

DERLEME

**CİNSEL FONKSİYON BOZUKLUKLARINDA KADINA AİT
HEMŞİRELİK BAKIM SÜRECİ ÖRNEĞİ**

Fatma Banu KARAKOYUNLU*

Selma ÖNCEL**

Alınış Tarihi:04.09.2008

Kabul Tarihi:10.11.2008

ÖZET

Cinsellik insan yaşamının temel unsurlarındandır. Yaptığımız, dokunduğumuz her şeyde, doğumdan ölüme kadar, insan kişiliğinin derinliğinde her şeyinde vardır. Bu nedenle hemşireler hastaların bireysel cinselliklerinin biyolojik, psikolojik, spiritüel, sosyokültürel ve etik yönleri ile ilgilenmeye gereksinim duyarlar. İnsanın cinselliğinin bu yönlerinin ihmal edilmesi veya yanlış belirlenmesi hemşireler tarafından hemşirelik tanılarının uygulanmasını tehlikeye atabilir. Cinsellik üzerine iki hemşirelik tanısı bulunmaktadır. Bunlar cinsel fonksiyon bozukluğu ve cinsel örüntülerde değişimdir. Sorunu olan hastaların anlaşılabilmesi ve yardım edilebilmesi için hemşire, tedavi ilkelerinin farkında olmalı ve farklı disfonksiyonları bilebilmelidir. Bunun için hemşirelik bakım süreci çok önemlidir. Cinsellikle ilgili bir sorunun ortaya çıkması kaçınılmaz olduğunda, hemşire cinsel fonksiyonlardaki değişimlerle ilgili olarak rehberlik yapmada beklentileri karşılamada eşsiz bir pozisyonundadır.

Anahtar Kelimeler: Cinsellik, cinsel fonksiyon bozukluğu, hemşirelik süreci, hemşirelik tanıları

ABSTRACT

About Sexual Dysfunctions an Example to Nursing Care Process Belong to Woman

Sexuality is a fundamental component of human life. It is a profound and all-inclusive aspect of human personality, present from conception until death and touching everything we are and do. Thus, nurses need to consider the biological, psychological, spiritual, sociocultural, and ethical aspects of patients' individual sexuality. The omission or faulty identification of these aspects of human sexuality by nurses can jeopardize the implementation of (NANDA) nursing diagnoses. There are two nursing diagnoses on human sexuality. These are sexual dysfunction and altered patterns of sexual function. to be able to understand and help those patients with problems, the nurse must be knowledgeable of the different dysfunctions and cognizant of the principles of treatment. Nursing care process is therefore very important. The nurse is in a unique position to provide anticipatory guidance relative to altered pattern sexual function when the problem is an inevitable.

Keywords: Sexuality, sexual dysfunction, nursing process, nursing diagnosis,

GİRİŞ

Cinsel sağlık insan sağlığının ayrılmaz bir parçasıdır. Cinsel sağlık; cinsel açıdan bedensel, duygusal ve toplumsal tam bir iyilik hali olup, kadın-erkek, genç-yaşlı bütün insanlar için temel bir haktır. Dünya Sağlık Örgütü

(WHO) **sağlıklı cinselliği** “somatik, emosyonel, entelektüel ve sosyal bileşkeleri pozitif yönde bütünleştiren, zenginleştiren ve kişiliği, iletişimi, sevgiyi geliştiren bütünlük” olarak tanımlamaktadır (Şahin ve Kayır 2001).

*Antalya İl sağlık Müdürlüğü 16 No'lu Sağlık Ocağı (Bilim Uzmanı Ebe)

**Akdeniz Üni. Antalya Sağlık Yüksekokulu (Yrd. Doç. Dr.) e-mail: oselma@akdeniz.edu.tr

Bireyin genetik yapısı, psikoseksüel gelişimi, geçmiş cinsel deneyimleri, toplumsal değer yargıları, cinsiyete özgü rol ve beklentileri, cinsel inanışları, geçirilen hastalık ve ameliyatlar cinsel davranış ve cinsel sağlığı etkileyen faktörlerdir (Yadav et al. 2001).

Cinsel fonksiyon bozukluğu (CFB) ise, her iki cinste cinsel yanıt döngüsünde ve cinsel istekte bozukluklar ile karakterize, psikofizyolojik değişikliklere bağlı olarak ortaya çıkan bir sorundur. Bu durum kişiler için oldukça zordur ve yaşam kalitesini zayıflatır (Nappi et al. 2005, Hissasue et al. 2005). CFB'ni belirlemede birçok ölçek kullanılmaktadır. Ülkemizde sık kullanılan ölçeklerin başında Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (McGahuey et al. 2000), Golombok – Rust Doyum Ölçeği (Rust and Golombok 1983), Florida Cinsel Doyum Ölçeği (Geisser et al.1991), Kadın Cinsel İşlev Ölçeği (Rosen et al. 2000), Kadın Cinsel Fonksiyon Sorgulama İndeksi (Kaplan et al. 1999) gelmektedir. Kadınlarda CFB ile ilgili veriler oldukça az olmakla birlikte bu konuda yüksek oranlar (%27-78.4) bildirilmektedir (Rosen et al. 1993, Abdo et al. 2004, Ponholzer et al. 2005, Saferinejad 2006). Ülkemizde yapılan çalışmalarda ise cinsel fonksiyon bozukluğu görülme sıklığı %27-70 arasında değişen farklı değerlerde bulunmuştur (Çayan ve ark. 2001, Aydos ve ark. 2005, Öksüz ve Malhan 2006, Karakoyunlu ve Öncel 2007). Bu nedenle hemşirelerin kadınlarda bu kadar yüksek oranlarda görülen CFB'ri konusunda bilgi sahibi olmaları önemlidir.

CFB, multidisipliner bir alan olmasından dolayı hem tanı hem de tedavi sırasında disiplinler arası işbirliği

gerektirmektedir (İncesu 2005). Hemşireler çoğunlukla hastaların, cinsellikle ilgili güvenliğini sağlama ve cinsellikle ilgili olarak danışmanlık yapma rolünü üstlenirler (Bomar 2004) Cinsellik; American Nursing Association'ın (ANA) kapsadığı organizasyonlar tarafından hemşirelik bakımının ayrılmaz bir parçası olarak tanımlanmış ve The North American Nursing Diagnosis Association, 1980 yılında cinsel fonksiyon bozukluklarını hemşirelik tanıları listesine dahil etmiştir (Volpe and Wertheimer 2004). Bilgi vermek, danışmanlık sunmak ve rehabilite etmek, yaşam kalitesi sağlamanın önemli bir yönüdür ve hemşireler de bunu sağlamak için kilit konumdadırlar (Yaniv 2000).

Bu konuda hemşirenin sahip olması gereken bir takım özellikler vardır. *Bunun için hemşire;* Bireye özel cinselliği tanımlayabilmeli (Bomar 2004, Taylor et al. 2001).

Cinsel konularda rahat olmalı (Yaniv 2000, Taylor et al. 2001).

İyi bir dinleyici olmalı, yargılayıcı bir tutum içinde olmamalı; danışmanlık yapabilme becerisi gelişmiş olmalı; hastalarla cinsel konularla ilgili tartışmalarda iletişim yeteneklerini geliştirmeli (Taylor et al. 2001, Perry and Potter 2003, Yaniv 2000).

Cinsellik konusunu kabul etmeli ve bu konu ile ilgili kendini rahat hissetmeli; cinsellik ve cinsel fonksiyonlar konusunda bilgi sahibi olmalı; cinsellik konusunda kendisi ve diğerlerinin inanç, değer ve tutumların farkına varmalı (Akar 2005, Yaniv 2000).

Ayrıca hemşire yaşam siklusu içinde cinselliğin gelişimsel durumunu iyi bilmeli (Tablo 1) (Taylor et al. 2001).

Tablo 1. Yaşam Siklusu İçinde Cinselliğin Gelişimsel Durumu

Dönemler	Karakteristik özellikler	Hemşireye ilişkin davranış ve öğretici bilgiler
Doğumdan 18 aya kadar	Bu dönemin başında bebeğin şefkat ve dokunsal uyarılmaya gereksinimi vardır. Erkek çocuklar penil ereksiyona; kız çocuklar orgazmik potansiyele sahiptir. Git gide diğerlerinden kendini ayırt eder. Genital bölgesine dokunulmasından hoşnut olur. Cinsiyete göre giydirilir. Oyuncaklar cinsiyete göre seçilir.	Oral ihtiyacına engel olmamak için emzirmeyi erken dönemde bırakmaktan kaçınılmalı, Aile, fiziksel veya mental gelişme geriliğine yol açabilen durumlarda yeterli fiziksel gelişmeyi sağlamaya teşvik edilmeli, Erkek-kadın ayrımı yapılmamalı, Genital bölgenin kendi kendine güdülenmesi normal bir davranıştır, bunu kötü olarak göstermekten kaçınılmalı.
1-3 yaş yürüme dönemi	Bağırsak ve mesane kontrolü gelişir. Her iki cins de genital bölgenin okşanmasından hoşlanır. Kendi cinsiyetini tanımlayabilir. Anatomiye ilişkin kelime hazinesi oluşur.	Yeni yürüyen çocuğa, tuvalet eğitiminde başkalarının ona yardımcı olacağını bilmesine izin verilmeli. Genital bölgesini okşaması halinde cezalandırılması, ileriki dönemlerdeki cinsel davranışında utanma ve suçluluk duygusuna neden olabilir. Vücut kısımları için uygun terimler kullanılmalı.
4-6 yaş Okul öncesi dönem	6 yaşında cinsellik içselleştirilir ve cinsel eş seçimi yapılır. Oyun ve giyim tarzı cinsiyete göre belirlenir. Oyun arkadaşlarının vücut bölümlerini araştırmaktan hoşlanırlar. Mastürbasyona eğilim vardır.	Anne ve babanın cinsiyet davranışı tutarsızlığını hoş görmemesi nedeniyle çocukta anksiyete oluşabilir. Anne-babanın çocuğun mastürbasyon eğilimine olumsuz yaklaşımı, seksin çocukta kötü bir şey olduğu izlenimini yaratabilir. Bu yaklaşımdan kaçınılmalı.
6-10 yaş Okul çağı	Çocuk birçok dürtüsünü kontrol etmeyi öğrenir. Cinsel dürtüler sosyal faaliyetlere, eğlenceye yöneliktir. Kişisel gelişme, değişme ve bir gruba ait olma duygusu başlıca doyum kaynağıdır. Karşı cinsin ailesine bir bağlılık vardır. Aynı cinsten arkadaşlar edinmeye eğilim vardır. Seks ve korkuların paylaşımı üzerine merak ve benliğin farkına varılması artar.	İlişkilerde aynı cinsin tercihi, heteroseksüellikle ve homoseksüellikle ilişkili değildir. Anne-baba çocuk soru sorduğunda açık ve gerçek bilgilerle yanıtlamalı.
Ergenlik Öncesi 10-13 yaş	İkincil seks özelliklerinin gelişimiyle pek çok erkek ve kız çocukta ergenlik başlar. Menarş oluşur. Davranışsal farklılıkları test edebilir.	Korkuyu yenmesi için bedensel değişikliklerle ilgili gerekli bilgiler ergenlik başlamadan önce verilmeli. Kız/erkek, davranışsal sınırları test edilebilir. Arkadaşlık, cinsiyet, meslek seçimi, evlenme

		gibi konularda düşünme, hazırlık yapmaya başlama bu dönemde başlar. Anne-baba rollerin belirlenmesinde memnun edici bir orta yol bulmaya çalışmalıdır. Çok sert veya yumuşak kurallar, benlik bilincine ve içsel değer sistemine müdahale edebilir.
Ergenlik 13-19 yaş	Karşı cinsle ilişki kurmalar başlar. Seksüel fanteziler oluşur. Mastürbasyon yaygındır. Cinsel ilişkiye varmayan her türlü sevişme oyunları ile cinsel aktiviteye katılma başlayabilir. Kız çocuklar popüler olmak ister ve beden imajı önemlidir. Erkek çocuklar cinsel aktivite rekabetiyle ilgilenirler.	Anne-babalar kendi inanç ve ahlaki değer sistemlerini çocuklarıyla paylaşmalı. Gençler duygularını aileleriyle paylaşabilmelidir. Ciddiye alınmazlarsa güven ve iletişim eksikliği oluşur. Gençler cinsel yolla bulaşan hastalıklar konusunda bilgilendirilmeli.
Genç yetişkinlik 20-35 yaş	Evlilik öncesi seks yaygındır. Pek çok genç yetişkin, evlilik yerine birlikte yaşamayı tercih etmesine rağmen, çoğu 30 yaşından önce evlenir ve aile kurmaya başlar. Cinsel yanıt ve faaliyetler hakkındaki bilgi ilişkiden alınan memnuniyeti artırır. Çeşitli cinsel ifadelerle ilgili deneyim kazanılır.	Çiftler; seksüel ihtiyaçlara ve farklılıklara göre iletişime teşvik edilmeli. İstenmeyen hamileliklerden korunma yolları öğretilmeli. Cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve korunma yöntemlerine ilişkin danışmanlık yapılmalı. Olumlu bir iletişim, stresi yenmek ve zorluklarla başa çıkmak için gereklidir.
Yetişkinlik 35-55 yaş	Menopoz nedeniyle bedensel değişimler oluşmaya başlar. Çiftler cinsel deneyimlerde sayıdan çok, kaliteye odaklanır. Boşanma yaygındır. Yetişmiş çocukları kendi hayatlarına ve cinsel deneyimlerine başlarlar. Cinsel memnuniyet hamilelik korkusunun azalmasından dolayı artabilir.	Hem erkeklerin hem de kadınların ilişkilerinde neyin iyi olduğu konusunda olumlu teşvike gereksinimleri vardır. Anne-babaya boş yuva sendromunun yaygın olduğu öğretilmeli (çocuklar evden ayrıldığında duyulan eksiklik hissi). Çiftlere bu periyodun kendilerini yenileme periyodu olduğuna dair destek verilmeli.
Yaşlılık 55 yaş ve üstü	Orgazmlar hem erkek hem de kadında daha kısa süreli ve daha az şiddette olabilir. Vajinal sekresyon azalır ve erkeklerde çözümlenme süresi uzar. Birey, yaşlanma süreci ve cinsel aktivitenin sona ermesi ile ilgili olarak hakkında stereotiplere uyma ihtiyacı hissedebilir.	Yaşa bağlı olarak cinsel aktivite engellenmemeli. Çiftlere bedensel değişikliklere uyum ve cinsel birleşmede rahat pozisyonların kullanımı öğretilmeli. Cinsel birleşmenin mümkün olmadığı durumlarda, çiftlere okşama, kucaklama gibi alternatif yöntemler öğretilmeli. Çiftler seksüel anlamda aktif oldukları sürece ilişkilerine devam edebilirler.

HEMŞİRELİK BAKIM SÜRECİ

Cinsel fonksiyon ve üreme fonksiyonu; bireyin cinsellik veya üremeye ilgili kaygılarını ifade etmesi, eğitim gereksinimlerini tanımlaması, tedavi edilmesi gereken problemleri belirlemesi ve doğumdan ölüme kadar üreme yapıları ile fonksiyonlarının normal gelişimini gözlemesi için bireylere yardımcı olmak amacıyla mutlaka sağlık muayenesi sırasında değerlendirilmesi gereken bir konudur (Fuller and Schaller 2000). Hemşirelerin sağlıklı ya da hasta bireylere etkili bir bakım verebilmeleri için hemşirelik süreci doğrultusunda çalışmaları başarıya ulaşımlarında anahtar rol oynayacaktır. Hemşirenin cinsellik konusunda sorun yaşayan hastaya/bireye bakımı şu aşamaları izlemelidir.

1. VERİ TOPLAMA AŞAMASI

Hemşirenin kadına destek ve danışmanlık yaparken izleyeceği ilk yol, kadını dinlemek ve onunla bilgi alışverişinde bulunmaktır. Hemşire, kadının anksiyetesini azaltmak için onun endişe ve sorunları konusunda konuşmasına fırsat vermeli, ilgiyle, eleştiride bulunmadan, iyi bir dinleyici olmalıdır (Taylor et al. 2001). Hemşirenin bu istekliliği, hastaların gerilim ve anksiyetesinin azalmasına yardım eder (Gangar and Allanach 2001). Hemşirelerin belirli davranışları veya varsayımları yeterli veri toplamak ve terapötik bir ilişki kurmak için engel teşkil edebilir (Fuller and Schaller 2000). Hemşireler hastaların cinsel fonksiyonla ilişkili değerlerini ve inanış sistemlerini kabul etmek zorundadır ve kendi değerlerini hastaya empoze etmemelidir (Bomar 2004).

a- Veri Toplama Aşamasında Uygun Görüşme Ortamının Hazırlanması

Kadının cinsel sağlığının korunup, sürdürülebilmesi için öncelikle

sorunlarını, gereksinimlerini rahatça ifade edebileceği sıcak, özel ve duyarlı bir ortam sağlanması gereklidir (Yaniv 2000). İnsanların cinsel konuları tartışmaya gönülsüz olmasındaki bir neden bu konuşmanın diğerleri tarafından duyulacağı veya açıklanacağı korkusudur. Hastane/ev ortamında gizlilik şartlarının sağlandığından emin olmak için görüşme, oda arkadaşları dahil diğer bireylerin bulunmadığı ve kimsenin görüşmeyi duyamayacağı bir ortamda yürütülmelidir. Görüşmeye, aile bireylerinin veya cinsel partnerlerin olmadığı zamanda başlamak uygundur. Bireyin izni ile daha sonraki görüşmelerde veya eğitim aşamalarında aile üyeleri veya partnerler de davet edilebilir (Fuller and Schaller 2000). Bireyden tekrarlı şekilde özel konuları tartışmasını istemek, anksiyete, utanma veya suçluluk duygusuna neden olabilir. Kural olarak, üç hasta tipinde cinsel sağlık öyküsü hemşire tarafından alınmalıdır:

Hamilelik, cinsel yolla bulaşan hastalıklar (CYBH), infertilite veya doğum kontrolü bakımı alan herhangi bir tedavi görmüş veya görmemiş hasta,

Cinsel bozukluk veya problemi olan herhangi bir hasta,

Hastalığı, cinsel fonksiyonunu ve davranışını herhangi bir şekilde etkileyen hasta (Taylor et al. 2001).

b- Veri Toplama Aşamasında Hemşire - Hasta İletişimi

Hemşire içten, sevecen ve yargılayıcı olmadan kabul edebilme niteliklerine sahip olmalıdır. Eğer hasta hemşirenin gizliliğe bağlı kaldığını hissederse daha işbirlikçi bir yaklaşım sergiler. Gizlilik, cinsel geçmiş için gereklidir; kapılar kapatılmalı ve müdahaleye izin verilmemelidir. Hastaya yakın oturulmalı, rahat, objektif, sessiz bir ses tonu kullanılmalıdır. Hasta, verdiği bilginin ne amaçla kullanılacağı ve bu bilgiye kimlerin ulaşacağını bilmeye ihtiyaç duyar. Hemşirenin bu bilgiye,

gerekmeyecek hiç kimsenin ulaşamayacağını hastaya söylemesi gereklidir. Hemşirenin cinsellik hakkındaki yaklaşımı, davranışı ve önyargısı, hastalara hemşirenin davranışları, konuşma şekli, tartışma şekliyle yansımaktadır (Taylor et al. 2001).

Bu aşamada karşılaşılan başka bir zorluk da terminoloji seçimidir. Hemşire bazen daha saygın olacağını ve utangaçlık yaratmayacağını düşünerek cinsellikle ilgili tıbbi terimleri kullanır. Ne var ki hastalar çoğu zaman bu terimleri anlamazlar. Bu nedenle hemşire, hastanın kullandığı dili kullanmalıdır. Eğer bunu yapmazsa hastalar bazı terimleri anlamadıklarında aptal görünecekleri korkusuyla isteksiz olabilirler. Örneğin; hasta “gelmek” terimini klimaks veya orgazma tercih edebilir (Taylor et al. 2001). Ereksiyon veya organ gibi teknik terimler korkutucu gelebilir veya anlaşılabilir. Aksine, argo terminolojisi saldırgan bulunabilir veya kişiyi utandırabilir. Cinsel aktivitenin tanımlanması veya anlaşılmasında ortak bir zemin bulunması bilgiye daha doğal şekilde ulaşmayı sağlayacaktır. Rastgele, gerçek dışı veya yetersiz gibi ifadelerin kullanılması karşı tarafta yargılanma uyandıracak ve tedavinin ilerlemesi yönünde engel oluşturacaktır. Karı, koca veya kız arkadaş gibi kelimelerin kullanılması da doğru olmayan varsayımları yansıtabilir. Cinsel partner veya eş gibi genel ifadelerin kullanılması hemşirenin daha tarafsız bir yaklaşım sürdürmesine yardımcı olacaktır (Fuller and Schaller 2000).

c- Veri Toplamada Soru Seçimi

Birçok insan kişisel sorunlarını hemşireyle konuşurken/tartışırken önce güvenilir bir ilişki geliştirerek kendini rahat hissedebilmesi için zamana ihtiyaç duyar (Fuller and Schaller 2000).

Hemşireler tarafından alınan sağlık/hastalık öyküsü değerlendirmedeki ilk basamaktır. Hastadan en iyi bilgi,

başlangıçta tehditkar olmayan sorularla elde edilir (Fuller and Schaller 2000). Hastalar genellikle bedensel içerikli; “Adet kanamanız ilk kez ne zaman başladı?” gibi sorulara zorluk çekmeden cevap verirler (Taylor et al. 2001). Hemşire bireyin davranışının normal olduğunu ortaya koyan özel bir yolla belirli soruları özetlemelidir. Örneğin; “birçok insan masturbasyonu... yapmanın bir yolu olarak görür”, “birçok insan cinsel problemleri konuşurken kendini huzursuz hisseder...”, “cinsel ilişkinin sürdürülmesine ilişkin emin olamama hissi olağan dışı bir şey değildir...” gibi (Fuller and Schaller 2000). Bu, hastalara kendilerini nasıl hissettikleri ve yalnız olmadıklarını bilmek konusunda rahatlık verir ve problemleri hakkında konuşmaya teşvik eder (Taylor et al. 2001). Sağlık öyküsü şu bilgileri kapsamalıdır:

*Aile üyelerinin yaşları, cinsiyetleri ve meslekleri

*Ailedeki eş-eş ilişkisi ve ebeveyn- çocuk ilişkisinin kalitesi

*Aile üyelerinin ruhsal, dinsel ve felsefi inanışları ve üyeler arasındaki uyum

*Geçmiş veya devam eden sağlık problemleri, tıbbi durumları, cerrahi işlemler ve ilaç tedavileri

*Eşlerden birinde ya da her ikisinde mevcut ya da potansiyel CFB

*Cinsel davranış, inanış ve değerlerdeki farklılıklar nedeniyle aile bireyleri arasında oluşan anlaşmazlığın varlığı (Bomar 2004). Hemşire, elde ettiği cinsel sağlık öyküsünü, belli amaçlara yönelik olarak kısaca aşağıdaki soruları sorarak da elde edebilir:

I. Hemşire cinsellik ve cinsiyetle ilgili rollere ilişkin hisleri ve inanışları sorgulamada; Bana kendiniz ve cinsellikle ilgili inanışlarınızı anlatın. Karı/koca veya anne/baba olarak rolünüzdeki yeteneğinizi etkileyen herhangi bir sağlık probleminiz bulunuyor mu? gibi.

II. Bireyle olağan seks rolleri ve hastaneye yatma, hastalık gibi olayların neden olduğu rol geçişleri veya normal büyüme ve gelişimle ilgili görüşme yaparken aşağıdaki yaklaşım ve soruların kullanılması faydalı olabilir: Bir kadın olarak bu cerrahi müdahale (hastalık, özürlü) size ne ifade ediyor, Hastaneden çıktıktan sonra bu hastalığın/ameliyatın cinsel fonksiyonunuzu ne şekilde değiştireceğini düşünüyorsunuz, Eş, sevgili ya da anne olarak fonksiyonunuzun ne şekilde değişeceğini bekliyorsunuz?

III. Mevcut bilgi ve anlama düzeyi, kullanılan dil ve kişinin anlattıkları, hemşireyi bireyin gereksinimlerini öğrenme konusunda uyarır. Burada hemşire şu soruları sorarak bilgi alabilir: Cinsellik veya üremeye ilgili herhangi bir sorunuz bulunuyor mu, İnsanlar bazen hastalığın yaşamlarının cinsel yönünü etkileyip etkilemeyeceğine ilişkin kaygılara sahiptirler; siz ne tip kaygılar taşıyorsunuz?

IV. Cinsel davranış ile tatminin tanımlanması hemşireyi olası risk faktörleri ve bireyin sağlık hizmeti gereksinimleri konusunda uyarır. Hemşire şu soruları yönelterek bilgi edinebilir: Cinsel ilişkilerinizde ne şekilde tatmin oluyorsunuz, Cinsel performansınızla ilgili herhangi bir kaygı taşıyor musunuz, Cinsel performansınızı etkileyecek herhangi bir değişiklik oldu mu?

V. Problem yaratmayacak bir şekilde ilaç kullanımıyla ilgili sorular da yöneltilmelidir: Örneğin kişiye, “birçok insan bu ilacı kullandığında doyumсуuzluk yaşıyor. Şimdiye kadar sizde de böyle bir durum oldu mu?” şeklinde bir soru yönelmek akıllıca değildir. Bunun yerine şu şekilde soru oluşturulabilir: “benzer ilaçları alan bazı insanlar cinsel fonksiyonlarında değişiklikler yaşadılar. Sizin bu konuyla

ilgili kaygılarınız nedir?” (Fuller and Schaller 2000).

2. HEMŞİRELİK TANILARI

Cinsel problemlerin tanınması koyarken hemşire konuya ilişkin anatomik, fizyolojik, sosyo-kültürel, etik ve duruma özel hususları değerlendirmelidir. Mevcut veya olası bir tanıya işaret eden faktörler içinde üreme organı ameliyatı veya üreme organlarındaki değişiklikler, geçmiş veya güncel fiziki taciz, kronik hastalık ve puberte veya menopoz gibi gelişimsel nedenler yer alır. Hemşirenin, cinselliğe ilişkin hemşirelik tanısı koyarken, hastanın cinsellik anlamında güçlük algıladığı konuları açığa çıkarması gerekir (Perry and Potter 2003). Cinsellik ve üreme paternindeki NANDA'nın primer hemşirelik tanıları içerisinde: **Cinsel fonksiyon bozukluğu ve cinsel örüntülerde değişim** yer almaktadır (Hoeman 1996, Gulanick et al. 1998, Carpetino 1999, Fuller and Schaller 2000, Bomar 2004).

Cinsellik ve üreme fonksiyonundaki bozukluklar diğer sağlık problemleriyle de ilişkili olabilir. Cinsel rolün üreme fonksiyonuyla ilişkili olduğu sekonder hemşirelik tanıları içerisinde ise, aile çevresinin değişmesi, rol performansının değişmesi, vücut imajındaki bozukluk, inkontinans, aile karşısında sürdürülen mücadelede etkili olamamak, bireyin kendisiyle olan mücadelesinde etkili olamaması, yüksek enfeksiyon riski, dini baskılar ve beslenme değişiklikleri yer almaktadır (Fuller and Schaller 2000)

Cinsel fonksiyon bozukluğu ile cinsel örüntülerde değişim tanılarındaki farklılık bireyin cinsel doyumunu yaşamamasında problem algılayıp algılamadığı veya cinsellikle ilgili kaygılarını dışa vurup vurmama durumuna bağlıdır. Cinsel örüntülerde değişim tanısında önemli olan faktör cinsel güçlükler, sınırlayıcılar veya değişikliklerin tanımlanmasıdır. Cinsel fonksiyon bozukluğuna ilişkin hemşirelik

tanısı ise arzu edilmeyen şekilde algılanan cinsel fonksiyon değişikliği yaşayan veya yüksek risk altında bulunan birey için kullanılır (Fuller and Schaller 2000). En çok kullanılan iki hemşirelik tanısı şöyledir:

Tanı 1: Cinsel Örüntülerde Değişim: Cinsel sağlığında bir değişim olan veya bu riski taşıyan bireydeki durumdur.

a) İlişkili Faktörler:

1. *Fiziksel değişiklikler veya sınırlılıklar:* (Akut hastalıklar, ağrı veya rahatsızlıklar, cerrahi girişim veya travma, hareket kaybı, aktivitede azalma, hormonal değişimler, alkol veya madde bağımlılığı, ilaçların yan etkileri, gebelik ve infertilite),
2. *Korku veya anksiyete :* (Gebelik veya cinsel yolla bulaşan hastalıklarla ilgili endişeler, dini ve kültürel engeller, mahremiyet-gizlilik eksikliği, sosyal stigma, değerlerde çatışma),
3. *Bilgi eksikliği:* (cinsellik konusunda eğitim eksikliği, doğum kontrolü olarak anlama, güvenli seks uygulamaları, sosyal becerilerde sınırlılık) (Gulanick et al. 1998).

b) Tanımlayıcı Majör

Özellikler: Cinsel işlevlerde ya da cinsel kimlikte olumsuz değişimler olması ya da bunun beklenmesi (Carpenito 1999).

c) Tanımlayıcı Minör

Özellikler: Cinsel işlevler ya da cinsel kimlik hakkındaki kaygıların ifade edilmesi (Carpenito 1999); Sözel ya da sözel olmayan uygunsuz cinsel davranışlar; Olası veya gerçek cinsel davranış güçlükleri, sınırlamaları veya değişiklikleri ile ilgili kaygıların ifade edilmesidir (Gulanick et al 1998, Fuller and Schaller 2000).

Tanı 2: Cinsel Fonksiyon bozukluğu: Cinsel işlevlerindeki yetersizlik ya da doyumsuzluk olarak düşünülen, bir değişim olan ya da bu riski taşıyan bireydeki durumdur (Carpenito 1999).

Sağlık/hastalık öyküsü alınırken veya fizik muayene sırasında birey,

cinsellikle ilgili problemlerini, cinsel rolünü tamamı ile yerine getirme güçlüğü, cinsel tatmin sağlayamamasını, belirli bir partner(ler)le yaşadığı ilişki değişikliğini veya ifade anlamında diğer bireylerle yaşadığı değer /inanış çatışmalarını dile getirebilir. Muayenede hiç bir genital veya pelvik yapı bulgusu bulunmayabilir (Fuller and Schaller 2000).

a) Tanımlayıcı Majör

özellikler: Cinsel işlevlerle ilgili problemin sözel olarak ifade edilmesi, hastalık ya da tedavi ile birlikte cinsel performansın sınırlandığını bildirilmesidir (Carpenito 1999).

b) Tanımlayıcı Minör

özellikler: Cinsel performansın gelecekte sınırlanacağı korkusu; Cinsellik konusunda yanlış bilgilendirilme; Cinsellik ve cinsel fonksiyon konularında bilgisiz olma; Cinselliğin ifadesine ilişkin değer/inanç çatışmalarının olması; Kendisi için önemli olan kişilerle ilişkilerde değişim olması; Cinsiyet rolünde doyumsuzluk olmasıdır (Carpenito 1999).

Aşağıda cinsel fonksiyon bozukluklarının etiolojisini oluşturan diğer problemlere ilişkin hemşirelik tanıları verilmiştir;

*Gebelik korkusuna, cinsel fonksiyon veya istek kaybına, hastalık sürecinin etkisine bağlı **endişe** (Fuller and Schaller 2000),

*Cinsel partner veya cinsel organ kaybına bağlı **yaşam düzeninde bozulma,**

*Cinsel pozisyona, penil penetrasyonuna, genital ameliyatının etkilerine, vajinal lubrikasyon eksikliğine bağlı **ağrı,**

*Cinsel birliktelik süresince acıya, cinsel suistimale bağlı **korku,**

*Cinsel suistimale, hataya, hormonal dengesizliğin etkilerine, cinsellik hakkındaki bilgi eksikliğine bağlı cinsellikle ilgili **yaşam tarzında değişim/bozulma,**

*Cinsel birleşme esnasındaki pozisyona bağlı **hareket kısıtlılığı**,

*Reddedilme korkusuna bağlı **beden imajında bozulma**,

*Evliliğin bitmesi veya boşanmaya bağlı **sosyal etkileşimde bozulma**,

*CYBH ile temas korkusuna bağlı **sosyal izolasyon** (Hoeman 1996)

*Cinsel fantezilere ilişkin obsesifliğe bağlı **süreçlerde değişiklik** (Taylor et al. 2001).

*Cinsel mitlere, öğrenmede ilgi eksikliğine ve kavramsal kısıtlamalara bağlı **bilgi eksikliği** (Bomar 2004).

3. SONUÇ KRİTERLERİ;

Kişi, cinsel işlevlerine ilişkin kaygılarını paylaşacak; cinsel partneri ile doyumda artma olduğunu belirtecek; yaşamındaki stresörleri tanıyacak; önceki cinsel aktiviteye dönecek; cinsel aktiviteye geri dönme isteğini belirtecektir (Carpetino 1999).

4. PLANLAMA VE GİRİŞİMLER

Girişimler planlanırken hemşire hastayı ve hastanın izniyle cinsel partnerini de değerlendirme içerisinde tutmalıdır. Cinselliğin bireyler arası doğası nedeniyle hedeflerin gerçekçi olup olmadığını veya karşılıklı olarak istenip istenmediğini belirlemek için düzenli bir şekilde yeniden değerlendirilmelidir.

Genel Girişimler;

*Güven verici bir hemşire-hasta/birey ilişkisi kurulmalı, cinsel yaşama ilişkin öykü alınmalı,

*Cinsellik ve cinsel fonksiyonlar hakkında kişi, kendini rahatsız eden konularda soru sorması için cesaretlendirilmeli. Hemşireler, hastaların kendi problemlerini anlamasına ve kendileri ile etkili şekilde ilgilenecek metodları keşfetmesine yardımcı olmak suretiyle, cinsel ilişkiyi teşvik etmeli,

*Partneri ile ilişkisini inceleyip tanımlaması sağlanmalı (Perry and Potter 2003),

*Hasta ve partneri, görüşme boyunca problemlerinden bahsetmeye teşvik edilmeli; hasta ve partneri ile cinsel tatmin sağlamanın alternatif yolları (kucaklama, öpme, sarılma vb.) tartışılmalı ve gerçekçi bir şekilde bilgi sağlanmalı (Cox et al. 2002),

*İşlevselliği, bir vücut parçasının kaybı ya da değişimi etkiliyorsa: Bireyin ve partnerin kayba uyum düzeyi tanılanmalı; Kayba karşı yaşanan tepkilerin normallliği açıklanmalı; Endişeleri partnerle paylaşma gerekliliği açıklanmalı,

*Vücut imajını değiştirecek cerrahi girişimlere alınan hastalar (örneğin mastektomi veya kolostomi gibi) kendi cinsellik algılarında da değişikliğe sahip olurlar. Bu hastalarda cinsel aktivitenin sürdürülmesi önceliğe sahiptir. Bu önceliğin hastanın da ihtiyacı olduğunu belirlemek önemlidir ve plan bu şekilde yapılmalıdır,

*Cinsel aktivitede doyum almayı engelleyen nedenler tanılanmalı,

*Cinsel fonksiyonlara ilişkin ilgi, aktivite, tutum ve bilgiler incelenip tanılanmalı,

*Kronik hastalıkların cinsel işlevselliğe etkileri tartışılmalıdır. Bu hastalara kişisel fonksiyonu ile ilgili kaygılarını dile getirmesi veya bu kaygılar ile ilgili sorular sorması için cesaret verir (Perry and Potter 2003).

*Hemşire hasta ile cinsellik hakkında konuşurken yeterli zaman ayırmalı ve mahremiyetine, gizliliğe dikkat etmeli; Hasta ile cinsel fonksiyonlar üzerine etkili olabilecek fizyolojik ve emosyonel konular hakkında konuşmalı, duygularını dile getirmesi ve soru sorması için cesaretlendirmeli; Görüşme ortamında cinsellikle ilgili eğitim materyalleri bulundurmalı (Gulanick et al. 1998),

*Tıbbi tanının cinsel fonksiyona etkisine ilişkin kesin bilgi sağlanmalı (Cox et al. 2002),

*Cinsel fonksiyon bozukluğu ilaç tedavisi ile ilişkili ise alternatifleri incelenmeli,

*Çocuk doğurma yaşındaki hastalar ile cinsel sağlık tartışılırken hastanın doğum kontrolü ile ilgili kültürel ve dini inanışları göz önünde bulundurulmalıdır. Tartışma içerisinde çocuğu isteme dereceleri, olağan cinsel uygulamalar ve kabul edilebilir doğum kontrol metodları yer alabilir. Doğum kontrol yöntemi ile ilgili eğitimler içerisinde cinsel ilişki sıklığının veya cinsel ilişki zamanının ayarlanması, genital dokunmalarda rahatsızlık duyulmaması ve cinsel faaliyetin kesintiye uğramasından rahatsızlık duyulmaması yer almalıdır (Perry and Potter 2003),

Hastanın cinsel patern değişikliklerini veya cinsel fonksiyon bozukluklarını ele alan hemşirelik müdahaleleri hastanın bilinç seviyesini artırır, konuya ilişkin durum veya kaygıların açıklığa kavuşturulmasına yardımcı olarak gerekli bilgiyi sağlar.

KAYNAKLAR

- Abdo CHN, Oliveria WM, Moreira ED et al.** (2004). Prevalance of sexual dysfunction and correlated conditions in a sample of Brazilian women – results of the Brazilian study on sexual behaviour. *International Journal of Impotence Research* 16:160-166.
- Akar H** (2005). Psikiyatrik yardım talebi olanlar ile yardım talebi olmayan ve boşanma aşamasında olan çiftlerde; çift uyumu ve kişilik özellikleri arasındaki ilişkinin karşılaştırılması, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Birimi. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, İstanbul.
- Aydos M, Öner S, Acar B et al.** (2005). Factors that effect female sexual dysfunction frequency. *European Urology* 4(3): 178.
- Bomar P** (2004). *Family Sexuality. Promating Health in Families*, Third Edition, Saunders an Imprint of Elsevier, Philadelphia.
- Carpetino L** (1999). *Handbook of Nursing Diagnosis*. Seventh Edition. Lippincott. Philadelphia. Çev.Ed: Firdevs Erdemir.

Cinsel fonksiyonlarında değişiklik bulunan hastalara veya cinsel sağlık eğitimi gereksinimi içinde olan bireylere sağlanacak olan sağlık hizmetinin değerlendirilmesinde hastanın beklentilerinin karşılanıp karşılanmadığı belirlenmelidir. Sağlık hizmetinin ilerleme süreci belirlendikten sonra hastaya hemşirelik hizmetinin etkili ve destekleyici olup olmadığı sorulmalıdır (Perry and Potter 2003). Cinsellik konusunda danışmanlık yapacak olan hemşirenin kendi değerlerini de gözden geçirmesi önemlidir. Hemşirenin hastalara olumsuz bakması hastaların hemşirelerden kaçınmasına neden olacaktır. Hemşirelerin cinsellik konusunda danışmanlık ve eğitimler yapabilmeleri için önceden bu konuda eğitim almaları yararlı olacaktır. Hemşire primer bakım vericilerle, bu konuda özelleşmiş hekim veya ruh sağlığı uzmanları, danışmanlarla işbirliği yapmalı, gerektiğinde sevk etmeli; hastayı kendi kendine yardım veya destek gruplarına yönlendirebilmelidir.

- Cox H, Hinz MD, Lubno MA et al.** (2002). *Clinical Applications of Nursing Diagmosis*. Fourth Edition. F.A Davis Company, Philadelphia. 618-632.
- Çayan S, Akbay E, Canpolat B ve ark.** (2001). Kadınlarda Cinsel Fonksiyon Bozukluğu Prevalansı ve Risk Faktörleri. 4. Ulusal Androloji Kongresi Program ve Özet Kitabı, 24.
- Fuller J, Schaller J** (2000). *Assessing Sexuality and Reproductive Patterns*. Health Assesment Third Edition, Lippincott, Philadelphia.
- Gangar E, Allonach V** (2001). *Problems of the Lower Urogenital Tract in the Postreproductive Years, with Associated Psychosexual Experiences*. Gynaecological Nursing, A Practical Guide. First Edition, Churchill Livingstone, Edinburgh, London, Newyork, 263-273.
- Geisser ME, Jefferson TW, Spevak M. et al.** (1991). Reliability and validity of the Florida sexual history questionnaire. *Journal of Clinical Psychology* 47: 519-28.

- Gulanick M, Klopp A, Galanes S et al.** (1998). *Nursing Care Plans Nursing Diagnosis and Intervention*. Fourth Edition, Mosby Year Book, St. Louis, Missouri.
- Hoeman S** (1996). *Sexuality Education and Counseling*. Rehabilitation Nursing. Second Edition. Mosby-Year Book.
- Hissasue SI, Kumamoto Y, Sato Y et al.** (2005). Prevalance of female sexual dysfunction symptoms and its relationship to quality of life: a Japanese female cohort study. *Urology* 65: 143-148.
- İncesu C** (2005). *Cinsel İşlev Bozuklukları* (1. Basım), Organon Yayınları, İstanbul.
- Kaplan S, Reis R, Kohn I et al.** (1999). Safety and efficacy of sildenafil in postmenopausal women with sexual dysfunction. *Urology* 53 (3): 481-486.
- Karakoyunlu FB, Öncel S** (2007). Evli kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu görülme sıklığı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Akdeniz Üni. Sađl. Bil. Enst. Antalya.
- McGahuey CA, Gelenberg AJ, Laukes CA et al.** (2000). The Arizona sexual experience scale (ASEX): reliability and validity. *Journal of Sex & Marital Therapy* 26: 25-40.
- Nappi R, Salonia A, Traish AM et al.** (2005). Clinical, biologic, pathophysiologies of womens sexual dysfunction. *Journal of Sex Medicine* (2):2-25.
- Öksüz E, Malhan S** (2006). Prevalance of risk factors for female sexual dysfunction in Turkish women. *Journal of Urology* 175 (2): 654-658.
- Perry GA, Potter PA** (2003). *Self Concept and Sexuality*. Basic Nursing, Fifth Edition, Mosby Company. St. Louis. 461-478.
- Ponholzer A, Roechlich M, Racz U et al.** (2005). Female sexual dysfunction in a healthy Austrian cohort: Prevalance and risk factors. *European Urology* 47: 366-375.
- Rosen R, Brown C, Heiman J et al.** (2000). The Female sexual function index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female function. *Journal of Sex & Marital Therapy* 25: 393-99.
- Rosen RC, Taylor JF, Leiblum SR et al.** (1993). Prevalance of sexual dysfunction in women. *Journal of Sex & Marital Therapy* 19: 171-188.
- Rust J, Golombok S** (1983). *The Handbook of the Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS)*. Scotland, City Press of Glasgow.
- Saferinejad MR** (2006). Female sexual dysfunction a population based study in Iran prevalence and associated risk factors. *International Journal of Impotence Research* 18: 382-395.
- Şahin D, Kayır A** (2001). Sık Görülen İki Cinsel İşlev Bozukluğu. Roche Yayınları, İstanbul.
- Taylor C, Carol L, Lemone P** (2001). *Sexuality. Fundamentals of Nursing*. Lippincott Company, Fourth Edition, Philadelphia, 779-816.
- Volpe E, Wertheimer J** (2004). *Exploring Sexuality Attitudes and Knowledge in Nursing: An Education Program*. Doctor of Philosophy in Clinical Sexology, Florida.
- Yadav J, Genaralli L, Ratakonda U** (2001). Female sexuality and common sexual dysfunctions: evaluation and management in a primary care setting. *Primary Care Update For Obstetrics and Gynecology* 8(1): 5-11.
- Yaniv H** (2000). *Kanser Hastalarında Seksüalite*. Onkoloji Hemşireliği Derneđi Kurs Kitabı, İsrail Kanser Derneđi. 21-22 Eylül, Ankara.