

Kadın cinselliği ve kanıt temelli yaklaşımlar

Öğr. Gör. Dr. Zümrüt Bilgin¹, Prof. Dr. Nuran Kömürçü²

¹Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü

²İstanbul Aydın Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü

Giriş

Yaşamın doğal bir parçası olan cinsellik; biyolojik, psikolojik, sosyal, kültürel, geleneksel, ahlaki, dini, antropolojik ve ekonomik boyutları olan bir etkileşimdir. Üremeyi, cinsel zevk almayı ve zevk vermeyi içerir. Cinsellik doğum öncesi başlayıp ömür boyu devam eder. İnsan psikolojisini oluşturan temel tutumlar kişilik özellikleri, duygular, bilişsel işlevler, geçmiş yaşantılar travmalar, öğrenilmiş davranış modelleri vb. cinselliğe yaklaşımımızı ve seçimlerimizi belirler (1,2).

Bu makalede kadın cinselliği ve kanıt temelli yaklaşımlarla ilgili literatür incelenerek konuya katkı sağlanması amaçlanmıştır.

Yaşam boyu cinsellik

Intrauterin hayattan başlayıp ölüme kadar devam eden cinsellik yaşamın her evresinde sürekli bir gelişim ve değişim içindedir. Kadının cinsel deneyimleri, cinselliğini ifade etme yolu bireyseldir ve yaşamı süresince değişir. Doğumdan önce, insanda cinsel tepki döngüsünün başladığı bildirilmiştir. Dişi cinsel tepki döngüsü ise doğum öncesinde işlevleşmektedir (2-4).

Doğumdan sonra, altı aydan bir yıla kadarki dönemde kendi cinsel organlarının keşfi ve mastürbasyon her iki cinsiyet için de söz konusudur. Çocuklar 3-5 yaşında, kadın ve erkeğin nasıl davranması gerektiğine yönelik toplumun gönderdiği mesajları almaya başlar ve toplumsal cinsiyetlerinin gerektirdiği rolleri ortaya koyarlar. Bununla birlikte 5-12 yaş arasındaki çocuklar, kültürel faktörlere bağlı olarak romantik ilgi göstermeye başlarlar. 10-15 yaş arasındaki gençler ise genellikle romantik etkinliklerle uğraşır. Bu dönem önemli ölçüde kültürel faktörlere bağlıdır (2-4).

Ergenlik döneminde biyolojik farklılaşma ile kadın artık cinsel döngünün evrelerini yaşayabilir durumdadır. Mastürbasyonla ilgili kaygılar bu dönemde yoğun yaşanabilir. Erişkinliğe yaklaştıkça cinsiyetin toplumsal rolleri de yaşanmaya

başlar. Ergenlerin cinsel rolleri cinsiyet farklılıkları göstermekle birlikte davranışları kültürel beklentiler ile tutarlıdır. Bu dönemdeki ergenlerin cinsel aktivitelerin ahlakçı tutumlar ile sınırlandırılması ileri dönemlerde kadının cinsel sorunlar yaşama olasılığını arttırmaktadır. Mastürbasyonun bilinmemesi, konuşulmaması, olumsuz nitelendirilmesi birçok kadında uyandırılma ve cinsel haz gelişimini olumsuz etkilemektedir (2-4).

Erişkinlik dönemi kadının cinselliği rahat yaşayabildiği, cinsel olarak aktif olduğu bir dönemdir. Bu dönemde düzenli partner ilişkilerinin kurulması ile kadının yaşamında toplumsal ve cinsel rolüne özgü değişiklikler olur. Cinsellik öğrenilen bir eylem olduğundan aktif cinsel yaşamı olan kadının yaşla birlikte orgazm olma ve haz alma becerileri artar. Ancak gebelik ve emzirmenin yanı sıra infertilite deneyimi cinsel işlevi etkileyebilir (2).

Menopoz döneminde yaşam stresleri ve kişilerarası ilişkiler, cinsel işlevde önemli bir rol oynamaktadır. Kadınların her geçen yıl partneri ile cinsel aktiviteye girme olasılığı azalır. Menopoz cinsel uyarılma evresini etkilerken cinsel istek üzerine olumsuz bir etkisi olmaz. Yaşlanma ise cinsel yaşam açısından sadece bir dönemdir. Bilinenin aksine yaşlanma ile birlikte kadında cinsel istekte azalma olmaması nedeniyle cinsel etkinlikte ciddi sorun yaşanmaz (2-4).

Yaşam boyu cinsellik ve kanıtlar

Kanıt, özel araştırma bulguları olarak tanımlanmaktadır. Literatürde kanıt anlamı değişik şekillerde ifade edilmektedir; Gerçek olarak kanıt, bilgi olarak kanıt (uzman görüşleri, sözel olarak ifade edilmeyen ancak açık olarak ortada olan deneyim), doğrulanmış ya da çürütülmüş inançlarla ilgili bilgi olarak kanıt, özel araştırma bulguları olarak kanıt ve meta analiz ve sistematik incelemelerdir. Kanıt temelli yaklaşımla bakımın kalitesini ve bakım sonuçlarını iyileştirmek, klinik uygulamalarda ve hasta bakım sonuçlarında fark yaratmak, bakımı standardize etmek ve hasta memnuniyetini artırmak mümkün olmaktadır (5-8).

Tablo 1. Kanada Koruyucu Sağlık Hizmetleri Çalışma Grubunun kanıt sıralamasında kullandığı anahtar ifadeler ve önerilerin sınıflandırılması (9)

Kanıt kalitesinin değerlendirilmesi	Önerilerin sınıflandırılması
I: İyi tasarlanmış en az bir tane randomize kontrollü çalışmadan elde edilen kanıtlar	A. Klinik önleyici eyleme yönelik önerilen iyi kanıtlar vardır
II-1: İyi tasarlanmış randomizasyon olmayan kontrollü çalışmalarda elde edilen kanıtlar	B. Klinik önleyici eyleme yönelik önerilen gerçeğe uygun kanıtlar vardır
II-2: İyi tasarlanmış birden fazla merkez/grup tarafından yapılmış, kohort (prospektif veya retrospektif) ya da vaka-kontrol çalışmalarından elde edilen kanıtlar	C. Varolan kanıtlar çelişkilidir ve önerilerin yapılmasına izin vermez ya da klinik önleyici eylemin kullanımına karşı, bununla birlikte diğer faktörler karar vermeyi etkileyebilir
II-3: Girişimsiz çoklu zaman serilerinden elde edilen kanıtlar.	D. Klinik önleyici eyleme yönelik önerilen açık kanıtlar vardır
II-3: Kontrolsüz deneysel çalışmaların etkileyici sonuçları (Örneğin 1940'larda penisilin tedavisi sonuçları gibi)	E. Klinik önleyici eylem aleyhine önerilen iyi kanıtlar vardır.
III: Klinik deneyimlere dayalı, saygın otoritelerin görüşleri, tanımlayıcı çalışmalar ya da uzman komite raporlarından elde edilen kanıtlar.	L. Bir öneriyi yapmak için (nicelik ve kalite olarak) yeterli kanıt yoktur, ancak karar vermeyi diğer faktörler etkileyebilir.

Bu kılavuzda bildirilen kanıtların kalitesi Kanada Koruyucu Sağlık Hizmetleri Çalışma Grubunca açıklanan kanıt kriterleri değerlendirilmesinden uyarlanmıştır. Bu kılavuzlarda bulunan öneriler Kanada Koruyucu Sağlık Hizmetleri Çalışma Grubunca açıklanan öneri kriterleri sınıflamasından uyarlanmıştır.

- Çocukların doğumda cinsellikleri vardır. Cinsellik gelişimsel bir süreçtir. (II-2)
- Cinsellik normal ve sağlıklı bir deneyimdir. Ancak, genç kızlarda iletişim ihmal edildiğinde genellikle ergenin cinselliği ile ilgili çoğu söylemi cinsel sömürü, cinsel saldırı, istenmeyen gebelik ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar gibi potansiyel olumsuz sonuçlara odaklanır. (II-2)
- Cinselliğin yaşa uygun ifade edilmesi ergen kızların gelişiminin olumlu bir parçasıdır. Negatif zorlayıcı ve ayrımcı deneyimlerin cinsel sağlığa zararlı etkisi olabilir. (II-2)
- Kadınlar cinselliği, partneriyle ve mastürbasyonda dahil olmak üzere değişik yollarla ve çeşitli şekillerde açıklayabilir. (II-2)
- Cinsel bir partneri olan veya olmayan kadınlarda mastürbasyon, kendi kendine tatmin ve cinsel boşalma cinselliğini tanımada önemli olabilir. (III)
- Cinsellikle ilişkili faktörler bir kadının iyilik durumunda önemli bir etkiye sahiptir. (II-2)
- Gebelik ve emzirmenin yanı sıra infertilite deneyimi cinsel işlevi etkileyebilir. (II-2)
- Menopozda cinsel aktivite sıklığında düşüş olmaz ancak kadınların arzu, uyarılma, orgazm, cinsel zevk ya da cinsel doyum potansiyeli değişir. (II-2)
- Kadınların cinsel iyilik durumunu etkileyen faktörler; biyolojik yaşı, psikolojisi, sosyo-kültürel ilişkisi ve me-

nopoz deneyimidir. (II-2)

- Partneri olan çoğu kadının cinsel aktivitesi devam eder ancak kadının partneri olmadığına ya da ilgi eksikliğinde genellikle cinsel aktivitesi olmaz. (II-2)
- Kadın cinselliği, biyolojik olaylardan (örneğin; ergenlik, doğum, menopoz ve yaşlanma) kendi psikolojisi/psikolojik sağlığı, kendi etnik kültürü ve cinsel yöneliminden etkilenebilir. (III)
- Kadınların cinsel istek ve aktivitesinin devam edip etmemesi; gebelik, doğum, menopoz ve yaşlanma dönemleri, partnerin varlığı, partnerin cinsel fonksiyonu, ilişkinin kalitesi ve her iki partnerin genel sağlık durumuna bağlı olabilir. (III)
- Genç kız ve kadınların cinsellikle ilgili söylem ve deneyimlerinde partner farklılıkları önemlidir. (II-2) (6,10,11).

Kadın cinsel yanıt modelleri-desenleri

Cinsel yanıt döngüsünün ilk olarak tanımı Havelock Elis tarafından (1906) yapılmış iki aşamalı modeldir. Daha sonra (1966) "Masters ve Johnson insanda cinsel yanıt döngüsünü dört aşamalı olarak tanımlamıştır". Bu aşamalar uyarılma, plato, orgazm ve çözülme aşamalarıdır. Kaplan 1970'de cinsel işlev bozukluklarının sınıflandırılmasına temel oluşturan dört aşamalı cinsel yanıt modelini geliştirmiştir. Kaplan, modelinde platodan söz etmez (1,7).

İstek evresi: Cinsel döngünün en önemli evresidir. Cinselliğin birey tarafından istenmesi ve arzulanmasını

içerir. Bu evre cinselliğin psikojen yönünü ve öznel uyarılmayı içermektedir.

Uyarılma evresi: Bedendeki fizyolojik değişikliklerin ilk evresidir. Kadında ıslanma (lubrikasyon) ve cinsel organda kabarma, erkekte ereksiyon oluşur. Uzun süren bir evredir. Cinsel ilişki sırasında uygun olmayan bir uyarın ile azalabilir.

Orgazm evresi: Süre açısından en kısa, haz açısından en yoğun dönemdir. Bu evre kadında ise perine ve vajina etrafındaki kaslar ile vazokonjesyon sonucu büyüyen dokuların, refleks olarak ritmik kasılmaları ile karakterizedir.

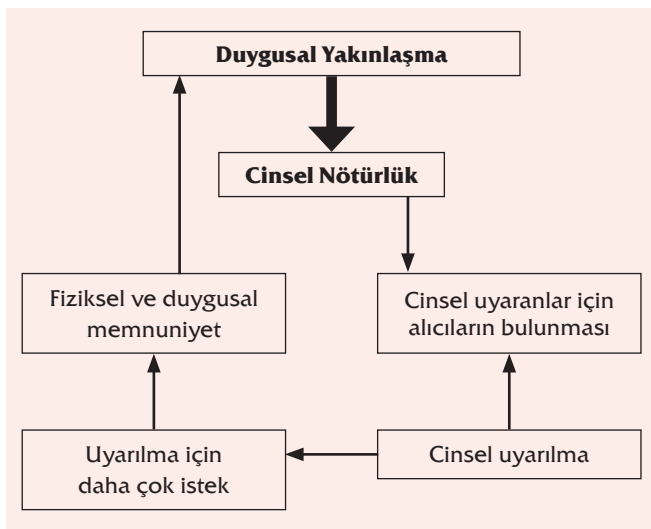
Çözülme evresi: Cinsel döngünün son evresidir. Yaşanan cinsellik sonrasında orgazmı takiben, vücut ve cinsel organlardaki uyarılmanın azalması ve ortadan kalkmasıdır (1,8,12,13).

Kadın cinsel yaşam sorunları

Kadınların daha çok cinsel istek ve uyarılma sorunu yaşadığı düşünülmektedir. Yapılan çalışmalarda kadınların %30–60'ında yaşamları boyunca en az bir cinsel sorun yaşadığı belirlenmiştir (2). Cinsel sorunlar değerlendirildiğinde en çok psiko-sosyal nedenli olduğu belirtilmektedir. Ayrıca anksiyete, depresyon, ilaçlar ve organik faktörler cinsel sorunlara neden olan faktörler arasında sayılmaktadır. Cinsel işlev bozuklukları yaşam boyu ya da edinsel olabilir, genel (tüm durumlarda) ya da belirli durumlarda (bazı durumlarda) oluşabilir (6,11–13).

Kadında cinsel sorunların nedenleri

Cinsel sorunların nedenleri kişiden kişiye ve bir bozukluktan diğerine değişir. Biyopsikososyal modele göre



Şekil 1. Kadının cinsel ilişkisinde cinsel yanıt temelli bir model (11).

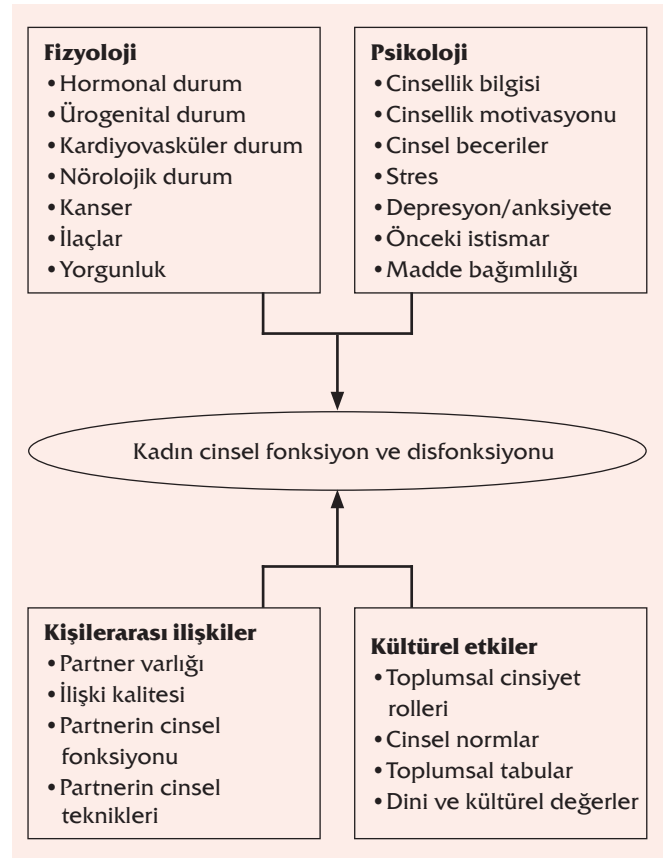
cinsel bozuklukların gelişimi ve sürdürülmesinde biyolojik, psikolojik, kişilerarası ve kültürel faktörlerin tümü rol oynayabilir (6).

Biyolojik nedenler: Bedensel hastalıklar, sürekli ilaç kullanımı, kadında hormonal değişikliklere neden olan doğal evreler (gebelik, menopoz vb), depresyon gibi sadece kişinin kendi sağlığı ile ilgili nedenler sayılabilir (6).

Psikolojik nedenler: Cinsel taciz ve tecavüze maruz kalma, edilgenlik, kendi taleplerini ve kimliğini ifade etmede zorluklar, cinsel yönelim ve kimlik sorunları, partnere ilgi kaybı gibi kişinin durumu ile ilgili nedenler.

Sosyal nedenler: En önemli sorunlardan biri kadınlarda cinsel eğitimin yetersizliğidir. Kadınların pek çoğu kendi cinselliklerinin farkında değildirler. Cinselliğin nasıl olduğu, nasıl yaşandığı bilinmemekte, bunun sonucunda kadın kendi cinselliğini ve bedenini tanımamaktadır.

Cinsel fanteziler: Cinsel gelişim açısından mastürbasyon ve fanteziler bireyin cinselliği anlamlandırmasını ve fark etmesini sağlamaktadır. Fanteziler sürekli bir partneri olan veya olmayan kadınların cinsel yaşamını monotonluktan, sıradanlıktan uzaklaştırıp, zenginleştirir (2,12,13).



Şekil 1. Kadının cinsel fonksiyonu ve disfonksiyonu ilgili biyopsikososyal bir model (11).

Tablo 2. DSM-V-TR Kadın cinsel işlev bozuklukları tanımları (17)

Hiperseksüel bozukluk	Bireyin kendisine veya başkalarına fiziksel veya duygusal zarar verici fantezi, dürtü ve cinsel davranışlara yönelmesidir.
Kadınlarda cinsel ilgi/uyarılma bozukluğu	Cinsel etkinlikte bulunma isteğinin veya fantezilerin az olması ya da hiç olmaması, cinsel etkinlik sırasında cinsel heyecan/hazzın az olması ya da hiç olmamasıdır.
Genitopelvik ağrı/birleşme bozukluğu	Vajinal giriş/birleşmenin olmaması, vajinal giriş/birleşme denemelerinde belirgin vulvovajinal, pelvik ağrı veya pelvik taban kaslarında belirgin gerginlik ve kasılmasıdır.
Kadınlarda orgazm bozukluğu	Neredeyse her cinsel etkinlikte gecikme, orgazmda belirgin gecikme veya yokluğu ya da orgazmın düşük yoğunlukta olmasıdır.
Madde ve ilacın yol açtığı bozukluk	Maddenin eksikliği ve yoksunluğunda ya da ilacın kullanımından sonra başlayan ve ortaya çıkan bozukluklar.
Tanımlanmış diğer bozukluklar	Cinsel işlev bozukluklarının belirli özelliklerinin baskın olduğu ancak diğer cinsel işlev bozukluklarının herhangi birinin tanı ölçütlerini tam karşılamadığında bu kategori kullanılır.
Tanımlanmamış diğer bozukluklar	Cinsel işlev bozukluklarının baskın ancak diğer cinsel işlev bozukluklarının tanı ölçütlerini tam karşılamadığında bu kategori kullanılır.

İlişki ile ilgili sorunlar: Partnere yönelik olumsuz duygular, partnere ilgi kaybı, partnerde cinsel sorun, aldatılma, eşler arası iletişim zorlukları ve benzerleri partner ile ilişkili sorunlar cinsel yaşamı doğrudan etkileyebilir (2).

Cinsel sorunların nedenleri ve kanıtlar

- Jinekolojik ameliyatlardan birçok türleri olmasına rağmen, postoperatif cinsel fizyolojik değişiklikler ve cinsel fonksiyona olan etkileri ile ilgili algımız iyi gelişmemiştir. (II-2A)
- Kansere hastalığı ve /veya tedavisindeki ağrı; cinsel acı, isteksizlik yapabilir ve cinsel aktiviteyi inhibe edebilir. Sağlık bakım sayılayıcıları kanserde, cinsellikle ilgili olarak hem fiziksel ve hem de psikolojik bileşenleri ele almaları gerekir. (III)
- Tıbbi hastalıklar ve bunların tedavisi hem kadının ve hem de eşinin cinselliğini etkileyebilir. (II-3)
- Kronik hastalıklar hem fiziksel ve duygusal değişikliklere neden olabilir hem de kadının cinselliğini etkileyebilir. (II-3)
- Kronik hastalıklar hem fiziksel ve duygusal değişikliklere neden olabilir hem de kadının cinselliğini etkileyebilir. (II-3) (11–13).

Kadın cinsel işlev bozuklukları

Cinsel işlev bozuklukları, insanda cinsel yanıt evreleri

olan cinsel istek, uyarılma ve orgazm aşamalarındaki aksamalardan kaynaklanmaktadır. Kadın cinsel işlev bozukluğu yaygındır. Cinsel istek bozukluğu ve uyarılma bozuklukları en sık görülen cinsel işlev bozukluklarıdır (her 3 kadından 1'inde). 60 yaş üstünde kadınların %60–%80'i cinsel işlev bozukluğu yaşarken, batı ülkelerinde en sık yardım alan yaş grubu 50–59 yaşlar arası bulunmuştur (2). Ege ve ark. 2010 yılında yaptığı çalışmada kadınların %45.6'sının cinsel fonksiyon bozukluğu yaşadığını saptamıştır. Yaşlı ve bekar kadınlar daha çok cinsel işlev bozukluğu yaşamakta olduğu bildirilmiştir. Kanada'da doğum ve jinekoloji polikliniklerine başvuran ayaktan tedavi edilen 403 kadınının cinsel işlev kaybı yaşadığı gösterilmiştir. Amerikan Ürolojik Hastalıklar Vakfı kadın cinsel fonksiyon bozukluklarını; cinsel ilgi/istek azalması, uyarılma bozuklukları, orgazm bozuklukları, disparoni, vajinismus ve cinsel kaygı hastalığı olarak sınıflamıştır (2,14–16).

Azalmış cinsel istek bozukluğu: Cinsel istek bozukluğu kişinin yaşı ve yaşam koşulları dikkate alınarak, sürekli olarak ya da tekrarlayıcı bir biçimde cinsel fantezi ve cinsel etkinlikte bulunma isteğinin az olması ya da hiç olmaması durumudur. Genel olarak kadınlarda erkeklere oranla daha sık görülmektedir. Batı toplumlarında tüm hastaneye başvuran kadınların %30–49'unda cinsel isteksizlik olduğu, ülkemizde ise bu oranın %8–15 arasında değiştiği saptanmıştır. Cinsel isteksizlik yaşam koşullarındaki zorluklar, eşle

yaşanan sorunlar, yas dönemi, depresyon, ilaç kullanımı, bedensel hastalıklar gibi nedenlere bağlı olarak sonradan da ortaya çıkabilir. Kadında cinsel isteksizlik sorunu varsa mutlaka yaşadığı ilişkinin cinsellik dışındaki boyutları da değerlendirilmelidir. Cinsel isteksizlik tedavisinde temel yaklaşım, kişinin cinsel arzuları ile uyumlu bir cinsel yaşam biçiminin sağlanmasıdır. Cinsel ilgi/istek azalması bozukluklarının tedavisinde organik nedenler dışlandıktan sonra bireysel veya eşli psikoterapi uygulanır (2,7,8,18).

Cinsel uyarılma bozukluğu: Sürekli olarak veya tekrarlayıcı biçimde cinsel uyarılmanın yeterli bir ısınma, kabarma tepkisini sağlayamama ya da cinsel etkinlik bitene kadar sürdürememe durumudur. Cinsel uyarılma bozukluğu tüm cinsel yakınmalarla başvuran kadınlar arasında %20–35 oranında saptanmıştır. En çok 50–59 yaşları arasında görüldüğü belirtilmiştir. DSM-IV-TR'ye göre cinsel uyarılma bozuklukları; subjektif, genital cinsel, kombine genital ve subjektif ve devamlı genital uyarılma bozukluğu olarak ifade edilir.

Subjektif uyarılma bozukluğu; cinsel uyarılmada hislerinde (cinsel heyecanlanma ve zevk) herhangi bir cinsel dürtüye rağmen önemli ölçüde azalma ya da hiç olmama halidir.

Genital cinsel uyarılma bozukluğu; bozulmuş ya da hiç olmayan genital cinsel uyarılma halidir.

Kombine genital ve subjektif uyarılma bozukluğu; cinsel uyarılma hislerinde (cinsel heyecanlanma ve zevk) herhangi bir cinsel dürtüye rağmen önemli ölçüde azalma ya da hiç olmama ve bozulmuş ya da hiç olmayan genital cinsel uyarılma halinin beraber görülme durumudur.

Devamlı genital uyarılma bozukluğu; bilinçli bir cinsel arzu olmadan, istemsiz bir şekilde devamlı genital uyarı halidir. Devamlı genital uyarılma sadece cinsel ilişki ile değil, aynı zamanda cinsellik dışı bir stimülasyonda olabilir. Cinsel uyarılma; çiftlerin ilişkisi, iletişiminden, bedensel rahatsızlıklara, ilaç kullanım durumuna ve psikiyatrik rahatsızlıklardan önemli derecede etkilenir. İlişki bir bütün olarak ele alınmalıdır. Tedavide öncelikle altta yatan organik ve psikolojik nedenler araştırılarak giderilir. Cinsel eğitim, bireysel ve eşle birlikte sürdürülen psikoterapi organik neden bulunamayan durumlarda gereklidir (1,2,7,8,18,19).

Orgazm bozukluğu: Olağan bir cinsel uyarılma evresinden sonra orgazmın sürekli olarak ya da yineleyici bir biçimde gecikmesi ya da hiç olmamasıdır. Genel toplum çalışmalarında %5–20 oranında görüldüğü belirtilmiştir

(7). Yirmili yaşlarında fazla cinsel deneyimi olmayan kadınlarda cinsel birleşmede orgazm olamamak çok yaygındır. Ancak ilerleyen yaşta menopoz, hastalıklar ve ilaç kullanımları ile birlikte özellikle 50'li yaşlardan itibaren yaş faktörü bir dezavantaja dönüşmeye başlar. Tedavide öncelikle altta yatan organik ve psikolojik nedenler araştırılarak giderilir. Cinsel eğitim, bireysel ve eşle birlikte sürdürülen psikoterapi de organik neden bulunamayan durumlarda gereklidir (1,2,7,8,20,21)

Disparoni: Erkek ya da kadında cinsel ilişkide, yineleyici bir biçimde ya da sürekli olarak eşlik eden genital ağrının olmasıdır. Richters'in yaptığı çalışmada cinsel ilişki bozukluğu olan kadınların %20'sinin ağırlı cinsel ilişki yaşadığı bildirilmiştir. Ağırlı cinsel ilişki en sık 20–29 yaşları arasında görüldüğü belirtilmiştir. Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneğinin (2006) çalışmasında cinsel birleşme sırasında ağrı yaşadıklarını söyleyen kadınların oranı %5.4'tür. Aşırı yakınması olan bir kadında öncelikle fiziksel bir sorun olup olmadığı araştırılmalıdır. Eğer neden psikolojik ise, psikiyatrik destek ve tedaviler ile cinsel egzersizler kullanılarak çözüme gidilir. Disparoni;yüzeysel ve derin olarak değerlendirilir (22).

Yüzeysel disparoni; vajinanın hemen girişinde veya vajina içerisinde hissedilen ağrı ve acı hissi olarak tanımlanmaktadır. Ağrı tekrarlayıcıdır, perinenin herhangi bir alanında hissedilebilir ve sadece seksüel uyarılarla değil, günlük yaşamın her anında ortaya çıkabilir (23–26).

Derin disparoni; derin penetrasyonla ilişkili ağrıdır. Primer (yaşam boyu) veya sekonder, her penetrasyonla ilişkili veya sporadik olan şiddetli cinsel ilişki ile sınırlıdır. Herhangi bir cinsel pozisyonda oluşan veya derin penetrasyonu kolaylaştıran pozisyonlarla sınırlıdır. Tedavide etkene yönelik yaklaşımda bulunulur (7,8,15,22–26).

Vajinismus: Vajinanın dış üçte bir kaslarında koitusu engelleyici biçimde, yineleyici bir biçimde ya da sürekli olarak istem dışı kasılmaların olmasıdır. Vajinismus tüm kadınların yaklaşık %1'inde ortaya çıkan bir durumdur (7). Ülkemizde cinsel tedavi birimlerine başvuran hastaların yaklaşık %50'sinin vajinismus olduğu bildirilmiştir. Cinsellik konusunda yerleşmiş yanlış inanışların ve tabuların vajinismus gelişiminde önemli rol oynadığı düşünülmektedir. Öncelikle çiftin yanlış inanışlarının düzeltilmesi, cinsel organlar ve "sağlıklı cinsellik"le ilgili bilgilendirilmesi hedeflenir. Vajinal penetrasyon öncesi gevşemesi için teknikler gösterilir. Vajinismus tedavisinde diğer bir yöntem de vajini-

Tablo 3. DSM-V-TR Tarafından tanımlanan kadın cinsel işlev bozuklukları alt tipleri (17)

Alt tipleri	Başlangıca göre tanımlama
Yaşam boyu/Edinilmiş	Cinsel işlev bozukluğu cinsel işlevin başlangıcından beri mevcut olmuştur
Yaygın/Durumsal	Yaygın cinsel işlev bozukluğu uyarınının türü, uyarılar ve partner durumu ile sınırlı değildir. Yaygın Cinsel işlev bozukluğu uyarınının türü, uyarılar ve partner durumu ile sınırlıdır
Partner faktörü	Partnerin cinsel sorunları ve partnerin sağlık durumu
İlişki faktörleri	İlişkide çatışma ve cinsel istek uyumsuzluğu
Bireysel faktörler	Depresyon, kaygı ve geçmişte istismara maruz kalınması
Kültürel/Dinsel etkenler	Cinselliğe yönelik yasaklardan kaynaklanan ket vurma

nanın parmaklarla ya da özel aletler (vajinal dilatatör) kullanılarak genişletilmeye çalışılmasıdır (27,28).

Pelvik muayene ile vajinismusun sınıflandırması;

- Birinci derece: perine ve levator spazmı, telkinle gide-rilebilir.
- İkinci derece: perine spazmı, pelvik muayene boyunca devam eder
- Üçüncü derece: kalçaların yükseltilmesi ile levator spazmı
- Dördüncü derece: yükseltme, adduksiyon ve geri çek-me ile levator ve perine spazmı.

Cinsel kaygı: Cinsel kaygı cinsel ilişki sırasında ya da öncesinde duyulan aşırı kaygı ve kendini kötü hissetme duygusu olarak tanımlanmıştır. Cinsel eğitim, bireysel ve eşle birlikte sürdürülen psikoterapi ile seksüel kaygı gide-rilebilir (7,8).

- Koital ağrı yaygındır, kadının cinsel fonksiyonu üzerine olumsuz etkisinin olması olasıdır. (II)
- Vulvar ağrı görünür, nadiren görünen veya görünmez lezyonlardan oluşabilir. (III)
- Kaygı ile birlikte olan istek azalması (hipoaktif cinsel istek bozukluğu) orta yaşlarda prevalansı oldukça yük-sek ve yaygındır. (II-1)
- İlişki sorunlarının medikal ve tıbbi tedavisinde; sosyo-kültürel konuların ele alınması, uygun olduğunda and-rojen terapinin sağlanması, kadın ve eşinin hipoaktif cinsel istek bozukluğu ile baş etmesinde etkili olabilir. (I)
- Kadının hipoaktif istek durumu bağlanma duygusuyla ilişkili olduğundan tedavi planlamasında dikkate alın-masını gerektirmektedir. Kadın ve eşinin istekli olma-sında, psikolojik bağlanma duygusu ve fiziksel sağlığı östrojen ve testosterondan daha çok ilişkilidir. (II-2)
- Cinsel kaygıların etkili yönetimi, hem tıbbi ve psikolojik

danışma becerileri hem de biyopsikososyal yaklaşım gerektirir. (II-3)

- Bazen sorun odaklı yirmi dakikalık sınırlı bir yaklaşım, cinsel endişelerin değerlendirmesi ve yönetiminde et-kili kullanılabilir. (II-3)
- PLISSIT yaklaşımı (izin, sınırlı bilgi, belirli öneriler, yo-ğun tedavi) gerekli müdahale seviyesini belirlemek için kullanılabilir. (II-3)
- Partnerin katılımı genellikle cinsel sağlık sorunları ba-kım sonuçlarını geliştirir. (II-3) (15).

Cinsel sorunlar ve genel değerlendirme

Daha öncede belirtildiği gibi kadınlarda cinsel işlev bo-zukluklarının yaygın ve sonuçsal klinik ihmalleri vardır (15).

Klinisyenin minimum olarak hem hasta hem de part-nerinin cinsel fonksiyonunu, ağrısını, cinsel istek, uyarıl-ma ve orgazma etkisini değerlendirmesi gerekir. Bu bilgi klinisyenin hastanın cinsel endişelerini anlamaya, psiko-lojik, ilişki ve/veya sosyal faktörlerin olup olmadığının belirlenmesine, tanısının yapılmasına ve tıbbi tedavinin sürdürülmesine yardımcı olur. Klinisyenin sorunun, tıbbi, psikolojik, ilişki ve/veya sosyal faktörler tarafından sür-dürülüp sürdürülmediğini belirlemesi gerekir. Daha sonra bakım planı oluşturulur. Önce geçici tanısının yapılması, sorunların sürdürücü faktörlerinin tanımlanması, yönetim yaklaşımı, klinisyenin konfor ve uzmanlık düzeyi içinde düşünülmalıdır. PLISSIT cinsel fonksiyon kaygı yönetil-mesi yaklaşımı bir çok hastaya önerilir ve basit girişme izin verilirse hastanın cinsel davranışa adapte olmasına yardımcı olabilir (29–32).

İzlenen model aynı zamanda cinsel kaygıların başlan-gıç yönetimi için bazı rehberler sağlar: Bu öneriler cinsel kaygılar ilgili soru sorma, sorunların sınırlandırılması, so-

Tablo 4. Kadınların cinsel sorunlarının tedavisi:cinsel işlev bozuklukları yönetiminde çok boyutsal yaklaşımlar (11)

Tedaviler	İstek	Uyarılma/Lubrikasyon	Orgazm	Cinsel ağrı bozuklukları
Biyolojik	Diğer koşulları ve/veya ilacın yan etkilerini ekarte etme	Hormonal olmayan, su bazlı kremler	Uyarımı artırmak: daha doğrudan +/- vibratör	Diğer koşulları ekarte etme Atrofi varsa topikal östrojen
	SSRI yan etkileri için sildenafil düşünün	Östrojen düşünün; topikal lokal krem veya halka	Androjen olasılığını düşünün	Sinir modülatörü Amitriptilin Gabapentin Pregabalin
	Androjenlerin olası yan etkilerini düşünün			
Psikolojik	Depresyon, diğer ruh sağlığı sorunlarını ekarte etme/tedavisi	Cinsel endişeleri gidermek	Cinsel eğitimle kaygıyı azaltma veya erotizmin kullanımı	Vajinismus: Cinsel terapi
İlişki	Çift etkileşimi ve partnerin cinsel fonksiyonunu değerlendirmek Partneri davranışı ve ilişki çatışması	Yaşlanma, cinsel yanıt yavaşlaması ile ilgili eğitim	Hastanın uyarım ve yardım gereksinimleri ve eşinin gereksinimlerini öğrenme	İstismarı ekarte etme (hasta tek başına iken)

*SSRI: Selective serotonin reuptake inhibitors

runla ilgili sınırların belirlenmesi, tartışmaya açılması, potansiyel referansları içermesi sonunda doktor ve hasta ile ilgili ortak çalışma planının oluşturulmasıdır (10,15).

Cinsel sorunların değerlendirmesine yönelik kanıt ve öneriler

- Sağlık bakım vericileri bir kadının cinsel sağlık sorunlarının tanımlama ve bakımında klinik bakımın önemli ve yasal unsurlarını dikkate almalıdır. (II-2A)
- Sağlık bakım vericileri kadınların cinsel sağlık sorunlarını değerlendirmek ve yönetmek için gerekli bilgi, beceri ve uygulamaları sağlamalıdır. (III-A)
- Sağlık bakım vericileri kadınların kendilerini iyi hissedecekleri ve cinsel kaygılarını görüşebilecekleri klinik ortamı oluşturulmalıdır. (III-A)
- Sağlık bakım vericileri sevk gerektiğinde toplumdaki cinsel sağlık kaynaklarının klinik listesini oluşturmalıdır. (III-A) (15).

Cinsel işlev bozukluklarında tedavi

Cinsel işlev bozuklukları tedavisi, cinsel terapiden ilaç tedavilerine, cerrahi tekniklere kadar değişen ve multidisipliner bir yaklaşımı gerektirmektedir. Cinsel işlev bozukluklarında tedavi bilgilendirme ile başlar. Bilgilendirme kadın cinsel işlev bozukluklarında sorunun çözümü açısından son derece önemlidir. Birçok sorun bilgilendirme ile çözülebilir. Bilgilendirme ve eğitim sürecinde danışman tarafsız, yargılayıcı olmayan, önyargısız, basit ve anlaşılır

bir dil kullanılmalıdır. Diğer bir tedavi yaklaşımı ise bilişsel davranışçı tedavilerdir. Soruna özgü teknikler, danışan birey ve çiftin özelliklerine ve gereksinimlerine göre verilir. Cinsel işlev bozukluklarında tedavi yaklaşımlarından bir diğeri ilaç tedavisidir. Cinsel işlev bozukluklarının tedavisinde kullanılacak onaylanmış özel bir ilaç henüz mevcut değildir. Ancak cinsel işlev bozukluklarının tedavisinde kullanılacak bir kaç ana farmakolojik ajan mevcuttur. Bunlar;Antidepresanlar, fosfodiesteraz enzim inhibitörleri (Sildenafil, Tadalafil, Vardenafil), testosteron, hormon replasmanı, lubrikan, vajinal kremlerdir. İlk olarak depresyonun tedavisi için geliştirilmiş olan merkezi etkili ajanlardan biri olan Flibanserin 5-HT1A agonisti ve 5-HT2A antagonistinin cinsel işlev bozukluklarının tedavisindeki potansiyel etkililiği kanıtlanmıştır (33–35).

Sonuç

Cinsellik ve cinsel sağlık sorunları toplumsal, kültürel, dini ve sosyal etmenlerin etkisi ile bastırılan, mahrem kabul edilip ifade edilemeyen ve yaygın olmasına rağmen yeterince ele alınıp değerlendirilmeyen bir durumdur. Kadının cinsel sağlığı ve cinsellik ile ilgili sorunların çözümü sürecinde bakımın kalitesini ve bakım sonuçlarını iyileştirmek, klinik uygulamalarda ve hasta bakım sonuçlarında fark yaratmak için cinsellikle ilgili değerlendirme ve tedavi aşamasında kanıt temelli yaklaşımların benimsenmesi ve standardize edilmesi bu açıdan önemlidir.

Kaynaklar

- Arşaluyş Kayır, Özyay Özdemir. *İnsanda Cinsellik. Psikiyatri Temel Kitabı*. 2. Baskı. Ankara, HYB Basım Yayın, 2007;416-421.
- CETAD Bilgilendirme dosyası 5. "Kadın Cinselliği". Ed: Yüksel Ş, Cindoğlu D, Şimşek F, Seyisoğlu H. *Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği* 2006.
- Nusbaum M, Rosenfeld JA. *Sexual health across the lifecycle a practical guide for clinicians*. Newyork:Cambridge University Press 2009;1-132.
- Sağlık Bakanlığı, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü:Üreme Sağlığına Giriş, Katılımcı Rehberi. *Cinsel Sağlık/ Üreme Sağlığı* No:1-B, Ankara, 2009.
- Yurtsever S, Altıok M. Kanıta dayalı uygulamalar ve hemşirelik. F.Ü. Sağlık Bilimleri Dergisi 2006;20(2):159-166.
- John L, Hamilton ON, Krisztina B, St. John's NL, Céline B, Quebec QC, Margaret B, et al. *Female sexual health consensus clinical guidelines*. *J.Obstet Gynaecol Can* 2012;34(8):1-4.
- Yaşar H, Özkan L, Tepeler A. Kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluklarına güncel yaklaşım. *Klinik ve Deneysel Araştırmalar Dergisi* 2010;1(3):235-240.
- Cem İncesu. *Cinsel İşlev Bozuklukları. Psikiyatri Temel Kitabı*. 2. Baskı. Ankara, HYB Basım Yayın, 2007;422-436.
- Woolf SH, Battista RN, Anderson GM, Logan AG, Eel W. *Canadian task force on preventive health care new grades for recommendations from the canadian task force on preventive health care*. *CMAJ* 2003;169:207-8.
- Çeri Ö, Yılmaz A, Soykan A. *Cinsel işlev bozuklukları. Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics* 2008;1(2):71-78.
- John L, Hamilton ON, Krisztina B, St. John's NL, Céline B, Quebec QC, Margaret B, et al. *Sexuality across the lifespan. Female sexual health consensus clinical guidelines*. *J. Obstet Gynaecol Can* 2012;34(8):8-14.
- İncesu, C. DSM-V ve cinsel işlev bozuklukları. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2011;48(1):1-6.
- Kütmeç C. Kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu ve hemşirelik bakımı. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2009;4(12):11-136.
- John L, Hamilton ON, Krisztina B, St. John's NL, Céline B, Quebec QC, Margaret B, et al. *Approach to assessment. Female sexual health consensus clinical guidelines*. *J.Obstet Gynaecol Can* 2012;34(8):15-25.
- John L, Hamilton ON, Krisztina B, St. John's NL, Céline B, Quebec QC, Margaret B, et al. *Koital ağrı. Female sexual health consensus clinical guidelines*. *J.Obstet Gynaecol Can* 2012;34(8):41-47.
- Ege E, Akın B, Yaralı Arslan S, Bilgili N. Sağlıklı kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu sıklığı ve risk faktörleri. *Tübbav Bilim Dergisi* 2010;3(1):137-144.
- Amerikan Psikiyatri Birliği, *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı*, 5. Baskı, (DSM-5) Tanı Ölçütleri Başvuru Kitabından, Çev. Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2014.
- Akbulut MF, Üçpınar MB, Gürbüz ZG. Kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluklarının sınıflaması ve tedavisi. *Türkiye Klinikleri J Urology-Special Topics* 2015;8(3):10-5.
- Jayne C, Gago BA. *Diagnosis and treatment of female sexual arousal disorder*. *Clin Obstet Gynecol* 2009;52:675-81.
- Katz M, DeRogatis LR, Ackerman R, Hedges P, Lesko L, Garcia M Jr, et al. *Efficacy of flibanserin in women with hypoactive sexual desire disorder: results from the BEGONIA trial*. *J Sex Med* 2013;10(7):1807-15.
- Frank E, Anderson C, Rubenstein D. *Frequency of sexual dysfunction in normal couples*. *N Eng J Med* 1978;299:111-5.
- Bilgilendirme dosyası 1 "Cinsel yaşam ve sorunları". Ed: Şahin D, Şimşek F, Seyisoğlu H. *Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği*, 2006.
- Landry T, Bergeron S. *Biopsychosocial factors associated with dyspareunia in a community sample of adolescent girls*. *Arch Sex Behav* 2010;in pres DOI: 10.1007/s10508-010-9637-9.
- Bergeron S, Corsini-Munt S, Aerts L, Rancourt K, Rosen NO. *Female sexual pain disorders: a review of the literature on etiology and treatment*. 2015;DOI 10.1007/s11930-015-0053-y
- Ferrero S, Ragni N, Remorgida V. *Deep dyspareunia:causes, treatments, and results*. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2008;20(4):394-9.
- Steege JF, Zolnoun DA. *Evaluation and treatment of dyspareunia*. *Obstet Gynecol* 2009;113(5):1124-36.
- Nazik E, Eryılmaz G. Kadında dispareuni ve hemşirelik yaklaşımı. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi* 2011;4(1):211-215.
- Borg C, de Jong PJ, Schultz WW. *Vaginismus and dyspareunia:Automatic vs. deliberate disgust responsivity*. *J Sex Med* 2010;7:2149-57.
- Göğcegöz Gül I, Karlıdağ R, Özcan AC. *Vajinismus hastalarında P50 duyuşusal kapılama*. *Anatolian Journal of Psychiatry* 2015;16:264-269.
- İncesu C. *Cinsel işlevler ve cinsel işlev bozuklukları*. *Klinik Psikiyatri* 2004;3:3-13.
- Bayram GO, Şahin NO. *Histerectomy's psychosexual effects in turkish women*. *Sex Disabil* 2008;26:149-58.
- Leiblum SR. *Critical overview of the new concensus-based definitions and classification of female sexual dysfunction*. *J Sex Marit Ther* 2001;27:159-67.
- Doğan S, Altınyazar V, Eker E. *Kadın cinsel işlev bozukluklarında farmakolojik tedavilerin yeri*. *Yeni Symposium Journal* 2008;46(4):188-199.
- Akan H, Doğan S. *Birinci basamak sağlık hizmetinde cinsel işlev bozukluklarına yaklaşım*. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi* 2011;15(2):69-76.
- Ferger B, Shimasaki M, Ceci A, Ittrich C, Allers KA, Sommer B. *Flibanserin, a drug intended for treatment of hypoactive sexual desire disorder in pre-menopausal women, affects spontaneous motor activity and brain neurochemistry in female rats*. *Naunyn Schmiedeberts Arch Pharmacol* 2010;381(6):573-9.