanlık düzenlenecektir. Her gönüllü için çalışma süresi toplam dört aydır.

Uygulama grubunda olursanız, sizle dört görüşme yapılacaktır. İlk üç görüşme birer hafta ara ile dördüncü görüşme üçüncü görüşmeden üç ay sonra yapılacaktır. İlk üç görüşmede PLISSIT modeline göre hazırlanmış danışmanlık verilecektir. Birinci görüşmede kadınlara Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın (CYKÖ-K) Versiyonu ölçeği ve Evlilikte Uyum Ölçeği (EUÖ) uygulanacaktır. Size ayrıca PLISSIT modeline göre hazırlanmış danışmanlığın birinci basamağı uygulanacaktır ve sonraki görüşme için randevu alınacak. İkinci görüşmede PLISSIT Modeline göre hazırlanmış danışmanlığın ikinci basamağı uygulanacaktır. Sonraki görüşme için randevu alınacak, üçüncü görüşmede de PLISSIT modeline göre hazırlanmış danışmanlığın üçüncü basamağı uygulanacaktır. Sonra da PLISSIT modeline doğrultusunda cinsel sorunlarına yönelik hazırlanmış danışmanlık rehberi ve el kitapçığı verilecektir. Dördüncü görüşme ise üçüncü görüşmeden üç ay sonra yapılması planlanmıştır. Bu görüşmede de ölçüm araçları (Kadın Cinsel İşlev Ölçeği (KCIÖ), Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın (CYKÖ-K) Versiyonu ve Evlilikte Uyum Ölçeği (EUÖ)) tekrar uygulanacaktır.

Kontrol grubunda olursanız sizle iki görüşme yapılacaktır. Görüşmelerde danışmanlık verilmeyecektir. Birinci görüşmede Evlilikte Uyum Ölçeği (EUÖ) ve Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın (CYKÖ-K) Versiyonu uygulanacaktır, Birinci görüşmeden dört ay sonra ise yine telefonla aranarak uygun gün ve saate randevu alınarak bir kontrol görüşme yapılacaktır. Son görüşmede de Kadın Cinsel İşlev Ölçeği (KCIÖ), Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın (CYKÖ-K) Versiyonu ve Evlilikte Uyum Ölçeği (EUÖ) doldurtulacaktır. Sonra da PLISSIT Modeline doğrultusunda cinsel sorunlarına yönelik hazırlanmış danışmanlık rehberi ve el kitapçığı verilecektir. Çalışmanın sonunda kontrol grubuna da isteğe bağlı olarak danışmanlık verilecektir.

Sizin bu çalışmadaki sorumluluğunuz, araştırmaya katılmak ve anket formlarını yanıtlamaktır. Sizin de bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz ancak araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Ayrıca çalışma süresince size hastaneye ulaşım parası bir ödeme yapılmayacaktır. Siz çalışma süresince diğer uzmanlardan cinsel eğitim alırsanız çalışmadan çıkarılacaksınız. Bu bilgileri okuyup

anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız. Ayrıca çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekme hakkına da sahipsiniz. Çalışmaya katılmak istememeniz veya çalışmadan çekilmeniz durumunda hastanemizde almakta olduğunuz sağlık hizmeti aynı şekilde devam edecektir. Çalışmada uygulanan anketlerden elde edilen veriler, kimliğiniz belirtilmeden sağlık alanında veya bilimsel nitelikte yayınlarda kullanılabilir. Bu veriler bu amaçlar dışında kullanılmayacaktır ve adınız herhangi bir şekilde veri dosyalarında yer almayacaktır. Tıbbi kayıtlarınıza sadece bu çalışmayı izleyen ve yoklama yapan kişiler, etik kurul, üniversite ve hastane kurumundaki çalışmayı izlemekle sorumlu kişiler gerekli durumlarda ulaşacaktır.

Sorulara vereceğiniz yanıtlar araştırma sonuçlarını doğrudan etkileyeceği için kendi düşüncelerinizi işaretlemenizi ve yanıtlanmamış soru bırakmamanızı rica ederiz.

Katılıminız için şimdiden teşekkür ederiz.

Sorumlu Araştırmacı: Profesör Doktor Berna DİLBAZ

Yardımcı Araştırmacı: Doçent Doktor Gülten KOÇ

Arş. Gör. Ayşe Sevim Akbay KISA

Adres:

Telefon: 0....

Katılımcı Adı- Soyadı:

İmza:

Katılımcının Beyanı:

Sayın araştırma ekibi görevlisi/görevlileri tarafından postmenopoz dönemdeki kadınlara PLISSIT modeline göre verilen cinsel danışmanlığın kadınların cinsel fonksiyonlarına, evlilik uyumuna ve cinsel yaşam kalitesine etkisinin değerlendirilmesi amacıyla bir araştırma yapılacağı belirtilerek tüm açıklamaları okudum, bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana yazılı ve sözlü olarak aşağıda adı belirtilen çalışmacı tarafından yapıldı. Çalışma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Çalışmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden çalışmadan çekilebileceğimi ve çekileceğimi önceden bildirmemin uygun olacağına bilincindeyim. Çalışma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana hastaneye ulaşım parası dışında da bir ödeme yapılmayacaktır. Çalışma sırasında araştırma ile ilgili bir sorun ile karşılaştığımda araştırmacılarından Prof. Dr. Profesör Doktor Berna Dilbaz'ı nolu telefondan, Doçent Doktor Gülten Koç'u ... nolu telefondan, Arş. Gör. Ayşe Sevim Akbay Kısa'yı nolu cep telefonundan veya Arş. Gör. Ayşe Sevim Akbay Kısa'yı SDÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi adresinden arayabileceğimi biliyorum.

'Postmenopoz Dönemdeki Kadınlara PLISSIT Modeline Göre Verilen Cinsel Danışmanlığın Kadınların Cinsel Fonksiyonlarına, Evlilik Uyumuna ve Cinsel Yaşam Kalitesine Etkisi' adlı araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranış ile karşılaşmadım. Araştırmadan çıkmayı istediğim takdirde sağlık hizmetimi aynı şekilde almaya devam edeceğimi biliyorum. Bana araştırma ile ilgili yapılan tüm açıklamaları anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu

çalışmada kendi rızamla katılımcı olarak yer alma kararını aldım. İmzalı bu form kâğıdının bir kopyası bana verilecektir.

Bu konuda yapılan açıklamaları anladım, araştırmaya kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcı:

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Katılımcı ile görüşen araştırmacı:

Adı, soyadı:

Görevi /Adres:

Görüşme tanığı;

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tel:

İmza:

EK-16. Orijinallik Ekran Çıktısı

POSTMENOPOZ DÖNEMDEKİ KADINLARA PLISSIT MODELİNE
GÖRE VERİLEN CİNSEL DANIŞMANLIĞIN KADINLARIN CİNSEL
FONKSİYONLARINA, EVLİLİK UYUMUNA VE CİNSEL YAŞAM
KALİTESİNE ETKİSİ

ORJİNALLİK RAPORU



TÜM KAYNAKLARI EŞLEŞTİR (SADECE SEÇİLİ OLAN KAYNAĞI YAZDIR)

Alıntıları çıkart üzerinde Eşleşmeleri çıkar < 5 words
Bibliyografyayı Çıkart üzerinde

EK-17. Dijital Makbuz**Dijital Makbuz**

Bu makbuz ödevinizin Turnitin'e ulaştığını bildirmektedir. Gönderiminize dair bilgiler şöyledir:

Gönderinizin ilk sayfası aşağıda gönderilmektedir.

Gönderen: Ayşe Sevim Akbay Kısa
 Ödev başlığı: POSTMENOPUZ DÖNEMDEKİ KADINLARA PLISSIT MODELİNE ...
 Gönderi Başlığı: POSTMENOPUZ DÖNEMDEKİ KADINLARA PLISSIT MODELİNE ...
 Dosya adı: ilkinci_gelen_ve_eklerin_eklendi_i_24.12.21_d_zenledim_son...
 Dosya boyutu: 2.85M
 Sayfa sayısı: 178
 Kelime sayısı: 33,849
 Karakter sayısı: 230,573
 Gönderim Tarihi: 24-Ara-2021 11:1800 (UTC+0300)
 Gönderim Numarası: 1735456943

TE:
 HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
 SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

POSTMENOPUZ DÖNEMDEKİ KADINLARA PLISSIT
 MODELİNE GÖRE YERLEŞEN CİNSEL BAHANININ
 KADINLARIN CİNSEL FONKSİYONLARINA, EVLİLİK
 İYİLEMİNE VE CİNSEL YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ

Ayşe Sevim AKBAY KISA

Doğum ve Sağlık Bilimleri Enstitüsü Programı
 DOKTORA TEZİ

ANKARA
 2021

9. ÖZGEÇMİŞ