

T.C.
OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DEPRESYON TEDAVİSİ GÖREN EVLİ KADINLARDA
CİNSEL YAŞAM KALİTESİ VE ETKİLEYEN
FAKTÖRLER

Alev EKEMEN

Tez Danışmanı
Doç.Dr. K.Derya BEYDAĞ

İSTANBUL, 2018

T.C.
OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DEPRESYON TEDAVİSİ GÖREN EVLİ KADINLARDA
CİNSEL YAŞAM KALİTESİ VE ETKİLEYEN
FAKTÖRLER

Alev EKEMEN

162038047

Tez Danışmanı
Doç.Dr. K.Derya BEYDAĞ

İSTANBUL, 2018

T.C
OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

Y Ü K S E K L İ S A N S
T E Z O N A Y I

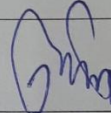
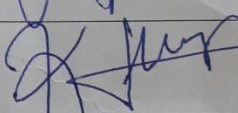
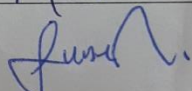
ÖĞRENCİNİN

Adı ve Soyadı : Alev EKEMEN
Danışman : Doç .Dr. K.Derya BEYDAĞ

Tez Savunma Tarihi : 10.09.2018
Tez Savunma Saati :13.00

Tez Konusu : *Depresyon Tedavisi Gören Evli Kadınlarda Cinsel Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Faktörler*

TEZ SAVUNMA SINAVI, Lisansüstü Öğretim Yönetmeliği'nin 33.Maddesi uyarınca yapılmış, sorulara alınan cevaplar sonunda adayın tezinin KABUL 'ne OYBİRLİĞİ / OYÇOKLUĞUYLA karar verilmiştir.

JÜRİ ÜYESİ	KANAATİ (KABUL / RED / DÜZELTME)	İMZA
Dr. Öğr.Üyesi Yeliz DOĞAN MERİH (Sağlık Bilimleri Üni.)	KABUL	
Doç.Dr. K.Derya BEYDAĞ	KABUL	
Dr. Öğr.Üyesi Gülzade UYSAL	KABUL	

YEDEK JÜRİ ÜYESİ	KANAATİ (KABUL / RED / DÜZELTME)	İMZA
Dr.Öğr.Üyesi İlknur ÇALIŞKAN		

ÖZET

Bu çalışma, depresyon nedeniyle ilaç tedavisi gören, evli ve cinsel yönden aktif olan kadınların cinsel yaşam kalitesi düzeylerini ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Tanımlayıcı nitelikteki çalışmanın evrenini, Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi psikiyatri polikliniğine Nisan-Haziran 2018 tarihleri arasında başvuran, depresyon tanısı almış, evli, cinsel yönden aktif ve en az 1 aydır antidepressan ilaç kullanan 928 hasta oluşturmuştur. Evren belli olduğu durumda örneklem hesaplama formülüne göre en az 207 hastanın örnekleme dahil edilmesi gerektiği hesaplanmış, ancak kayıp veriler olabileceği için örneklem sayısının %10 fazlasının ele alınması düşünülmüş ve 228 hasta ile çalışma tamamlanmıştır. Araştırma verileri, tanımlayıcı veri toplama formu ve Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği Kadın Formu (CYKÖ-K) ile elde edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde, sayı-yüzdeler hesaplamaları, Kruskal-Wallis, Anova ve T testi kullanılmıştır.

Kadınların %30,7'si 13 ay ve üzeri süredir depresyon ilacı kullandığını, %64,9'u depresyon ilacı kullanmadan önce cinsel yaşamla ilgili sorunu olduğunu ve %77,6'sı depresyon ilacı kullanmaya başladıktan sonra cinsel isteğinde azalma olduğunu belirtmiştir. Kadınların %53,1'i depresyon ilacı kullanmadan önce ayda 6-10 kez cinsel birliktelik yaşadığını belirtmiş, bu oran depresyon ilacı kullanmaya başladıktan sonra %47,4 olarak saptanmıştır. Kadınların %54,4'ü depresyon ilacı kullanmadan önce cinsel ilişkiyi başlatmayı her iki eşin ortak teklif ettiğini belirtmiş, depresyon ilacı kullanmaya başladıktan sonra bu oran %25,4'e gerilemiştir. Kadınların %28,9'u genel olarak eşi ile ilişkisinin kötü olduğunu belirtmiştir. Kadınların CYKÖ puan ortalaması 47,83±14,10 olarak bulunmuştur. Kadınların; yaş grubu, çalışma durumu, çocuğu olma durumu, depresyon ilacı kullanma süresi, ilaç dozu, depresyon ilacı kullanmadan önce cinsel yaşamla ilgili sorun olma durumu, depresyon ilacı kullanmadan önce ayda kaç kez cinsel birliktelik yaşadığı, depresyon ilacı kullanmaya başladıktan sonra ayda kaç kez cinsel birliktelik yaşadığı, depresyon ilacı kullanmadan önce cinsel ilişkiyi başlatmayı kimin teklif ettiği, depresyon ilacı kullanmaya başladıktan sonra cinsel ilişkiyi başlatmayı kimin teklif ettiği ve genel olarak eşi ile ilişkisinin nasıl olduğu ile CYKÖ puan ortalaması arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır(p<0,05). Kadınların depresyon

ilacı kullanmadan önceki ve sonraki aylık cinsel ilişki sayı ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($p<0,01$).

Hemşireler, depresyon nedeniyle ilaç kullanan kadınların, cinsel yaşam kalitelerinin değerlendirilmesinde ve bu konuda ihtiyaç duyulan desteğin sağlanmasında görev almalıdırlar.

Anahtar kelimeler: Depresyon, Cinsel yaşam, Cinsel yaşam kalitesi.



ABSTRACT

SEXUAL LIFE QUALITY AND INFLUENCING FACTORS OF MARRIED WOMEN WITH DEPRESSION TREATMENT

This study was conducted to determine the levels of sexual life quality and the influencing factors of married and sexually active women with drug treatment due to depression.

The descriptive study population consisted of 928 patients who were admitted to the psychiatry outpatient clinic of the Health Sciences University Izmir Tepecik Education Research Hospital between April-June 2018, who were diagnosed with depression, were married, were sexually active and were taking antidepressant drugs for at least 1 month. It was calculated that at least 207 patients should be sampled according to the sample calculation formula when the universe is evident, but it was considered to handle 10% of the sample number and the study with 228 patients was completed. Data were collected with descriptive data collection form and Sexual Life Quality Scale Women's Form (SQOL-F). Kruskal wallis, anova and t test were used in the calculations of percentages for the evaluation of the data.

30,7% of the patients had used depressed medication for 13 months, 64,9% had a problem about sexual life before using depression medication, and 77,6% stated that there is a decrease in sexual desire after using depression medication. 53,1% of the women stated that they had sexual intercourse 6-10 times a month before using depression medication, which was found to be 47,4% after using depression medicine. 54,4% of the women stated that both partners had proposed joint sexual intercourse before using depression, and this rate decreased by 25,4% after the depression began to use drugs. 28,9% of the women reported that the relationship with their spouse was generally bad. The average of SQOL-F score was $47,83 \pm 14,10$. Considering the number of times sexual intercourse occurs per month before using depression, the number of times sexual intercourse occurs before using depression, the number of sexual intercourse per month after starting to use depression medication, the age group of women, the working status, the status of being a child, the duration of depression, ($p < 0,05$). How they relate to their partner in general, There was a statistically significant difference between the mean number of sexual intercourse before and after women without using depression medication ($p < 0,01$).

It is concluded that nurses should take part in the evaluation of sexual life qualities of women who use drugs due to depression and in the support they need.

Keywords: Depression, Sexual life, Sexual life quality.



ÖNSÖZ

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum bu çalışmayı, değerli bilgi ve katkılarıyla yöneten, tezimin her aşamasında benden yardımlarını esirgemeyen, yolumu aydınlatan, sabrını hiç esirgemeyen ve en zor zamanlarımda yanımda olan sevgili hocam Sayın Doç.Dr. Kerime Derya BEYDAĞ'a en derin saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Çalışmada yardımlarını esirgemeyen, sabrını, sevgisini ve candanlığını her daim gösteren sevgili arkadaşım Güler KARLIDAĞ'a

Her konuda anlayışı için değerli iş arkadaşım Selver ÖZTÜRK'e

Hayatıma girdiği için, sabrı, merhameti, anlayışı ve her zaman beni destekleyip yanımda olduğu için canım eşim Ali EKEMEN'e,

Her zaman yanımda olan, sevgisini, şefkatini, merhametini benden esirgemeyen, adım adım başarılarımın sağlayan, babamın eksikliğini hiç yaşatmayan bir tanecik annem Bedriye DURMUŞ'a,

Her zaman okumamı destekleyen, bu günleri görmese de biz onu hep yanımızda olarak hissedip güç ve sevgi aldığımız canımın içi babam Hüseyin DURMUŞ'a teşekkürlerimi sunarım.

Alev EKEMEN

BEYAN

Bu çalışmanın, kendi tez çalışmam olduğunu, tezde kullanılan bilgileri etik kurallar içinde elde ettiğimi, daha önce üretilmiş olan ve yararlandığım bütün bilgi, fikir ve yorumları akademik kurallar içinde kullandığımı ve kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

.....
Alev EKEMEN



İÇİNDEKİLER

ÖZET	i
ABSTRACT	iii
ŞEKİL LİSTESİ	x
KISALTMALAR LİSTESİ	xi
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Depresyon	3
2.2. Depresyonun Nedenleri	3
2.3. Depresyonun Belirtileri	4
2.4. Depresyon Epidemiyolojisi.....	5
2.5. Depresyonun Kadınlarda Görülme Sıklığı.....	6
2.6. Depresif Bozukluk Tipler	6
2.7. Depresyon İçin Tedavi Modelleri	7
2.8. Depresyonda olan Bireyin Hemşirelik Bakımı.....	8
2.9. Cinsel Yaşam	10
2.10.Kadın Cinselliği.....	10
2.11. Kadınlarda Cinsel Fonksiyon Bozuklukları.....	14
2.12. Cinsel İşlev Bozukluklarının Sınıflandırılması.....	14
2.12.1. Cinsel İstek Bozuklukları(CİB).....	14
2.12.2. Cinsel Uyarılma Bozukluğu:	15
2.12.3. Cinsel Ağrı Bozukluğu	17
2.12.4. Genel Tıbbi Bir Duruma Bağlı CİB.....	17
2.12.5.Madde Kullanımına Bağlı CİB	18
2.12.6.Başka Türü Adlandırılmayan CİB	18
2.13.Kadınlarda Cinsel Yaşam Kalitesi	18
2.13.Depresyon ve Cinsel Yaşam Kalitesi İlişkisi.....	19
3. GEREÇ VE YÖNTEM	20
3.1.Araştırmanın Tipi	20
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	20
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	20
3.4. Verilerin Toplanması.....	21
3.5. Araştırmanın değişkenleri.....	22
3.6. Verilerin Analizi.....	22

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği.....	22
3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri	22
4. BULGULAR	23
5. TARTIşMA	30
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	35
KAYNAKÇA.....	37
EKLER.....	45
Özgeçmiş	51



TABLULAR LİSTESİ

SAYFA NO

Tablo 1. Katılımcıların Demografik Özelliklerine Göre Dağılımları.....	23
Tablo 2. Katılımcıların Depresyon İlacı Kullanımı ve Cinsel Yaşamlarına İlişkin Yanıtlarının Dağılımları.....	24
Tablo 3. Katılımcıların Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği (CYKÖ) Puan Ortalaması.....	25
Tablo 4. Katılımcıların Demografik Özelliklerine Göre CYKÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	26
Tablo 5. Katılımcıların Depresyon İlacı Kullanımına Göre CYKÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	27
Tablo 6. Katılımcıların Cinsel Yaşamlarına İlişkin Sorulara Verdikleri Yanıtlara Göre CYKÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	28
Tablo 7. Kadınların Depresyon İlacı Kullanmadan Önce ve Depresyon İlacı Kullanmaya Başladıktan Sonra Aylık Cinsel İlişki Sayısının Karşılaştırması.....	29

ŞEKİL LİSTESİ

SAYFA NO

Şekil 1. Kadında Cinsel Yanıt Döngüsü.....12



KISALTMALAR LİSTESİ

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AFUD	: American Fondution For Urologic Disease
ARK	: Arkadaşları
CEDAT	: Cinsel Eğitim Araştırma Derneği
CİB	: Cinsel İşlev Bozukluğu
CYBH	: Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar
CYKÖ-K	: Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği Kadın Formu
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
DSM-IV	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EKT	: Elektrokonvülsif Terapi
SPSS	: Statistical Package for Social Sciences
VB	: Ve Benzeri
%	: Yüzde

1. GİRİŞ

Depresyon bir duygu durum bozukluğudur. Bireyin duygu durumunun uzun süre boyunca işlevselliğini bozacak biçimde çökün olması olarak tanımlanır. Bireyde sadece duygu durum çökkünlüğü değil; bilişsel belirtiler, vejetatif belirtiler, psikomotor aktivite ve düşünce akışında azalma, bazı olgularda kişinin gerçeği değerlendirmesi bozulabilir; algı bozuklukları yaşana bileceği gibi, ayrıca sanrılar da görülebilir (1).

Depresif duygular(mood) sağlıklı insanlarda istenmeyen veya hayal kırıklığına neden olan yaşamsal olaylar sonucunda oluşan; sıkıntı, keder ve üzüntü içeren duygusal tepkiler olup, yaşamın normal bir parçası gibi görülebilir. Depresif bozukluk klinikte zihinsel bir bozukluk olarak kabul edilir. Depresif bozukluk duygusal bir tepki den çok daha şiddetli ve kişinin yaşamını olumsuz etkileyen ve tüm yaşamsal işlevlerini bozan belirti kümelerinden oluşur (2).

Ülkemizde DSÖ ile ortaklaşa yürütülen bir çalışmada, sağlık ocağına başvuran hastalarda %11,6 sı depresyon tanısı almıştır. Türkiye'de depresyonun yaygınlığı ile ilgili önemli veriler sağlayan bir diğer araştırma Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan, 7479 kişiyi kapsayan "Türkiye Zihin Sağlığı Profili" araştırmasıdır. Bu çalışmada depresif nöbet yaygınlığı %4 olarak saptanmıştır. Yaygınlık oranları kadınlarda %5,4 erkeklerde ise %2,3 olarak bulunmuştur. Ağrı bozukluğu dışta tutulduğunda en sık rastlanan zihinsel bozukluğun major depresyon olduğu bildirilmiştir. Şehir merkezinde depresyon görülme riskinin daha yüksek olduğu belirtilmektedir (3).

DSÖ, depresyonun 2020 yılına kadar yeti yitimine, zaman kaybına ve ölüme neden olan etkenler arasında ikinci sırada yer alacağını bildirmektedir. Ayrıca 2020 yılında depresyonun hastalık yükü açısından iskemik kalp hastalıklarından sonra ikinci sırada yer alacağını öngörmektedir. ABD'de kadınlarda hastalık yükü nedenleri sıralamasında depresyon ikinci sırada yer almaktadır. Gelişmiş ülkelerde her psikiyatrik bozukluk için doğrudan tedavi değeri, ulusal sağlık bakım giderlerinin %1- 2'sini oluşturmaktadır (4).

Depresyon cinsiyetler arasında psikolojik ve biyolojik açıdan farklılık gösterir. Kadınlarda depresyon riski daha yüksektir. Bunun sebebi olarak hormonlar, maddi ve manevi olarak ağır sorumluluk altında olması, hem çalışma hayatını hem ev hanımlığı gibi birçok rollü üstlenmesi kadınların kendilerine yeterince zaman ayırmaması gibi durumların neden olduğu düşünülmektedir (5).

Korku ve şiddet güçsüz yapar ve güçsüzlük bir anlamda depresyona neden olur. Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu'nun yaptığı bir araştırmada(1994) ailelerin %34'ünde fiziksel şiddet olduğu ve kadınların hemen her yaş grubunda şiddete maruz kaldığı görülmüştür. Yine Kadın Dayanışma Vakfının araştırmasında kadınların sadece %3'ünün eşlerinden şiddet görmedikleri ifade edilmiştir. Bu çalışmada kadınların %21'i kocası tarafından tehdit edildiğini, %15'i hastanelik olana kadar dövüldüğünü, %8'i kesici-delici aletlerle tehdit edildiğini, %12'si kocası tarafından sürekli tehdit edildiğini, %41'i eşlerinin kendilerine aşağıladıklarını ve %12'si de eşlerinin bazen kötü davrandıklarını ifade etmişlerdir (6,7).

Cinsellik kişilerin, bedensel ve ruhsal olarak gerçekleştirdiği doyum, erotizm ve üremeye yönelik yaşantıları içerir. Cinsellik bireyin biyolojik, psikolojik ve sosyal çerçevesinde değerlendirilir. Biyolojik olarak fiziksel rahatlama, psikolojik olarak yakınlaşma, bütünleşme, haz, doyum ve bir olma gereksinimi, sosyal olarak çiftlerin birlikte yaşamasını veya toplumsal değer yargılarına saygı duymayı sağlar. Sağlıklı bir cinsel yaşam anksiyete, pişmanlık ve suçluluk duygusunun olmamasıdır (8).

Bu araştırma, depresyon nedeniyle ilaç tedavisi gören, evli ve cinsel yönden aktif olan kadınların cinsel yaşam kalitesi düzeylerini ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Depresyon

Depresyon; üzüntü, umutsuzluk ve karamsarlık duygularıyla ortaya konan duygu durumundaki değişimdir. En yalın şekilde depresyon keder, elem yönünde artmış bir duygu durumu (mood) olarak tarif edilebilir. Depresyon kökünü Latince “depressus” kelimesinden alır. Aşağı doğru bastırmak, çekmek, bitkin, gamlı, kederli anlamına gelir (9,10).

Depresif duygu durum, sağlıklı bireylerde olması istenmeyen ya da hayal kırıklığına neden olarak ortaya çıkan, sıkıntı, keder, üzüntü gibi duygusal tepkiler olup, yaşamın normal bir parçası gibi hissedilebilir. Fakat tıbbi olarak zihinsel bir depresif bozukluktur. Duygusal bir tepkiden çok, daha şiddetli ve bireyin yaşamını olumsuz etkileyen ve bireyin tüm yaşamsal işlevlerini bozan, belirli belirtilerden oluşarak ortaya çıkan sendromdur (2).

Depresyon yalnızca bireyi değil, tüm toplumu ilgilendiren bir sağlık problemidir (1). Depresyon; birinci basamak sağlık hizmetine başvuran hastalarda tüm bozukluklar arasında en sık rastlanan tanılarının başındadır. Yaşam boyu prevalansı % 10 ile % 21 arasında değişiklik göstermektedir (11).

2.2. Depresyonun Nedenleri

Depresyon etiyolojisinde pek çok biyo-psiko-sosyal etken rol oynar.

- Kalıtım,
- Monoamin,
- Nörotransmitter (özellikle noradrenalin ve serotonin) etkinlik düzeyinde bozukluk,
- Hastalık öncesi kişilik yapısı,
- Benlik(ego) gelişimi,
- Toplumsal etkenler
- Psikososyal stresler depresyona yol açan nedenler arasında sayılmaktadır (9,12).

2.3. Depresyonun Belirtileri

Depresyon yaygın bir hastalıktır. Bireyin yaşamını, işlevselliğini etkiler. Klinik uygulamada hafif, orta ve ağır derecede görülebilen depresyon belirtilerini şöyle sıralayabiliriz : (13,14).

- **Genel Görünüm ve Dışa Vuran Davranış:** Hastanın yüz çizgileri belirgin ve üzüntülü, alın çizgileri derinleşmiş, omuzlar çökük bir görünümü vardır. Göz teması azalmıştır. Hareketler ve her türlü dışa vuran davranış çoğu kez yavaşlamıştır. Giyimine ve kendine bakım azalmıştır.
- **Konuşma ve İlişki Kurma:** Hastanın düşüncesinde olan yavaşlama konuşmasına da yansır.
- **Hareketler:** Ruhsal süreçlerdeki yavaşlama ile birlikte psikomotor reterdasyon belirgindir. Yürümek, iş yapmak gibi hareket gerektiren durumlarda zorlanma olabilir.
- **Duygulanım:** Üzüntü ve acı duyma yönünden bir artış vardır. Bireyde keder, mutsuzluk, sıkıntı, umutsuzluk, yalnızlık gibi duygular belirgindir. Genel isteksizlik, ilgi azalması, çabuk sinirlenme, daha önce zevk alarak yapmış olduğu aktivitelerden zevk almama (anhedoni), doyumsuzluk, mizah duygusunu kaybetme, neşesizlik, ağlamaya meyil görülebilir. Orta derece depresyonda kayıtsızlık (indefference), ağır depresyonda ise duyumsamazlık (apathy) vardır.
- **Bilişsel Yetiler:** Hastanın bilinci açıktır. Genellikle algı bozukluğu görülmez (psikotik depresyon hariç). Hastalar sıklıkla unutkanlıktan şikâyet eder. Fakat gerçek bir bellek bozukluğu yoktur.
- **Düşünce İçeriği:** Düşünce içeriği geçmiş pişmanlık ve acı veren olumsuzluklarla doludur. Gelecek karanlıktır ve hiçbir plan yapılmaz. Çaresizlik ve umutsuzluk düşünceleri ağır basar. Kendini sürekli suçlama vardır. Bütün olumsuzluklardan kendini olumsuz tutar. Kendini küçümseme ve kendini değersiz hissetme sonucunda intihara meyil artar.

- **Fiziksel ve Fizyolojik Belirtiler:** Yeme isteği azalır. Kısa sürede zayıflama görülür. Bazı bireylerde de sıkıntıyı azaltmak için aşırı yeme ön plandadır. Bireyin sindirim sisteminde genel yavaşlama belirtileri ve kabızlık görülür. Bireyler enerji azlığı, güçsüzlük ve çabuk yorulmadan yakınma vardır. Bireylerin uyku düzeninde bozulma görülür. Bu bozulma aşırı uyuma ya da az uyuma şeklinde olabilir. Bedensel şikâyetlerden en sık baş ağrısı görülür. Cinsel ilgi azlığı ve zevk almada azalma bir diğer belirtidir.

2.4. Depresyon Epidemiyolojisi

- **Yaş ve Cinsiyet:** Depresyon kadınlarda erkeklere göre 2 kat daha fazla görülür. Cinsiyet farklılığı nedeniyle depresyona girme, 44-65 yaşları arasında daha az belirgindir (9,16). Kişilerin 18-45 yaş arasında olması, depresyona girme riskini artırmaktadır. Türkiye’de de depresyon hastalarının %65-70’i kadınlar, %30-35’i ise erkeklerden oluşmaktadır (15).
- **Sosyal Sınıf:** Hudson(2005) hem depresyonun hem de kişilik bozukluğunun, çoğunlukla düşük sosyo-ekonomik durumun sonuçları olarak ortaya çıktığını belirtmektedir (17).
- **İrk ve Kültür:** Çalışma, ırk ve duygulanım bozukluğu arasında hiçbir kapsamlı ilişki göstermemiş (17).
- **Medeni durum:** Birçok çalışma, evliliğin bireyin psikolojik sağlığını olumlu etkilediği ortaya koymuştur. Ayrıca; bu durumun sadece medeni durumla alakalı olmadığını, aynı zamanda yaşla da ilgisinin olduğu belirtilmiştir (18).
- **Mevsimsellik:** Anı sıcaklık artışı insanın ruhsal dengesini değiştirmektedir. Yapılan çalışmada intihar etme oranı Mayıs döneminde pik yapmaktadır. Bu oran Ekim döneminde ise daha düşüktür (19).
- **Eğitim düzeyi:** Ülkemizde, depresyon ile ilgili bilgi eksikliği; depresyonun normal bir yaşam biçimi olarak kabul edilmesinin yanı sıra devamlılığın da artırdığı öne sürülmüştür (20). Ülkemizde yapılan çalışmalarda öğrenim durumu düşük olanlarda depresyon oranı daha yüksek bulunmuştur (21).

2.5. Depresyonun Kadınlarda Görülme Sıklığı:

Depresyon, cinsiyetler arasında da hem psikolojik, hem de biyolojik açıdan farklılık göstermektedir. Kadınlar, maddi manevi ağır sorumluluk altındadır. Kadın birçok rolü üstlenmektedir; çalışmaya, ev hanımlığı vb. Bu sebeplerden dolayı kadının üstündeki ağır sorumluluk ve stres benlik saygısında azalma ve depresif belirtilere sebebiyet vermektedir. Bu nedenle depresyon kadınlarda erkeklere oranla iki kat daha fazladır (22).

Kadınların, çalışma hayatında olmalarının ruh sağlığını olumlu yönde etkilediği görülmüştür. Kadınların sadece ev işi yapmasının depresyonla orantılı olduğu, ev işinin tek sorumlusu kadının görülmesi, kadınların ruh sağlığını olumsuz etkilemektedir (23).

Kadınların daha fazla depresyon tanısı almalarının bir nedeni de, hormonal değişiklikler, toplumsallaştırılmaları iyi eş, iyi anne, partnerlerine çekici görünmeler ve eşlerini mutlu etmeleri olarak görülmesidir. Evliliğin kadınlara yüklediği roller depresyon riskini artırdığı düşünülmektedir (15).

2.6. Depresif Bozukluk Tipleri;

Major Depresif Bozukluklar

“Depresif duygu durumu” ve aktivitelere karşı ilgi azalması olarak tanımlanır. Bireye majör depresyon tanısı koymak için belirtilerin en az iki hafta sürmesi, bireyin ilaç, madde ve alkol kullanmıyor olması gerekir. Ayrıca manik davranış öyküsünün olmaması da önemlidir (9).

Dirençli Depresif Bozukluklar (Distimi)

Majör depresif bozukluğuna göre daha hafif olmakla birlikte benzer özellik gösterir (9).

Premenstrual Disforik Bozukluk

Menstrasyondan önce aşırı duygu durumu dalgalanması, aktivitelere karşı ilgi azalmasıdır ve menstrasyonun bitmesiyle belirtiler azalır (9).

Madde/İlaç Kullanımına Bağlı Depresif Bozukluklar

İlaç, madde ve alkol almanın doğrudan sonucu olduğu düşünülmektedir. Birçok ilacın duygu durumuna ilişkin semptomları tetiklediği bilinir.

Genel Tıbbi Durumdan Kaynaklanan Depresif Bozukluklar

Tıbbi durumun doğrudan fizyolojik sonucu olduğu düşünülen, majör depresif belirtileri olarak ortaya çıkar (24).

2.7. Depresyon İçin Tedavi Modelleri

➤ **Bireysel Psikoterapi:** Bireyler arası psikoterapi şu evrelere göre yapılır;

Evre 1: Hastalığın ne kadar süredir devam ettiği değerlendirilir. Bu aşamada hastalık hakkında bilgiler verilir. Hastaya terapi süresince aktivitelere katılması ve çalışması için cesaret verilir (9).

Evre 2: Bireyin karmaşık tepkilerini çözmesi için bireye yol gösterilir. Bireyin çevresi ve toplumla kaynaşması sağlanır (9).

Evre 3: Duygusal durumları açığa çıkarması ve kişilerarası iletişim sağlanması; bu durum bireylerin sosyal işlevselliğini artırır ve iyileşmesine olumlu katkı sağlar (9).

➤ **Grup Terapisi:** Grup terapisi; bireylerin kendi durumları hakkında bir bakış açısı kazanmalarına yardımcı olur ve benzer sorunları olan bireylerle iletişim kurmalarını sağlar. Kişinin bu durumda yalnızca kendisi olmadığını farkına varması umut duygusunu geliştirir (9).

➤ **Aile Terapisi:** Aile terapisi; hastanın duygu durum bozukluğu, aileden kaynaklandığı ve sürdüğü durumlarda veya aile yapısını zedelediği, işlevselliğini olumsuz yönde etkilediğinde yapılması gereken bir terapidir (25).

➤ **Bilişsel (kognitif) Terapi:** Bireyin duygu durum bozukluklarının gelişmesi ve sürmesinde etkili olduğu düşünülen düşünce sapmalarını kontrol etmesi öğretilir. Bilişsel modele göre depresyon; kişinin kendisi, çevresi ve gelecek beklentileriyle ilişkili olarak ortaya çıkan olumsuz sapma ile karakterize bir durumdur. Kognitif terapi depresyon tedavisinde olumlu sonuçlar sunmuştur. Yapılan birçok çalışmada bazı olgularda kognitif terapini antidepresan ilaçlarıyla eşdeğer ve hatta daha etkin olabildiği saptanmıştır (9,26).

Bilişsel tedavinin amaçları;

- Bireyin olumsuz düşüncelerini, olumluya çevirmek,
- Hastanın çarpıtılmış düşünceleri yerine yeni seçenekler bulmasını sağlamak,
- Düşünce, duygulanım ve davranış arasında bulunan bağlantıları tanımasını sağlamak,
- Çarpıtılmış düşünce ve davranış kalıplarının yerine daha gerçeğe uygun yorumlar koymasını sağlamak
- Hastanın yaşantılarını çarpıtmasına yol açan yanlış düşüncelerini tanımasını ve değiştirmesini sağlamak olarak sıralanabilir (27).

➤ **Elektrokonvülsif Terapi (EKT):** EKT, Beyne elektrik akımı verilerek jeneralize epleptik nöbet oluşmasını sağlayan yöntemdir. EKT özellikle ciddi depresyon tedavisinde ayrıca intihar eğilimi olan hastalarda etkilidir. Ayrıca antidepresanların etkili olmadığı durumlarda baş vurulan bir yöntemdir (9).

➤ **Transkranyal Manyetik Stimülasyon:** Depresyon tedavisinde kullanılan yeni bir tekniktir. Beyindeki sinir hücrelerine uyarı göndermek için manyetik uyarılarla kısa olarak uyarılmasıdır (9).

➤ **Fototerapi:** Fototerapi kış karamsarlığında ve mevsimsel alevlenmelerle oluşan majör depresyon ya da distimi tedavisinde ilk kullanılan yöntemdir (28).

➤ **Psikofarmakoloji:** Depresyon ilaçları vücutta serotonin, norepinefrin ve dopaminin konsantrasyonunun artmasını etkiler. Antidepresan ilaçları; etkili oldukları, duygu durumu yükseltmeye başladığı dönemlerde bireyin enerjisinin artmasıyla intihar eğilimi artar, birey düzelmeye evresinde bu oran yüksektir. Hemşire özellikle bu dönemlerde daha dikkatli ve tedbirli olmalıdır (9).

2.8. Depresyonda Olan bireyin Hemşirelik Bakımı

Depresyonlu kişilerin tedavi ve bakımlar profesyonel bir ekiple yürütülmelidir. Bu ekipte hemşire ve ebeler vazgeçilmez sağlık elemanlarıdır (29).

Depresyon hastalarında en sık karşılaşılan hemşirelik tanuları:

- ✓ **Etkisiz Bireysel Baş etme:** İçsel veya çevresel stresörleri yönetemeyen ya da bu riski taşıyan bireylerde görülür. Bu bireylerde baş etmeyi tanımlamak için; bireyin etkisiz baş etme semptomları ve mekanizmaları ayrıca destek sistemleri değerlendirilir. Bireyin kendi bakımını üstlenebileceğini, etkili baş etme ve destekleri kullanabileceğini gözlenmesi önemlidir (30,31).
- ✓ **Ümitsizlik:** Problemleri çözmek için kendisinde güç ve kuvvet bulamayan bireylerde görülür. Bireyin ümitsizlik duygularını açıklaması, sınırlılıklarını tanıması ve kabul etmesi, pozitif düşünceleri benimsemesi ve iyimser duyguları ifade etmesi istenilen sonuca ulaşabileceğini ifade etmesi beklenir (30,31).
- ✓ **İntihar riski:** İntihar düşünce ve planlarını bilmek, kişinin kendine zarar verecek her türlü malzemeyi ortadan kaldırmak, açıkça duygularını ifade etmesi için cesaretlendirmek. Sonuç olarak; kendine zarar vermesi engellemiş olur, intihar düşüncelerini olmadığını belirtir (9).
- ✓ **Öz Bakım Yetersizliği:** Günlük aktiviteleri yerine getirmede güçsüzlük yaşar. Öz bakım için bireyin yaşı, kendine bakabilme kapasitesi, gerekli araç ve gereci kullanabilmesi için bireyin yeteneği, kapasitesi ve psikososyal durumu değerlendirilmesi gerekir. Sonuç olarak temizliğin önemini kavraması, kendi bakımının yetersizliğine neden olan durumları tanımlaması ve günlük aktivitelerini yapması beklenir (30,31).
- ✓ **Seksüel Örüntülerde Değişim:** Cinsel sağlığında bir değişim olan ya da bu riski taşıyan bireylerde görülen durumdur. Birey için cinselliğin ne anlam ifade ettiğinin ve cinsellikten beklentilerinin belirlenmesi gerekmektedir (30,31).
- ✓ **Seksüel Disfonksiyon:** Cinsel işlevlerinde yetersizlik ya da doyumsuzluk olarak düşünülen bir değişim olan ya da bu riski taşıyan bireylerde görülen durumdur. Bireyler, cinsel işlevleriyle ilgili problemlerini sözel olarak ifade edebilir, hastalık ya da tedavi ile cinsel performansın sınırlandığını bildirebilir (30,31).

2.9. Cinsel Yaşam

Cinsellik doğumla başlar ölümle son bulur. Cinsellik kişinin, bedensel ve ruhsal katılımıyla gerçekleştirdiği üreme ve doyuma yönelik yaşantıdır. Cinsellik, fiziksel, duygusal, entelektüel ve sosyal yönlerin kişiliği, iletişimi, evliliği güçlendirir ayrıca; aşkı zenginleştirici etkisi vardır. Bir kişinin diğerine çekici gelmesi, cinsel haz alma ve üremeyle ilgili bütün düşünce, davranış ve duyguları içerir. İnsanda normal cinsel fonksiyonun nörolojik, mental, vasküler ve endokrin sistemleri de kapsayan çok karmaşık bir yapısı vardır. Cinsellik kişilerin yaşamlarının olmazsa olmazıdır. Cinsellik insanların yaşamının merkezindedir (8,32).

2.10. Kadın Cinselliği

Kadınlarda cinselliğin anlam, fizyolojik ve deneyim süreçleri olarak erkeklerden farklıdır. Kadınların kendi vücutlarıyla ilgili durumları tüm toplumlarda erkeklerden daha zayıf ve olumsuzdur. Erkekler bedeninden nasıl haz alacağını küçük yaşta öğrenirken, kadınların büyük bir kısmı bu hazzı ömür boyu öğrenmeden yaşar, büyür, doğurur, yaşlanır ve ölürlür. Yapılan araştırmada toplumumuzda kadınlar üremeyle ilgili olguları bile çok bilmemektedir. Kadınlar adet, hamilelik, doğum ve bu süreçlerde cinsel yaklaşımların sonuçları üzerine çok az bilgiye sahiptirler. Kadınlar çoğunlukla cinselliği aşkı, sevgi, şefkat ve haz olarak algıladıkları için erkeklere oranla daha fazla cinsel doyum yaşarlar (33).

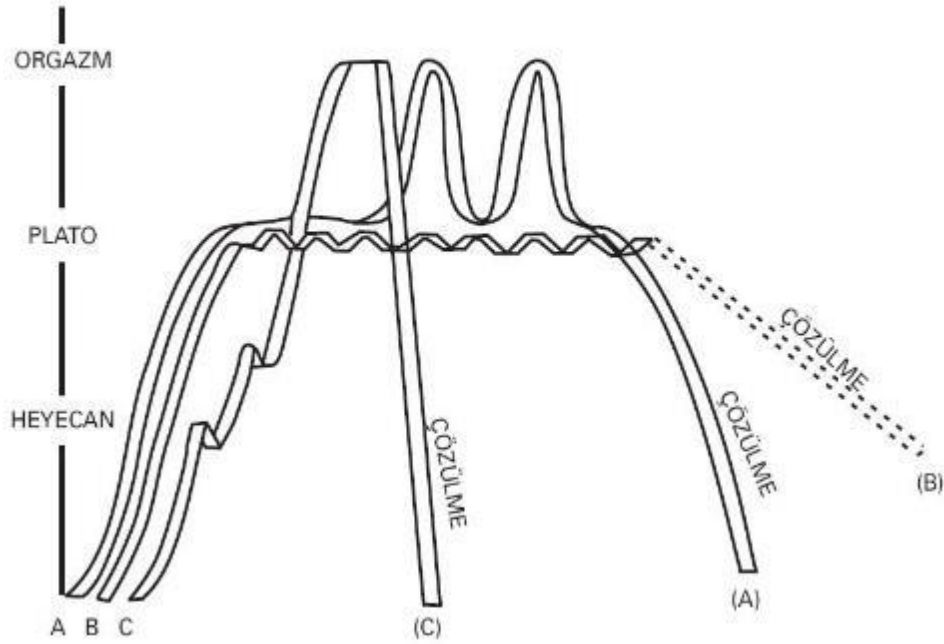
Kadınlarda cinsel döngü; psikolojik, fizyolojik ve çevresel etmenlerin birleşimiyle olur. Cinsel döngü beş evreden oluşur. Bu evreler; Cinsel istek evresi, Cinsel uyarılma evresi, Plato evresi, Orgazm evresi, çözülme evresidir (5).

- **Cinsel İstek Evresi:** Cinsel aktivite için erotik duygu ve düşüncelerin belirdiği, vajinal ıslanmanın olduğu ve heyecanın arttığı evredir. Bu evre kişinin istediği evredir. Bireyler bu evrede iletişim, ortam, fantezi ve partner ilişkileri gibi duygularını gerçekleştirmek için motivasyona ihtiyaçları vardır. Ayrıca bu evre hayal kurularaktan cinsel arzu artırılabilir. Bu evre döngünün en önemli evresidir (9,34-35).
- **Uyarılma Evresi:** Bu evrede vasküler, nörojenik, müsküler ve endokrin mekanizmalar sonucu cinsel uyarı meydana gelir. Bu evre parasempatik sinir sistemiyle oluşur. Bu evrede vajinal kayganlık, duvar genişlemesi klitoral ereksiyon ile vajinal lümeninde artış

ayrıca; taşikardi, hızlı nefes alma, kan basıncında ve vücut ısısında artış gözlenir. Bu uyarılma sırasın da bireye psikolojik veya fiziksel olarak uygun olmayan bir uyarıda bulunulmuşsa ya da cinsel uyarıya ara verilmişse bu evrenin uzun sürmesine neden olmaktadır (5,36-38).

- **Plato evresi:** Etkili cinsel uyarının devam etmesi ve cinsel heyecanın artmasıyla birlikte kadın ya da erkek, üçüncü evre olan plato evresine girer. Bu evrede deride daha fazla renk değişimi, memeler daha fazla şişme ve gerilim, vajina bölgesinde doğum yapmamış kadınlarda pembe den kırmızıya, doğum yapmışlarda ise kırmızıdan koyu kırmızıya döner. Bu evrede haz duygusu ve cinsel gerilim giderek yükselir ve kişinin orgazma geçebileceği noktaya kadar sürer. Uyarı ya da dürtü yetersizse ya da uyarı tümüyle sona erdiyse kişi orgazm rahatlamaya ulaşamayacak ve yavaş yavaş plato evresindeki gerilimin yerini çözülme evresi alacaktır (36,37).
- **Orgazm Evresi:** Orgazm kadınlar için en kısa evre olmasına rağmen, en yüksek haz duydukları ve en doyurucu evredir. Bu evrede kadında pelvis bölgesinde duyumsanan ve beyinde haz merkezince algılanan oldukça güçlü bir haz duygusu yaşanır. Kasılma ve takibinde giderek şiddeti azalan kasılmalar ile karakterizedir. Cinsel gerginliğin serbest bırakılması ve perinatal kasların ve üreme organlarının ritmik kasılmasıyla cinsel zevkin en üst seviyesi olarak tanımlanır. Bu kasılmaların şiddeti kişiye ve cinsel ilişkide yaşanan hazza göre değişebilir. Masters ve Johnson, orgazmı, cinsel uyarı sonucu oluşmuş olan vazokonstrüksiyon ve myotoninin rahatladığı birkaç saniye ile sınırlı evre olarak tanımlamışlardır (5,36,39,41).
- **Çözülme Evresi:** Cinsel yanıt sürecinin en son evresidir. Yaşanan cinsellik sonrasında orgazmı takiben, bütün kaslar gevşemeye ve eski haline döner. Bireyde genital organlarda kanın çekilmesi, rahatlama, mutluluk ve müsküler gevşeme gelişir. Ancak orgazmı gerçekleşmezse birey rahatlayamaz, kadınlarda cinsel uyarılmayla tekrar orgazmı olabilirler. Orgazmı sonrası beyindeki cinsel bölgelerde aktivite sürer. Kadınlarda refraktör dönemi olmadığı için çoğul orgazm olabilir. Kadınlar çözülme evresinin herhangi bir yerinde başka bir orgazm yaşayabilirler (5,9,30,39).

Şekil 1. Kadında Cinsel Yanıt Döngüsü



Kaynak: Şekil 1 42'nci kaynaktan alınmıştır (42).

Günümüzde cinsel döngü AFUD'un (American Foundation for Urologic Disease) 2000 yılında öngördüğü şekilde;

- Cinsel istek (sexual desire)
- Uyarılma (sexual arousal)
- Orgazm (orgasm)
- Çözülme (resolution), olarak yeniden sınıflandırılmıştır. Plato evresi kullanılmamaktadır (41,43).

L.Tiefer'in (2001), kadınların cinsel sorunlarında geliştirdiği sınıflama aşağıdaki şekildedir (44).

Sosyokültürel, politik, ekonomik etkenlere bağlı cinsel sorunlar:

- ✓ Yetersiz cinsel bilgi, sağlık hizmetlerine ulaşamama / diğer sosyal yetersizliklere bağlı ihmal ve kaygı (örnek doğum kontrolü, düşük, cinsel yolla bulaşan hastalıklar (CYBH)' dan korunma, tedavi, cinsel travma ve aile içi şiddetle ilgili yetersiz servis ve bilgi azlığı ve benzeri).

- ✓ Kadının kendisini kültürel normlara göre doğru veya ideal olarak algılamaması ve cinsellikten kaçınma ve huzursuzluk (örnek bedeni, cinsel cazibesi / deneyimleri veya deneyimsizliği ile ilgili kaygı / utanç veya kişinin kendi cinsel yönelimi / kimliği / cinsel fantezi ve isteğine bağlı olarak yaşadığı şaşkınlık / utanç).
- ✓ Yaşadığı toplumun geçerli egemen kültürüne denk düşmeyen ve onunla çatışan kendi alt kültür cinsel normların çatışmasına bağlı olarak yaşanan inhibisyon.
- ✓ Aile, iş sorumluluklarına, zamansızlığa bağlı ilgi azlığı, yorgunluk.

A. Eşinden veya ilişkisinden kaynak alan cinsel sorunlar:

- ✓ İhanet, sevmeme, korku, istismardan doğan sorunlar veya çiftin eşitsiz güç ilişkisi veya çiftin olumsuz iletişim kalıbından doğan kaçınma ile bağlantılı kaygı ve inhibisyon sorunları.
- ✓ Seçilen cinsel aktiviteler arasından veya cinsel aktiviteye istekle ilgili uyumsuzluk.
- ✓ Para, akrabalar, travmatik deneyim vs. konusunda çatışma sonucu cinsel ilgi azlığı.
- ✓ Eşinin genel sağlık sorunları veya cinsel sorun nedeniyle uyarılma zorluğu, kendini engelleme.

B. Psikolojik etkenlere bağlı cinsel sorunlar:

- ✓ Farklı nedenlerle cinsel hazdan korku, cinsellikten kaçınma, güvensizlik (Örnek; geçmişinde duygusal, cinsel, fiziksel istismar deneyimi; bağlanmakla ilgili genel kişilik sorunları, depresyon - kaygı ve benzeri).
- ✓ Cinsel eylemin olası bazı sonuçlarından korkarak kaçınma kendini engelleme (örnek; ağrı, gebelik, şerefini kaybetme, eş kaybetme ve benzer korkular).

C. Tıbbi etkenlerle olan cinsel sorunlar:

Destekleyici ve güvenli kişiler arası ilişki, yeterli cinsel bilgi, cinselliğe olumlu tutum olmasına karşın cinsel aktivitede ağrı / fizik yanıt yoksunluğu.

- ✓ Nörolojik, nörovasküler, endokrin gibi sistemlerde tıbbi sorunlar.
- ✓ Hamilelik, CYBH vb.
- ✓ İlaç tedavi yan etkisi.
- ✓ İlaçların yarattığı durumlar.

Cinsel istek kişinin cinselliğe ilgisini gösterir ve üç ayrı komponenti bulunur. Bunlar; dürtü, inanışlar/ değerler ve motivasyondur (45).

Rissel ve ark. (2003) tarafından 16-59 yaş aralığının da 9134 kadın ile Avustralya'da yaptığı araştırma sonucunda kadınların %54.8'inin cinsel istek bozukluğu olduğu ve 30-39 ve 50-59 yaş grubunda daha fazla görüldüğü bildirilmiştir (46).

2.11. Kadınlarda Cinsel Fonksiyon Bozuklukları

Cinsel yanıtların fizyolojik bir döngüsü vardır. Bunlar çeşitli biyolojik ve psikolojik durumların karşılıklı ve uyumlu bir etkileşimini gerektirir. Cinsel işlev bozukluğu(CİB) kişinin istediği cinsel ilişkiyi yaşamamasıdır (47,48).

Kadınlarda yaşla birlikte CİB sıklığı artan. Önemli bir sağlık sorunudur. Yaşın ilerlemesiyle birlikte artan kronik hastalıklar, kullanılan ilaçlar, periferik sinir iletimi, periferik kan akımı, östrojen azlığına bağlı perine kas gücünün azalması KCİB' na neden olan faktörler arasında sayılabilir (49).

CİB'na ilişkin çok sayıda araştırmalar yapılmış ve farklı sınıflandırmalar yapılmıştır. Bu anlayışlar arasından DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual and Mental 12 Disorder-Fourth Edition) sistemi temel alınmaktadır. Bu sınıflandırma sisteminden kalıcı ya da tekrarlayıcı, belirgin bir sıkıntıya ya da kişilerarası sorunlara neden olduğu takdirde CİB tanısı alırlar. Kadınlarda CİB genel olarak istek, uyarılma, orgazm ve tatminle ilgili bozukluklardır (43, 50,51).

2.12. Cinsel İşlev Bozukluklarının Sınıflandırılması

2.12.1. Cinsel İstek Bozuklukları:

Cinsel istek bozuklukları, cinsel istekte azalma bozukluğu ve cinsel tikslenme bozukluğu olarak iki başlık altında incelenmektedir.

Cinsel İstek Azalma Bozuklukları: Kişinin yaşadığı koşullar, hayat şartları, yaşı gibi nedenlerden ötürü sürekli ya da tekrarlayıcı olarak cinsel istek, fantezi ve cinsel etkinlikte bulunma isteğinin azalması veya yok olması olarak tanımlanır. Kadının cinsel eylemi hazırlama ve başlatmayla ilgili enerjisi kalmaz. Bundan dolayı kadının vajinal ıslanma, göğüslerde dikleşme gibi uyarılma evresine ait azalmış veya yok olunmuştur. Cinsel istek değerlendirilirken bütün etmenler değerlendirilmelidir; bedensel, sosyal, kültürel ve ruhsal pek çok etken rol oynadığı için önemlidir. Kadınlar erkeklere oranla cinsel istekte daha

kırılındırlar. Cinselliği yaşadıkları sırada yaşanan psikolojik etmenlerden etkilenirler. Cinsellekle ilgili sorunlar yaşandığında uyarılmanın diğer evrelerinde yaşanan sorunlardan daha ağırlıklı olarak kişinin ve partnerinin ilişki durumu gözden geğirilmeli (5). Cinsel istek bozukluğu tedavisinde sadece bireylerin cinsel sorularıyla değil, ruhsal sorunlarının tedavisinde deneyimli kişilerden destek alınması gerekebilir. Uzun yıllar cinsel isteği değerlendirme ölçütü ne olması gerektiği tartişılmıştır. Önceleri cinsel isteme sıklığı, orgazma ulaşan cinsel birliktelik sıklığı gibi ölçütler kullanılmıştır. Son dönemlerde ise, bireylerin mevcut cinsel etkinliği ve hedeflediği cinsel etkinliğin birlikte düşünülmesinin öneminden bahsedilmektedir (5,36,52,53).

Laumann ve ark. 1999 yılında Amerika'da 18-59 yaş arası 1749 kadın ile yaptıkları ęalıřmada azalmış cinsel istek prevalansı yüzde 22 olarak bulmuşlardır (54).

Cinsel Tiksinti Bozukluğu: Sürekli ya da tekrarlayıcı biçimde cinsel partnerle genital ilişki kurmaktan iğrenme ve bundan dolayı ilişkiden tamamen kaçınma ya da tamamen kaçınma olarak tanımlanır (5,55,58). Kadınlar eşiyle cinsel ilişki sırasında; kaygı, korku ve iğrenme yaşaması cinselliği engelleyen önemli bir olaydır. İğrenme genital salgılar, cinsel birleşme gibi belli bir yönde olabilir ya da öpme, dokunma, koklama gibi cinselliğin bütün alanlarında olabilir. Kadınlar azalan cinsel istek ve arzularını da cinsel tiksinti belirtilerini kullanarak kapatmaya ęalıřtıkları, cinsellikten tiksiniyormuş gibi yaparak ta cinsellikten uzak durmayı sağlayabilirler. Kadri ve ark. 2002 yılında Fas'da yaptıkları bir ęalıřmada cinsel tiksinti bozukluğunu yüzde 15 olarak bulunmuştur (56).

Nobre ve ark. 2006 yılında yaptıkları ęalıřmada CFB tanısı alanların yüzde 2.1'inin cinsel tiksinti bozukluğu tanısı aldığı bildirilmiştir (57).

2.12.2. Cinsel Uyarılma Bozukluğu:

Süregelen ya da yenileyici olarak, cinsel uyarılmanın yeterli bir ıslanma ve kabarma olmaması ya da cinsel olay bitene kadar bunu sürdürmeme olarak tanımlanır(5,56). Ülkemizde cinsel uyarılma bozukluğu, temelde eğitimin eksik olmasından kaynaklanmaktadır. Cinsel uyarma bozuklukları; cinsel teknikleri veya eşi uyarma yöntemlerinin iyi bilinmemesi ve ya deneyimin az olmasından dolayı ortaya ęıkmaktadır. Çoğu cinsel istekle ilişkiye başlayıp, uyarılmadığı için yakınan kadınların ilişki biçiminin, süresinin ve şeklinin uyarılmayı sağlama açısından yeterli olmadığı belirtilmektedir (5).

Cinsel uyarılma bozukluğu, kadının cinsellikten zevk almamasına, görev olarak kabul ettiği ve sadece eşini mutlu etmek amacıyla yapıldığında bu durum tatsız olmasına sebep olabilir (55,58).

Kadın cinselliği kendisi için istemeli, bunun için çaba göstermeli ve bunu sorumluluğunu almalıdır. Bütün alanlarda olduğu gibi cinsel uyarılma da çiftlerin ilişkisi ve iletişiminden etkilenmektedir. İlişki bundan ötürü bir bütün olarak ele alınmalıdır. Kadınlar ilişkide daha fazla uyarılmak istenir uyarı yeterli olmazsa ilişkiye girmek istemez ve ya girince zevk almaz. Bu şekilde hazır olmadan yaşanan cinsel birliktelikler sorunlara kalıcı olarak neden olur (5).

Yapılan araştırmalara göre kadınlarda cinsel uyarılma bozukluğu tüm cinsel yakınmalarla başvuran kadınlar arasında % 20-30 oranında saptanmıştır (5,55).

Ponhozer ve ark. 2005 yılında Avusturya'da yaptığı araştırmada cinsel uyarılma bozukluğunun %39, Richard ve ark. 2006 yılında Avustralya'da yaptığı çalışmada ise %31 olarak belirlemiştir (59,60).

Orgazm Bozukluğu: Orgazm Yunancada “şehvetli, heyecanlı” anlamına gelen orgasmus kelimesinden türemiştir. En kısa evre olmasına rağmen en fazla heyecan ve haz duyulan evredir. Orgazm bozukluğu kadınlarda yeterli bir cinsel uyarı ve uyarılma fazını takiben sürekli ya da tekrarlayıcı şekilde orgazm olmaması ve bu durum kişisel sıkıntıya neden olmasıdır. DSM-IV'e göre orgazm bozukluğu, normal cinsel uyarılma fazını takiben sürekli veya rekürren olarak orgazmda gecikme veya orgazm olamama durumu olarak tanımlanır. Bu durum ameliyatlar sonrası, travma veya hormonal yetmezlik sonucu ortaya çıkabilir. Cinsel eğitim ve deneyimin yetersizliği, cinsel tekniklerin bilinmemesi ve cinsel mitlerin yaygınlığı nedeni ile ülkemizde orgazm bozukluklarının yüksek oranlarda görüldüğünü söyleyebiliriz (5,43).

Orgazm, kadınlar arasında değişiklik göstermesine rağmen; orgazm öncesi ön sevişmenin yeterli olmaması ve klitoral uyarının yeterli yapılamaması da kişinin orgazm evresine ulaşması zorlaşır veya hiç olmaz (5,55,61).

Kadınların eşleriyle yaşadıkları duygusal sorunlar ve cinselliğin yaşandığı ortam kadar birçok etmen orgazm etkiler. Kadınların kendi istediği sevdiği kişilerle evlenemedikleri

toplumlarda yaşanan sorunlar orgazmla çok ilgili değildir. İstenmeyen biriyle birlikte olduğunda her türlü cinsel bozukluk yaşanabilir (5,55).

Orgazm olmama, gençlerde ve deneyimsiz kişilerde daha sık rastlanmaktadır. Türkiye’de ise orgazm olmama ile başvuran kişi sayısı çok azdır. Bu durumun sebebi olarak kadınların bu sorunun farkında olmamaları, partnerin mutlu olmasını yeterli bulma ve bu sorunla ilgili nereye başvuracağını bilmemesidir (5,61,62).

Öksüz ve Malhan’ın 2006 yılında Ankara’da yaptıkları araştırmada orgazm bozukluğu sıklığı yüzde 42.7 olarak bulunmuştur (63). Cayan ve ark. 2004 yılında Türkiye’de yaptıkları çalışmada ise yüzde 46 olarak bulunmuştur (53).

2.12.3. Cinsel Ağrı Bozukluğu

Disparoni: Kadınlarda görülen cinsel sorunlar içinde fiziksel nedenlerin sık rastlandığı bozukluktur. Disparoni; kadın cinsel organları ya da idrar yollarına ait enfeksiyon, genital bölgedeki ameliyat nedbeleri, doğum sırasında meydana gelen yırtılmalar, endometriyozis, alt karın bölgesinde bulunan tümörler ve aynı bölgeden geçirilen operasyonlar, radyasyon tedavileri, bağırsaklarla ilgili hastalıklar ve rahmin arkaya doğru dönük olması gibi birçok tıbbi soruna bağlı gelişebilir. Diğer cinsel sorunlara bağlı ya da psikolojik nedenlerle disparoni oluşabilir (5,54).

2011 yılında Tayvan’da yapılan bir çalışmada ağırlı cinsel ilişki sıklığı yüzde 39.5 olarak saptanmıştır (64). Cinsel Eğitim Tedavi Araştırma Derneğinin (CETAD) 2006 yılında yaptığı bir çalışmada cinsel birleşme sırasında ağrı yaşadıklarını söyleyen kadınların oranı yüzde 5.4 olarak bulunmuştur (5).

Vajinismus: Psikiyatrik sınıflandırma sistemi DSM-4’te vajinismus (Genel Tıbbi Bir Duruma Bağlı Olmayan) vajinanın dış kaslarının üçte birinde koitusu engelleyecek yineleyici bir biçimde ya da sürekli olarak istem dışı kasılma olması şeklinde tanımlanmaktadır (52).

2.12.4. Genel Tıbbi Bir Duruma Bağlı CİB

Psikiyatrik sınıflandırma sistemi DSM-4’te hastanın yakınma öyküsü, fizik muayene ya da laboratuvar bulgularından elde edilen verilerde CİB’nin genel tıbbi bir durumun

(depresyon, kanser, diyabet hastalığı gibi) doğrudan fizyolojik etkileri ile tam olarak açıklanabileceğine ilişkin kanıtların olduğu durumlarda bu kategori kullanılır (61).

2.12.5.Madde Kullanımına Bağlı CİB:

Bireyin cinsel yakınma öyküsü, tıbbi değerlendirme ve laboratuvar sonucuna göre tanı konur (52).

2.12.6.Başka Türü Adlandırılmayan CİB

Herhangi özgül bir CİB için tanı ölçütlerini karşılamayan CİB'yi sınıflandırmak için bu kategori kullanılır. Başka türlü adlandırılmayan CİB'ler içinde cinsel fobiler, cinsel doyum eksikliği, maskelenmiş bozukluklar yer almaktadır (59).

2.13.Kadınlarda Cinsel Yaşam Kalitesi

Kadınların kaliteli bir yaşam fonksiyonlarını yerine getirmedeki yeteneklerini ve yaşamdan algıladıkları fiziksel, ruhsal ve sosyal alanı ifade eder. DSÖ yaşam kalitesini: “Bireylerin içinde yaşadıkları kültür ve değerler sistemindeki kendi yaşam algılarıdır” şeklinde tanımlamıştır. Kaliteli bir cinsel yaşam; üreme ve cinsel fonksiyonları etkileyen hastalık ya da sakatlıkların olmaması, cinsel tepkileri baskılayan ve insan ilişkilerini olumsuz yönde etkileyen korku, utanç, suçluluk, yanlış inançların olmaması, sosyal ve kişisel etikle uyumlu üreme, cinsel davranışları kontrol edebilme ve bundan hoşnut olma durumu olarak tanımlanmaktadır (65,66).

Cinsel sağlıktaki bozulmalar öncelikle ruhsal sağlığın, arkasından aile sağlığı ve sosyal sağlığın bozulmasına neden olmakta ve insanların yaşam kalitesini düşürerek mutsuz etmektedir (52,67-69).

Kadınlarda cinsel sağlık; sadece gebelik, menopoz, yaşlılık ve hastalık durumu gibi özel durum ve dönemlerde değil sağlıklı kadında da cinsel yaşam kalitesi ele alınarak incelenmelidir (70,71).

2.13. Depresyon ve Cinsel Yaşam Kalitesi İlişkisi

Depresyon; bireylerde üzüntü, elem, keder vb. durumlara neden olduğu için, cinsel istekte azalma, partnerden etkilenme, yakın hissetme gibi durumlardan uzaklaşırlar daha çok içine kapanırlar. Ayrıca cinsiyet ayrımı, partneri tarafından şiddete maruz kalma kadınlarda zihinsel bozukluklara neden olur. Yapılan çalışmalar üreme ve cinsel şikâyetlere psikolojik hastalıklar arasında bir bağ olduğunu göstermektedir. Cinsel ilgi azlığı ve zevk almada azalma depresyon hastalarında belirgindir (72).

Antidepresan ilaç kullanımı cinsel ilişkiyi olumsuz yönde etkiler. Bu ilaçların çoğunun cinsel ilişki yönünde olumsuz yan etkileri bulunmaktadır. Bu nedenden dolayı hastaların cinsel yaşamdan memnuniyetini büyük ölçüde etkiler. Bireylerin tedaviyi yarım bırakmalarına neden olarak, depresyonun yenilenmesine sebebiyet verirler. Yan etkilerine bağlı olarak cinsel doyum ve yaşam kalitesinde de azalma olur (73).

Yapılan kontrolü çalışmalar, seçici serotonin geri alım önleyici ilaçları kullanan hastalarda %60'a varan oranlarda CİB olduğunu göstermektedir (74,75).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, depresyon nedeniyle ilaç tedavisi gören, evli ve cinsel yönden aktif olan kadınların cinsel yaşam kalitesi düzeylerini ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel nitelikte yapılmış bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi Psikiyatri polikliniğine Nisan-Haziran 2018 tarihleri arasında başvuran evli ve cinsel yönden aktif kadınlarda gerçekleştirilmiştir. Hastalarla görüşmeler birebir kapalı bir oda içerisinde yapılmıştır (Hasta mahremiyeti öncelikli verilmiştir.). Hastanede 3 adet poliklinik odasında 6 psikiyatri doktoru dönüşümlü olarak hizmet vermekte ve hastanenin yataklı servisi olmadığından dolayı poliklinikte hemşire bulunmamaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi psikiyatri polikliniğine son 6 ayda başvuran, depresyon tanısı almış, evli, cinsel yönden aktif ve en az 1 aydır antidepresan ilaç kullanan 928 hasta oluşturmuştur. Evren belli olduğu durumda örneklem hesaplama formülüne göre en az 207 hastanın örnekleme dâhil edilmesi gerektiği hesaplanmış, ancak kayıp veriler olabileceği için örneklem sayısının %10 fazlasının ele alınması düşünülmüş ve 228 hasta ile çalışma tamamlanmıştır.

Araştırma örnekleminin belirlenmesinde evrendeki birey sayısı bilindiğinde kullanılan formülden yararlanılmıştır.

$$n = N \cdot t^2 \cdot p \cdot q / d^2 \cdot (N-1) + t^2 \cdot pq$$

$$n = 928 \cdot (1,96)^2 \cdot (0,5) \cdot (0,5) / (0,05)^2 \cdot (928-1) + (1,96)^2 \cdot (0,5) \cdot (0,5) = 207$$

N: Evrendeki birey sayısı

n: Örneklem alınacak birey sayısı

p:incelenen olayın görülme boyutu

q:incelenen olayın görülmemeye boyutu

t:Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosundan bulunan teorik değer (%95 için t-tablo değeri=1.96'dır)

S:Araştırmada belirlenecek hızın olası standart sapması

3.4. Verilerin Toplanması

Çalışma öncesinde oluşturulan soru formu, örneklem grubuna benzer beş hastaya uygulanmış, anlaşılmayan ifadeler olup olmadığı değerlendirilmiş, anket formundaki tüm ifadelerin anlaşılır olması nedeniyle bir düzeltme yapılmamıştır. Araştırma verileri, tanımlayıcı veri toplama formu ve Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği Kadın Formu (CYKÖ-K) ile elde edilmiştir (Ek-1).

Tanımlayıcı veri formu, araştırmacılar tarafından ilgili literatür incelenerek oluşturulmuş sosyo demografik özelliklere ve depresyon tedavisi ve cinsel yaşama ilişkin soruların yer aldığı 15 soruluk bir anket formudur.

Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği CYKÖ-K, Türkçe güvenilirlik çalışması Tuğut ve Gölbaşı tarafından 2010 yılında yapılmıştır. Ölçek, '1=tamamen katılıyorum', '2=Büyük ölçüde katılıyorum', '3=kısmen katılıyorum', '4=kısmen katılmıyorum', '5=büyük ölçüde katılmıyorum', '6=hiç katılmıyorum' şeklinde altılı likert tipinde olup, 18 maddeden oluşmaktadır. Her bir maddenin son dört hafta içerisindeki cinsel yaşamı düşünülerek yanıtlanması beklenmektedir. Ölçeğin puanlamasında her soru 1-6 arasında puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek puan aralığı, 18-108 arasındadır. Toplam puan hesaplanmadan önce 1,5,9,13,18 numaralı maddelerin puanlarının tersine çevrilmesi gerekmektedir. Toplam ölçek puanının 100'e dönüştürülmesi için $(\text{ölçekten alınan ham puan}-18) \times 100 / 90$ formülünün kullanılması gerekmektedir. Ölçekten alınan puanın yüksek olması cinsel yaşam kalitesinin iyi olduğunu göstermektedir. Tuğut ve Gölbaşı'nın (2010) çalışmasında ölçeğin cronbach's alfa katsayısı ,83 olarak hesaplanmıştır (76).

3.5. Araştırmanın değişkenleri

Bağımlı değişken: CYKÖ puan ortalaması

Bağımsız değişkenler: Katılımcıların sosyo-demografik, depresyon tedavisi ve cinsel yaşama ilişkin özellikleri

3.6. Verilerin Analizi

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 22.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin tanımlayıcı istatistiklerinde ortalama, standart sapma, medyan en düşük, en yüksek, frekans ve oran değerleri kullanılmıştır. Değişkenlerin dağılımı Kolmogorov Simirnov test ile ölçülmüş, nicel verilerin analizinde Kruskal-Wallis, Anova ve T testi kullanılmıştır. Elde edilen bulgular %95 güven aralığında, %5 anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Araştırma, çalışmanın yapıldığı hastaneye başvuran kadınların verdikleri yanıtlar ile sınırlıdır. Çalışmanın tek bir hastanede yapılmış olması ve kadınların kendi bildirimlerine dayalı olması çalışmanın sınırlılıklarındadır.

3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri

Veri toplama işlemi öncesinde Okan Üniversitesi Etik Kurul Onayı (Ek-2) alınmıştır. Etik kurul onayı sonrasında, araştırmanın yapılacağı hastaneden gerekli izin alınmıştır (Ek-3). Araştırma kapsamına alınan kadınlara çalışmanın amacı hakkında bilgi verilerek çalışmaya katılmada gönüllük esası olduğu belirtilerek ve çalışma öncesinde yazılı onamları alınmıştır.

4. BULGULAR

Bu bölümde, araştırma probleminin çözümü için, araştırmaya katılan kadınların ölçekler yoluyla toplanan verilerin analizi sonucunda elde edilen bulgular yer almaktadır. Elde edilen bulgulara dayalı olarak açıklama ve yorumlar yapılmıştır.

Tablo 1. Katılımcıların Demografik Özelliklerine Göre Dağılımları

Değişkenler	Sayı (n)	Yüzde (%)	
Yaş grubu	23-35 yaş	68	29,8
	36-48 yaş	110	48,2
	49 yaş ve üzeri	50	21,9
Öğrenim durumu	İlköğretim	55	24,1
	Lise	92	40,4
	Üniversite	81	35,5
Çalışma durumu	Çalışıyor	120	52,6
	Çalışmıyor	108	47,4
Evlilik süresi	1-5 yıl	67	29,3
	6-10 yıl	57	25,0
	11 yıl ve üzeri	104	45,6
Gelir düzeyi	Düşük	49	21,5
	Orta ve üzeri	179	78,5
Çocuğu olma durumu	Var	170	74,6
	Yok	58	25,4
	Toplam	228	100,0

Araştırmaya katılan kadınların demografik özelliklerinin dağılımı Tablo 1’de gösterilmiştir. Kadınların %48,2’sinin 36-48 yaş yaş grubunda, %40,4’ünün lise mezunu ve %52,6’sının bir işte çalıştığı saptanmıştır. Kadınların %45,6’sı 11 yıl ve üzeri süredir evli, %78,5’i orta ve üzeri düzeyde gelire sahip ve %74,6’sı çocuk sahibidir.

Tablo 2. Katılımcıların Depresyon İlacı Kullanımı ve Cinsel Yaşamlarına İlişkin Yanıtlarının Dağılımları

Değişkenler	Sayı (n)	Yüzde (%)	
Depresyon ilacı kullanma süresi	6 aydan az	91	39,9
	7-12 ay	67	29,4
	13 ay ve üzeri	70	30,7
Depresyon ilacı kullanmadan önce cinsel yaşamla ilgili sorun olma durumu	Var	148	64,9
	Yok	80	35,1
Depresyon ilacı kullanmaya başladıktan sonra cinsel yaşamda değişiklik olma durumu	Olmadı	47	20,6
	Cinsel isteği arttı	4	1,8
	Cinsel isteği azaldı	177	77,6
Depresyon ilacı kullanmadan <u>önce</u> aylık cinsel birliktelik sıklığı	1-5 kez	46	20,2
	6-10 kez	121	53,1
	11 ve üzeri kez	61	26,8
Depresyon ilacı kullanmaya başladıktan <u>sonra</u> aylık cinsel birliktelik sıklığı	1-5 kez	103	45,2
	6-10 kez	108	47,4
	11 ve üzeri kez	17	7,5
Depresyon ilacı kullanmadan <u>önce</u> cinsel ilişkiyi başlatmayı kim teklif ettiği	Çoğunlukla erkek	101	44,3
	Çoğunlukla kadın	3	1,3
	Her iki eş ortak	124	54,4
Depresyon ilacı kullanmaya başladıktan <u>sonra</u> cinsel ilişkiyi başlatmayı kim teklif ettiği	Çoğunlukla erkek	168	73,7
	Çoğunlukla kadın	2	0,9
	Her iki eş ortak	58	25,4
Eşi ile ilişkisinin nasıl olduğu	İyi	84	36,8
	Orta	78	34,2
	Kötü	66	28,9
Kullandığı günlük ilaç dozu	10 mg	73	32,0
	20 mg	75	32,9
	30 mg ve üzeri	80	35,1
	Toplam	228	100,0

Araştırmaya katılan kadınların depresyon ilacı kullanımları ve cinsel yaşamlarına ilişkin yanıtlarının dağılımı Tablo 2’de gösterilmiştir. Kadınların %30,7’si 13 ay ve üzeri süredir depresyon ilacı kullandığını, %64,9’u depresyon ilacı kullanmadan önce cinsel yaşamla ilgili sorunu olduğunu ve %77,6’sı depresyon ilacı kullanmaya başladıktan sonra cinsel isteğinde azalma olduğunu belirtmiştir. Kadınların %53,1’i depresyon ilacı kullanmadan önce ayda 6-10 kez cinsel birliktelik yaşadığını belirtmiş, bu oran depresyon ilacı kullanmaya başladıktan sonra %47,4 olarak saptanmıştır. Kadınların %54,4’ü depresyon ilacı kullanmadan önce cinsel ilişkiyi başlatmayı her iki eşin ortak teklif ettiğini belirtmiş, depresyon ilacı kullanmaya başladıktan sonra bu oran %25,4’ gerilemiştir. Kadınların %28,9’u genel olarak eşi ile ilişkisinin kötü olduğunu belirtmiş, % 35,1’i günde 30mg ve üzeri ilaç kullandığını ifade etmiştir.

Tablo 3. Katılımcıların Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği (CYKÖ) Puan Ortalaması

	Ort	Ss	Min.	Max.
Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği	47,83	14,10	12	75

Katılımcıların Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği (CYKÖ) Puan Ortalaması Tablo 3’te gösterilmiştir. Kadınların CYKÖ puan ortalaması 47,83±14,10 olarak bulunmuştur.

Tablo 4. Katılımcıların Demografik Özelliklerine Göre CYKÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Değişkenler		n	Ort	SS	Test*	P
Yaş grubu	23-35 yaş ^a	68	50,49	15,21	F: 3,898	,022 a>b,c
	36-48 yaş ^b	110	45,19	13,65		
	49 yaş ve üzeri ^c	50	44,55	12,59		
Evlilik süresi	1-5 yıl	67	47,97	17,25	F: ,158	,856
	6-10 yıl	57	48,59	12,82		
	11 yıl ve üzeri	104	47,31	12,54		
Öğrenim durumu	İlköğretim	55	44,60	11,83	F: 1,960	,143
	Lise	92	49,16	13,64		
	Üniversite	81	48,50	15,75		
Çalışma durumu	Çalışıyor	120	49,94	14,94	t:2,410	,017
	Çalışmıyor	108	45,48	12,76		
Gelir durumu	Düşük	49	47,30	12,69	t: -,296	,767
	Orta ve üzeri	179	47,97	14,49		
Çocuğu olma durumu	Var	170	49,00	13,32	t: 2,172	,031
	Yok	58	44,38	15,78		

*t: t testi, F: One Way ANOVA testi

Katılımcıların demografik özelliklerine göre CYKÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4'te gösterilmiştir. Katılımcıların, evlilik süresi, öğrenim durumu ve gelir durumu ile CYKÖ puan ortalaması arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmazken ($p>0,05$); yaş grubu, çalışma durumu ve çocuğu olma durumu ile istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo 5. Katılımcıların Depresyon İlacı Kullanımına Göre CYKÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Değişkenler		n	Ort	SS	Test*	P
Ne kadar süredir depresyon ilacı kullandığı	6 aydan az ^a	91	51,03	15,50	F: 4,226	,016 a>b,c
	7-12 ay ^b	67	46,46	12,25		
	13 ay ve üzeri ^c	70	44,96	13,16		
Kullandığı günlük ilaç dozu	10 mg ^a	73	47,50	15,11	F: 9,916	,000 a>b,c
	20 mg ^b	75	42,97	11,96		
	30 mg ve üzeri ^c	80	42,68	13,52		

F:One Way ANOVA testi

Katılımcıların depresyon ilacı kullanımına göre CYKÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 5'te gösterilmiştir. Katılımcıların, depresyon ilacı kullanma süresi ve ilaç dozu ile CYKÖ puan ortalaması arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$).

Tablo 6. Katılımcıların Cinsel Yaşamlarına İlişkin Sorulara Verdikleri Yanıtlara Göre CYKÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Değişkenler		n	Ort	SS	Test*	P
Depresyon ilacı kullanmadan <u>önce</u> cinsel yaşamla ilgili sorun olma durumu	Var	148	44,96	12,45	t: -4,340	,000
	Yok	80	53,13	15,45		
Depresyon ilacı kullanmaya başladıktan <u>sonra</u> cinsel yaşamda değişiklik olma durumu	Olmadı	47	52,17	16,31	KW: 5,007	,082
	Arttı	4	48,88	7,48		
	Azaldı	177	46,65	13,39		
Depresyon ilacı kullanmadan <u>önce</u> ayda kaç kez cinsel birliktelik yaşadığı	1-5 kez ^a	46	42,80	11,79	F: 3,921	,021 c>a,b
	6-10 kez ^b	121	48,68	12,96		
	11 ve üzeri kez ^c	61	49,92	16,92		
Depresyon ilacı kullanmaya başladıktan <u>sonra</u> ayda kaç kez cinsel birliktelik yaşadığı	1-5 kez ^a	103	43,49	12,19	KW: 29,817	,000 c>a,b
	6-10 kez ^b	108	49,71	14,53		
	11 ve üzeri kez ^c	17	62,15	9,86		
Depresyon ilacı kullanmadan <u>önce</u> cinsel ilişkiyi başlatmayı kim teklif ettiği	Çoğunlukla erkek ^a	101	44,40	10,95	KW: 12,484	,002 c>a,b
	Çoğunlukla kadın ^b	3	48,14	5,48		
	Her iki eş ortak ^c	124	50,61	15,85		
Depresyon ilacı kullanmaya başladıktan <u>sonra</u> cinsel ilişkiyi başlatmayı kim teklif ettiği	Çoğunlukla erkek ^a	168	45,17	13,24	KW: 20,670	,000 c>a,b
	Çoğunlukla kadın ^b	2	51,11	3,14		
	Her iki eş ortak ^c	58	55,42	14,05		
Genel olarak eşi ile ilişkisinin nasıl olduğu	İyi ^a	84	55,41	13,74	F: 22,924	,000 a>b,c
	Orta ^b	78	43,44	14,14		
	Kötü ^c	66	43,36	7,99		

*KW: Kruskal Wallis test, t: t testi, F: One Way ANOVA testi

Katılımcıların cinsel yaşamlarına ilişkin sorulara verdikleri yanıtlara göre CYKÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 6'da gösterilmiştir. Katılımcıların depresyon ilacı kullanmaya başladıktan sonra cinsel yaşamda değişiklik olma durumu ile CYKÖ puan ortalaması arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmazken ($p>0,05$); depresyon ilacı kullanmadan önce cinsel yaşamla ilgili sorun olma durumu, depresyon ilacı kullanmadan önce ayda kaç kez cinsel birliktelik yaşadığı, depresyon ilacı kullanmaya başladıktan sonra ayda kaç kez cinsel birliktelik yaşadığı, depresyon ilacı kullanmadan önce cinsel ilişkiyi başlatmayı kimin teklif ettiği, depresyon ilacı kullanmaya başladıktan sonra cinsel ilişkiyi başlatmayı kimin teklif ettiği ve genel olarak eşi ile ilişkisinin nasıl olduğu ile CYKÖ puan ortalaması arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$).

Tablo 7. Kadınların Depresyon İlacı Kullanmadan Önce ve Depresyon İlacı Kullanmaya Başladıktan Sonra Aylık Cinsel İlişki Sayısının Karşılaştırması

Aylık Cinsel İlişki Sayısı	Ort	SS	Test*	P
Depresyon İlacı Kullanmadan Önce	8,91	3,45	t: 22,390	,000
Depresyon İlacı Kullandıktan Sonra	6,15	3,23		

*t: Paired sample t test

Kadınların depresyon ilacı kullanmadan önce ve depresyon ilacı kullanmaya başladıktan sonra aylık cinsel ilişki sayısının karşılaştırması Tablo 7'de gösterilmiştir. Kadınların depresyon ilacı kullanmadan önceki ve sonraki aylık cinsel ilişki sayı ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($p<0,01$).

5. TARTIŞMA

Bu bölümde, depresyon tedavisi gören kadınların CYKÖ puan ortalamasına etki eden faktörleri belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmadan elde edilen bulgular literatürden faydalanarak yorumlanmış ve tartışılmıştır.

Kadınların %30,7'si 13 ay ve üzeri süredir depresyon ilacı kullandığını, %64,9'u depresyon ilacı kullanmadan önce cinsel yaşamla ilgili sorunu olduğunu ve %77,6'sı depresyon ilacı kullanmaya başladıktan sonra cinsel isteğinde azalma olduğunu belirtmiştir (Tablo 2). Bu sonuçlar, hastaların antidepresan ilaç kullanımlarının yeni olduğunu, ilaç tedavisi öncesinde yarıdan fazlasının cinsel yaşam ile ilgili sorunu olduğunu, ilaç tedavisi sonrasında ise dörtte üçünün cinsel isteğinde azalma olduğunu göstermektedir. Çalışma bulgusu ile benzer şekilde, Zajecka ve ark.'nın (1997), antidepresan ilaç kullanan hastalarda yaptığı çalışmada, kadınların %57'sinde tedaviyi gerektirecek düzeyde cinsel işlev bozukluğu ortaya çıkmıştır (77). Bonierbale ve ark.'nın (2003), Fransa'da çeşitli antidepresanların cinsel işlev bozuklukları ile ilişkisinin incelendiği çalışmada, hastaların %74,2'sinde cinsel işlev bozukluğu saptanmıştır (78). Gülseren'in (2010) psikiyatrik hasta popülasyonunda cinsel işlev bozukluklarını saptamak amacıyla yaptığı çalışmada, hastaların %47,9'u ilaç kullanmaya başlamadan önce cinsel sorunlarının olduğunu bildirilmiştir (79). Genek Ülgen'in (2015), bir üniversite hastanesi psikiyatri polikliniğine başvuran ve antidepresan tedavi başlanan hastalarda cinsel işlev bozukluğu yaygınlığının incelenmesi amacıyla yaptığı çalışmasında, hastaların %69,5'inin tedavi öncesinde cinsel işlevlerinde bozulma olduğu saptanmıştır (42). Psikiyatrik hasta popülasyonunda ruhsal rahatsızlığın şiddeti, süresi ve yineleyici özelliğiyle değişmekle birlikte %25-75 oranlarında ilaç tedavisi öncesinde cinsel işlev bozukluğu varlığı bildirilmektedir (80-82).

Kadınların %53,1'i depresyon ilacı kullanmadan önce ayda 6-10 kez cinsel birliktelik yaşadığını belirtmiş, bu oran depresyon ilacı kullanmaya başladıktan sonra %47,4 olarak saptanmıştır. Kadınların %54,4'ü depresyon ilacı kullanmadan önce cinsel ilişkiyi başlatmayı her iki eşin ortak teklif ettiğini belirtmiş, depresyon ilacı kullanmaya başladıktan sonra bu oran %25,4' gerilemiştir. Kadınların %28,9'u genel olarak eşi ile ilişkisinin kötü olduğunu belirtmiştir (Tablo 2). Bu sonuçlar, depresyon tedavisinin kadınların cinsel yaşamlarında tedavi öncesine göre önemli değişikliklere neden olduğunu göstermektedir. Kadınların cinsel

ilişki sayısı belirgin şekilde azalmış, cinsel ilişki istediğinde eşlerin talebinin arttığı görülmüştür. Depresyonun cinsel ilgi ve istek kaybına neden olduğu bilinmektedir. Antidepresan ilaçların cinsel işlevler üzerinde önemli etkileri vardır. Antidepresanlar genel olarak cinsel işlevin bütün aşamalarını doza bağımlı olarak (istek, uyarılma, orgazm) olumsuz yönde etkileyebilmekle birlikte, esas olarak orgazm aşamasını etkilemektedirler. Kadınlarda orgazm olamama ya da daha zor orgazm olma sık karşılaşılan sorunlardır (83,84).

Depresyon tedavisi gören kadınların CYKÖ puan ortalaması $47,83 \pm 14,10$ olarak bulunmuştur (Tablo 3). Ölçekten alınabilecek en yüksek puanın 108 olduğu düşünüldüğünde, kadınların cinsel yaşam kalitelerinin orta değerinin altında olduğu söylenebilir. Literatürde farklı örneklem grubundan kadınların cinsel yaşam kalitelerini belirlemek amacıyla yapılmış çok sayıda çalışma bulgusu yer almaktadır. Turan'ın (2018) infertil kadınlarda cinsel distress ve cinsel yaşam kalitesini belirlemek için yaptığı çalışmada CYKÖ puan ortalaması $71,79 \pm 19,46$ olarak; Şahbaz Selimoğlu (2018) doğum sonu dönemde emziren kadınlarla yaptığı çalışmada ise CYKÖ puan ortalaması $60,43 \pm 10,70$ olarak bulunmuştur (85,86). Çoban'ın (2012), postpartum dönemdeki kadınlarda yaptığı çalışmada CYKÖ puan ortalaması $69,69 \pm 1,87$ olarak; Yaralı'nın (2013) çalışmasında, kadınların cinsel yaşam kalitesi toplam puanlarına ilişkin aritmetik ortalama değeri $68,51 \pm 21,63$ olarak; Başkan'ın (2015), inflamutuar barsak hastalığı olan kadınlarda yaptığı çalışmada CYKÖ puan ortalaması $55,41 \pm 2,54$ olarak saptanmış, Bu farklılığın örneklem gruplarının farklı olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir (48,87,88). Atay'ın (2017) infertil kadınlarda yaptığı çalışmada "cinsel yaşam kalitesi" düzeyi $89,736 \pm 9,898$ ve Mestoğulları'nın (2017), 18-49 yaş evli kadınlarla yaptığı çalışmada, CYKÖ puan ortalaması $74,2 \pm 21,0$ olarak bulunmuştur (89,90). Tüm bu çalışmada, kadınların cinsel yaşam kalitelerinin çalışma kapsamındaki kadınlardan daha iyi olduğu görülmektedir.

Katılımcıların, evlilik süresi, öğrenim durumu ve gelir durumu ile CYKÖ puan ortalaması arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p > 0,05$) (Tablo 4). Her ne kadar, uzun süren evlilikler ve maddi sıkıntıların cinsel yaşamı olumsuz etkileyeceği düşünülse de, çalışma bulgusundan böyle bir sonuç elde edilmemiştir. Çalışma bulgusu ile benzer şekilde, Selimoğlu Şahbaz'ın (2018), doğum sonu dönemde bebeğini emziren kadınlarda yaptığı çalışmada da, evlilik süresi ve öğrenim durumunun cinsel yaşam kalitesini etkilemediği saptanmamıştır ($p > 0,05$) (86). Değerli Kodaz'ın (2013) gebelerle yaptığı çalışmada ve Atay'ın (2017) infertil kadınlarda yaptığı çalışmada öğrenim durumunun cinsel

yaşam kalitesi üzerinde etkili olmadığı saptanmıştır (89,91). Çalışma bulgusundan farklı olarak, Gülseren'in (2010) psikiyatrik hasta popülasyonunda cinsel işlev bozukluklarını saptamak amacıyla yaptığı çalışmada, eğitim düzeyinin cinsel doyumu etkilediği belirlenmiştir (79). Çoban'ın (2012) postpartum dönemdeki kadınlarla yaptığı çalışmada öğrenim durumunun ve Yaralı'nın (2013) evli kadınlarda yaptığı çalışmada ise öğrenim durumu ve evlilik süresinin cinsel yaşamadığı etkilediği belirlenmiştir (48,87). Başkan'ın (2015) inflamutuar barsak hastalığı olan kadınlarda yaptığı çalışmasında, öğrenim düzeyi düşük olan kadınların ve Mestoğulları'nın (2017), 18-49 yaş evli kadınlarla yaptığı çalışmada, evlilik yılı fazla olanların cinsel yaşam kalitesinin daha düşük olduğu saptanmıştır (88,90).

Kadınların yaş grubu, çalışma durumu ve çocuğu olma durumu ile istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4). Genç yaş grubunda olan, çalışan ve çocuğu olan kadınların CYKÖ puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu sonuç, yaşın artması ile kadınların cinsellikten beklentilerinin azaldığı, çalışan ve çocuğu olan kadınların iş ve aile yaşantısındaki sorumlulukları nedeniyle günlük hayatta cinsel yaşam üzerine çok fazla odaklanmadıkları, cinsel hayatlarındaki sıkıntıları çok fazla dert etmedikleri şeklinde yorumlanmıştır. Çalışma bulgusu ile benzer şekilde Çoban'ın (2012) ve Yaralı'nın (2013) çalışmalarında yaşın ve çalışma durumunun cinsel yaşam kalitesinde etkili olduğu bulunmuştur (48,87). Gülseren'in (2010) psikiyatrik hasta popülasyonunda cinsel işlev bozukluklarını saptamak amacıyla yaptığı çalışmada, yaş arttıkça cinsel sorun sıklığının artma eğiliminde olduğu görülmüştür (79).

Katılımcıların, depresyon ilacı kullanma süreci ve ilaç dozu ile CYKÖ puan ortalaması arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 5). İlaç kullanım süresi ve ilaç dozu arttıkça CYKÖ puanlarının azaldığı görülmüştür. Çalışma bulgusu ile benzer şekilde, Gülseren'in (2010) psikiyatrik hasta popülasyonunda cinsel işlev bozukluklarını saptamak amacıyla yaptığı çalışmada, ilaç kullanım süresi ve ilaç dozunun cinsel ilişki sıklığı ve cinsel doyumu etkilediği belirlenmiştir. Süre ve doz arttıkça, sorunların görülme sıklığı da artmaktadır (79). Steinke ve ark'nın (2018) çalışmasında da, antidepresan ilaç dozu ile seksüel aktivite düzeyi arasında ilişki olduğu, ilaç dozu arttıkça seksüel aktivitenin azaldığı belirlenmiştir (92).

Kadınların depresyon ilacı kullanmaya başladıktan sonra cinsel yaşamda değişiklik olma durumu ile CYKÖ puan ortalaması arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 6). Bu sonuçta, örneklem grubunun homojen dağılım göstermemiş olmasının etkili olmuş olabileceği düşünülmektedir. İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte, cinsel isteğinin azaldığını belirtenlerin, cinsel yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu görülmektedir. Cinsel istediğinin azalması, cinselliğin bir kadınlık görevi olarak algılanarak, bu görevi yerine getirme davranışı olması cinsel yaşamı olumsuz etkileyecektir. Çalışmalarda, antidepresan tedaviye bağlı cinsel işlevlerde bozulma %96'lara kadar ulaşan oranlarda bildirilmektedir. Gerek depresyona, gerekse antidepresan tedaviye bağlı olarak cinsel yanıt döngüsünün tüm evrelerinde bozulma olduğu ve cinsel işlevler üzerindeki yan etkinin geç dönemde ortaya çıktığı bildirilmektedir. Tipik olarak önce ruhsal hastalık belirtilerinin gerilediği, daha sonra yan etkilerin ortaya çıktığı bildirilsede cinsel yan etkinin daha önce ortaya çıktığı ancak hastanın dikkatini geç çektiği, hastaların ruhsal hastalık belirtileri gerileyip cinsel istek düzeldikten sonra cinsel işlevleri konusunda endişelendikleri de bildirilmektedir. Hatta cinsel istek azalması gibi bir yan etkinin depresyonun kısmi olarak iyileşmesinden de kaynaklanabileceği ileri sürülmektedir (93-96).

Kadınların depresyon ilacı kullanmadan önce cinsel yaşamla ilgili sorun olma durumu, depresyon ilacı kullanmadan önce ayda kaç kez cinsel birliktelik yaşadığı, depresyon ilacı kullanmaya başladıktan sonra ayda kaç kez cinsel birliktelik yaşadığı, depresyon ilacı kullanmadan önce cinsel ilişkiyi başlatmayı kimin teklif ettiği, depresyon ilacı kullanmaya başladıktan sonra cinsel ilişkiyi başlatmayı kim teklif ettiği ve genel olarak eşi ile ilişkisinin nasıl olduğu ile CYKÖ puan ortalaması arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 6). Depresyon ilacı kullanmadan önce cinsel yaşam ile ilgili sorunu olmayan, ilaç kullanmadan önce ve ilaç kullanmaya başladıktan sonra ayda 11 kez ve üzeri cinsel birliktelik yaşayan, cinsel ilişkiyi başlatmayı her iki eşin ortak teklif ettiği ve eşi ile ilişkisi iyi olan kadınların CYKÖ puanlarının, diğerlerine göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Depresyon tedavisi öncesinde de cinsel yaşamı ile ilgili sorun yaşamayan kadınların cinsel yaşamlarının daha kaliteli olması beklendik bir sonuçtur. Tedavi öncesinde, cinsel yaşamında sorun olduğunu belirten hastaların, depresyon tedavisi sürecinde gerek ilaçların etkisi, gerekse ruhsal durumlarındaki etkilenme nedeniyle cinsel yaşamlarının olumsuz etkilenmesi beklenen bir durumdur. Yapılan çalışmalar, psikiyatrik hastalıkların doğrudan nörobiyolojik etkiyle ya da dolaylı yoldan sosyal ve kişilerarası ilişkilerde bozulmaya yol açarak cinsel işlevleri olumsuz etkileyebildiğini göstermiştir. Ruhsal

rahatsızlığın şiddeti, süresi ve yineleyici özelliğiyle değişmekle birlikte psikiyatrik hastalık tanısı olanların %25-75'inde ilaç tedavisi öncesinde cinsel işlev bozukluğu olduğu bildirilmiştir (92). Taiwan'da sağlıklı gönüllüler ve en az 3 aydır antidepresan tedavi gören hastalarda cinsel işlev farklılıklarının değerlendirildiği çalışmada, sağlıklı kadınların tedavi gören depresyondaki kadınlara oranla daha fazla cinsel istekleri olduğu bulunmuştur (93).

Kadınların depresyon ilacı kullanmadan önce ve depresyon ilacı kullanmaya başladıktan sonra aylık cinsel ilişki sayısının karşılaştırması Tablo 7'de gösterilmiştir. Kadınların depresyon ilacı kullanmadan önceki ve sonraki aylık cinsel ilişki sayı ortalaması arasında %95 güvenle, istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($p<0,01$) (Tablo 7). İlaç kullanımı sonrasında kadınların aylık cinsel ilişki sıklığında azalma olmuştur. Bu sonuç, depresyon tedavisi gören kadınların cinsel yaşamlarının etkilendiğini göstermektedir. Cinsel istek, depresyon ve depresif belirtilerden en sık etkilenen cinsel işlevdir. Yapılan çalışmalarda depresyondaki hastalarda ortalama % 42-52 oranlarında cinsel istekte azalma olduğu, bu oranların sağlıklı kontrollere göre 3-5 kat daha fazla olduğu bulunmuştur. Ayrıca, depresyon hastalarında sağlıklı kontrollere oranla cinsel zevk ve tatmin puanlarında anlamlı azalma saptanmıştır (74,97-99).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Depresyon nedeniyle ilaç tedavisi gören, evli ve cinsel yönden aktif olan kadınların cinsel yaşam kalitesi düzeylerini ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır.

- Kadınların %48,2'sinin 36-48 yaş yaş grubunda, %40,4'ünün lise mezunu ve %52,6'sının bir işte çalıştığı saptanmıştır. Kadınların %45,6'sı 11 yıl ve üzeri süredir evli, %78,5'i orta ve üzeri düzeyde gelire sahip ve %74,6'sı çocuk sahibidir (Tablo 1).
- Kadınların %30,7'si 13 ay ve üzeri süredir depresyon ilacı kullandığını, %64,9'u depresyon ilacı kullanmadan önce cinsel yaşamla ilgili sorunu olduğunu ve %77,6'sı depresyon ilacı kullanmaya başladıktan sonra cinsel isteğinde azalma olduğunu belirtmiştir (Tablo 2).
- Kadınların %53,1'i depresyon ilacı kullanmadan önce ayda 6-10 kez cinsel birliktelik yaşadığını belirtmiş, bu oran depresyon ilacı kullanmaya başladıktan sonra %47,4 olarak saptanmıştır (Tablo 2).
- Kadınların %54,4'ü depresyon ilacı kullanmadan önce cinsel ilişkiyi başlatmayı her iki eşin ortak teklif ettiğini belirtmiş, depresyon ilacı kullanmaya başladıktan sonra bu oran %25,4' gerilemiştir. Kadınların %28,9'u genel olarak eşi ile ilişkisinin kötü olduğunu belirtmiştir (Tablo 2).
- Kadınların CYKÖ puan ortalaması $47,83 \pm 14,10$ olarak bulunmuştur (Tablo 3).
- Kadınların, evlilik süresi, öğrenim durumu ve gelir durumu ile CYKÖ puan ortalaması arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır ($p > 0,05$) (Tablo 4).
- Kadınların, yaş grubu, çalışma durumu ve çocuğu olma durumu ile istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p < 0,05$) (Tablo 4)
- Kadınların, depresyon ilacı kullanma süreci ve ilaç dozu ile CYKÖ puan ortalaması arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır ($p < 0,05$) (Tablo 5).

- Kadınların depresyon ilacı kullanmaya başladıktan sonra cinsel yaşamda değişiklik olma durumu ile CYKÖ puan ortalaması arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 6).
- Kadınların depresyon ilacı kullanmadan önce cinsel yaşamla ilgili sorun olma durumu, depresyon ilacı kullanmadan önce ayda kaç kez cinsel birliktelik yaşadığı ve depresyon ilacı kullanmaya başladıktan sonra ayda kaç kez cinsel birliktelik yaşadığı ile CYKÖ puan ortalaması arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 6).
- Kadınların, depresyon ilacı kullanmadan önce cinsel ilişkiyi başlatmayı kim teklif ettiği, depresyon ilacı kullanmaya başladıktan sonra cinsel ilişkiyi başlatmayı kim teklif ettiği ve genel olarak eşi ile ilişkisinin nasıl olduğu ile CYKÖ puan ortalaması arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 6).
- Kadınların depresyon ilacı kullanmadan önceki ve sonraki aylık cinsel ilişki sayı ortalaması arasında %95 güvenle, istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($p<0,01$) (Tablo 7).

Bu sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur:

- Depresyon nedeniyle ilaç tedavisi başlanacak olan kadınların tedavi öncesinde cinsel yaşamlarının değerlendirilmesi, tedavi öncesinde cinsel yaşama ilişkin sorunların ele alınıp, gerekli tedavilerin planlanması,
- Antidepresan tedavi gören kadınların belirli aralıklarla (Örneğin üç ayda bir gibi) cinsel yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi, cinsel yaşamda ciddi sorun yaşadığını belirten kadınların doktorları ile işbirliği yapılarak, ilaç dozu ile ilgili planlamaların yapılması,
- Konsültasyon Liyezon Psikiyatri hemşirelerinin, tedavi sürecinde kadınların eşlerini de sürece dâhil etmesi, her iki eşin de tedavi sürecindeki beklenti ve sorunlarına yönelik planlamaların yapılması ve çiftlerin tedavinin bir parçası olarak sürece dahil etmesi,
- Daha büyük örneklem grupları ile, her iki eşinde ele alındığı çalışmaların yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Özgüven H, Baskak B. “Depresyon”, *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları*, Ankara Üniversitesi Basımevi, 2014,(s. 87-102).
2. Binbay Z. *Majör Depresyonu Olan Hastaların Birinci Dereceden Yakınlarında Depresyon Varlığının Araştırılması, Stresle Başa Çıkma Yöntemleri, Mizaç ve Karakter Özellikleri* (Tez), M.Ü. Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, 2011.
3. Kaya B, Kaya M. “1960’lardan günümüze depresyonun epidemiyolojisi, tarihsel bir bakış”, *Klinik Psikiyatri*, 2007, 10(Ek 6):3-10.
4. Ünsal A, Ayrancı Ü, Tozun M. “Batı Türkiye’nin kırsal bir kasabasında kadınlar arasında depresyon sıklığı ve sosyodemografik özelliklerle ilişkisi”, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2008, 9:148-155.
5. Cinsel eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği. Gençlik ve cinsellik, http://www.cetad.org.tr/CetadData/Book/32/269201116835bilgilendirme_dosyasi_5.pdf 10-11. 01.01.2012 (erişim tarihi: 13/03/2018)
6. Özaydın N, Akın A. “Kadın ve Şiddet”, *Sağlık ve Toplum Dergisi*, 1998, 8(3-4): 11-18.
7. Arat N. *Türkiye’de Kadın Olmak*, Say Yayınları, 1996, 2. Basım, İstanbul.
8. Güvel S. Kadın Cinsel Fonksiyonunun Epidemiyolojisi. Erkek ve Kadın Cinsel Sağlığı, Türk Androloji Derneği Yayını, İstanbul, 1. Basım, 2004, 615- 619. 2004.
9. Townsend MC. *Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğinin Temelleri Kanıta Dayalı Uygulama Bakım Kavramları*, (6. Baskı), Akademisyen Tıp Kitapevi,2016, 379
10. Köknel, Ö. *Depresyon. Ruhsal Çöküntü*. (2. Baskı), Altın Kitaplar, 1989.
11. Özyurt B, Deveci A. “Manisa’da kırsal bir bölgedeki 15-49 yaş evli kadınlarda depresif belirti yaygınlığı ve aile içi şiddetle ilişkisi”, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2011, 22(1):10-6.
12. Alçalar N. *Fiziksel Hastalıktaki Depresyonun Bilişsel Kuram Açısından Psikosoyal Depresyonla Karşılaştırılması* (Tez), İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı Doktora Tezi, 1999.
13. Öztürk O. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları* (6.Baskı). Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 1995.
14. Yazıcı, O. “Duygu Durum Bozuklukları.” E.Adam, R.Tükel & O.Yazıcı (Eds.), *Psikiyatri* (pp.79-95). İstanbul : İstanbul Tıp Fakültesi Basımevi, 1995.

15. Okyay P, Atasoylu G, Önde M, Dereboy Ç, Beşer E. “Kadınlarda yaşam kalitesi anksiyete ve depresyon belirtilerinin varlığında nasıl etkileniyor? Kesitsel bir alan çalışması”, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2012, 23(3):178-88.
16. Sloan DM, Kornstein SG. “Gender and Depression. Gender differences in depression and response to antidepressant treatment”, *Psychiatr Clin North Am*, 2003, 26(3):581-94.
17. Hudson CG. “Socioeconomic status and mental illness: Tests of the social causation and selection hypotheses”, *American Journal of Orthopsychiatry*, 2005, 75(1), 3-18.
18. LaPierre TA. “Marital Status and Depressive Symptoms Over Time: Age and Gender Variations”, *Family Relations*, 2009, 58: 404–416
19. Hakko H. “Seasonal variation in suicide occurrence in Finland”, *Acta Psychiatr Scand*, 1998, 98:92-97.
20. Kaya B. “Depresyon: Sosyo-ekonomik ve kültürel pencereden bakış”, *Klinik Psikiyatri*, 2007, 10(Ek 6):11-20.
21. Doğan O. “Depresyonun epidemiyolojisi”, *Duygudurum Dizisi*, 2000, 1:29-38.
22. Cimilli C. *Depresyonda sosyal ve kültürel etmenler. Duygu durumu bozuklukları- 4. Çizgi Tıp yayınevi*, 2001, 157-68.
23. Dökmen ZY. “Çalışma, Cinsiyet ve Cinsiyet Rollerini ile Ev İşleri ve Depresyon İlişkisi”; *Türk Psikoloji Dergisi*, 1997, 12(39):39-56.
24. American Psychiatric Association, DSM-5 Task Force. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™ (5th ed.). Arlington, VA, US: American Psychiatric Publishing, Inc. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596> (erişim: 01.04.2018)
25. Sadock BJ, Sadock VA. “*Kaplan and Sadock’s Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry*”. 10th Edition, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 2007.
26. Rupke SJ, Blecke D, Renfrow M.” Cognitive therapy for depression”, *American Family Physician*, 2007, 73(1),83-86. 406.
27. Köknal Ö. *Ruhsal Çöküntü: Depresyon*. 6. Baskı, Altın Kitaplar Yayınevi, 2005.
28. Karasu TB, Glanberg A, Merriam A, Wang P. “*Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder*”, American Psychiatric Association Practice Guidelines for the Treatment of Psychiatric Disorders, 2nd edition, 2006.

29. Teznel A. *Postpartum Depresyon Riskli Kadınlarda Bakım ve Eğitimin Depresyon Belirti Düzeyine Etkisinin Karşılaştırılması* (Tez), Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Doktora Tezi, 2003.
30. Carpenito L.J. *Hemşirelik Tanıları El Kitabı* 7. Baskı Çev. Firdevs Erdemir. Nobel Tıp Kitapevleri, 1999.
31. Timmins F, O'Shea J. "The Roper-Logan-Tierney (1996) model of nursing as a tool for professional development in education", *Nurse Educ Pract*, 2004, 4(3):159-167.
32. Eşel E. "İnsan Cinselliğinin Biyolojik ve Evrimsel Temelleri", *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 2006, 16:274-288.
33. Yüksel Ş, Cindoğlu D. "Kadın Cinselliği", Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği Bilgilendirme Dosyası-5, <http://www.cetad.org.tr/CetadData/Books/37/pdf-dosyasini-indirmek-icin-tiklayiniz.pdf> (erişim tarihi: 01.03.2018)
34. Tashbulatova D. *İnfertil Kadınlarda Cinsel Fonksiyonlara Etki Eden Faktörler* (Tez), Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Üroloji Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, 2007.
35. Acar Z. *Doğum Sonrası Dönemdeki Kadınların Cinsel İşlevleri ve Etkileyen Faktörler* (Tez) Hacettepe Üniversitesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği, Yüksek Lisans Tezi, 2008.
36. İncesu C. "Cinsel işlevler ve cinsel işlev bozuklukları", *Klinik Psikiyatri* 2004; Ek 3: 3-13.
37. Karakoyunlu FB. *Evli kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu görülme sıklığı* (Tez), Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, 2007.
38. TC. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü *Üreme Sağlığına Giriş Katılımcı Rehberi*, No:1, Ankara, 2005.
39. Colson MH, Lemaire A, Klein P. "Sexuality of Repartnered Men and Women in France: Sexual Behaviors, Perceptions, Expectations and Sexual Dysfunctions", *Advances in Sexual Medicine*, 2012, 2, 10-19.
40. Black DW, Andreasen NC. *Introductory Textbook of Psychiatry*, 5th edition, American Psychiatric Publishing, 2011.
41. Basson R, Berman J, Burnett A, Derogatis L, Ferguson D, Fourcroy J et al. "Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications", *J Urol*, 2000;163:888- 893.

42. Genek Ülgen M. *Bir Üniversite Hastanesi Psikiyatri Polikliniğine Başvuran Ve Antidepresan Tedavi Başlanan Hastalarda Cinsel İşlev Bozukluğu Yaygınlığının İncelenmesi* (Tez), Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi, 2015.
43. Bayram GO. *Histerektominin cinsel yaşam üzerine etkilerinin belirlenmesi* (Tez), İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, 2005.
44. Şahin D, Şimşek F, Seyisoğlu H. “Cinsel Yaşam ve Sorunları”, Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği Bilgilendirme Dosyası-1, <http://www.cetad.org.tr/CetadData/Books/37/pdf-dosyasini-indirmek-icin-tiklayiniz.pdf>.(erişim : 12/02/2018).
45. Aslan E. Poçan GA, Dolapçioğlu K, Savaş N, Bağış T. “Menopoz Sonrasındaki Cinsel Disfonksiyonun Hormonal Durum ve Sosyokültürel Faktörlerle Etkileşimi”, *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi*, 2008; 5(4):263-268.
46. Rissel CE, Richters J, Grulich AE, Visser RO, Smith A. “Sex in Australia: Selected characteristic of regular sexual relationships”, *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 2003, 27(2), 124-130.
47. World Health Organization. (WHO). (2010). Developing sexual health programmes. Erişim19.03.2016, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70501/1/WHO_RHR_HRP_10.22_eng.pdf
48. Çoban V. *Pospartum Dönemde Kadınların Cinsel Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Faktörler* (Tez), Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi 2012.
49. Gallicchio L, Schilling C, Tomic D, Miller SR, Zacur H, Flaws JA. “Correlates of sexual functioning among mid-life”, *Climacteric*, 2007, 10, 132-142.
50. Boyacıoğlu GS. “Kadın Cinsel İşlev Bozuklukları”, *Psikiyatri Dünyası*, 1999, 3(2): 54-59.
51. Srivastava R, Thakar R, Sultan A. “Female Sexual Dysfunction”, *Obstetrican and Gynecological Survey*, 2008, 63(8): 527-537.
52. Kulak H. *Cinsel İşlev Bozukluğu Görülen Kadınlarda Geçmiş Travmatik Deneyimler*, (Tez), İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Anabilim Dalı, Doktora Tezi, 2006.
53. Cayan S, Akbay E, Bozlu M, Canpolat B, Acar D, Ulusoy E. “The prevalance of female dysfunction and potential risk factors that may impair sexual function in Turkish women”, *Urologia Internationalis*, 2004, 72:52-57.

54. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. "Sexuel dysfunction in the United States: Prevalence and predictors", *The Journal American Medical Association*, 1999, 281: 537-544.
55. Alkan E. *Cinsel İşlev Bozuklukları ve Kişilerarası Tarz, Öfke, Kendilik Algısı* (Tez). Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Uygulamalı Psikoloji Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, 2008.
56. Kadri N, Mchichi Alami KH, McHakra Tahiri S. "Sexual disfunctions in women population based epidemiological study", *Archives Womens Mental Health*, 2002, 5:59-63.
57. Nobre PJ, Pinto Gouveria J, Gomes FA. "Prevalans and comorbidity of sexual disfunctions in a portuguese clinical sample". *Journal of Sex and Marital Therapy* 2006, 32:173-182.
58. Çelikkol A. *Ruhsal Bozukluklar Hakkında Kısa Bilgi*. [Http//www. Çelikkol.Org/ Cinsel.Htm](http://www.Çelikkol.Org/Cinsel.Htm), 22.4.2010.
59. Ponholzer A, Roehlich M, Racz U, Temml C, Madersbacher S. "Female Sexual Dysfunction in Healthy Austrian Cohort: Prevalence and risk factors", *European Urology*, 2005, 366-37.5.
60. Richard D, Catherine M, Christopher K, Lorraine D. "What can prenalence studies tell us about female sexual difficulty dysfunction", *The Journal of Sexual Medicine*, 2006, 3: 589-595.
61. Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği. Cinsel yaşam sorunları, [http://www.cetad.org.tr/doc/bilgilendirme dosyası 1.pdf](http://www.cetad.org.tr/doc/bilgilendirme_dosyası_1.pdf) , 06.09.2010.
62. Yaşar H, Özkan L, Tepeler A. "Kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluklarına güncel yaklaşım", *Klinik ve Deneysel Araştırmalar Dergisi*, 2010, 1(3):238-240.
63. Öksüz E, Malhan S. "Prevalence and risk faktors for female sexual dysfunction in turkish women", *The Journal Of Urology*, 2006, 175:654-658.
64. Sung Su, Jeng C, Lin, Yen. "Sexual health car efor women with dyspareunia", *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2011, 50: 268-2.
65. Kütmeç C. "Kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu ve hemşirelik bakımı", *Fırat Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2009, 12:112-130.
66. Güvel S, Culha F, Yasar F, Volkan S, Boyam F, Peşkirçioğlu L. "Hemşirelerde kadın cinsel fonksiyonları konusunda bilgi düzeyinin sorgulanması", *Androloji Bülteni*, 2005, 20: 82-83.

67. Gökyıldız, Ş. “Cinsel sağlığın geliştirilmesinde hemşirenin etkinliği nasıl sağlanır?”, *Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Hemşirelik Dergisi*, 2002: 49.
68. Bozdemir N, Özcan S. “Cinselliğe ve cinsel sağlığa genel bakış”, *Turkish Journal of Family Medicine And Primary Care.*, 2011, 37-46.
69. Pan American Health Organization. *World Health Organization. Promotion of Sexual Health Recommendations for Action*, 2000; 19-22.
70. Beştepe E. “Yaşlı kadınlarda cinsellik ve cinsel işlev bozuklukları”, *Geriatric ve Geriatrik Nöropsikiyatri Dergisi*; 2009;1(3):32-37
71. Ege E, Akın B, Yaralı Arslan S, Bilgili N. “Sağlıklı Kadınlarda Cinsel Fonksiyon Bozukluğu Sıklığı Ve Risk Faktörleri”, *TÜBAV Bilim Dergisi*, 2010, 3(1):137-144.
72. Patel V, Kirkwood B, Pednekar S, Weiss H, Mabey D. “Risk factors for common mental disorders in women”, *British Journal of Psychiatry*, 2006, 547-555.
73. Rosen RC, Lane RM, Menza M. “Effects of SSRIs on sexual function: A critical review”, *J Clin Psychopharmacol*, 1999;19:67-85.
74. Montejo A, Llorca G, Izquierdo J. et al. “Incidence of sexual dysfunction associated with antidepressant agents: A prospective multicenter study of 1022 outpatients”, *J Clin Psychiatry*, 2001;62:10-21.
75. Ashton AK, Rosen RC. “Accommodation to serotonin reuptake inhibitor-induced sexual dysfunction”, *J Sex Marital Ther*, 1998;24:191-192.
76. Tugut N, Gölbaşı Z.” Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın Türkçe versiyonunu geçerlik ve güvenilirlik çalışması” *Cumhuriyet Tıp dergisi*, 2010,32:172-180
77. Zajecka J, Mitchell S, Fawcett J. “Treatment-emergent changes in sexual function with selective serotonin reuptake inhibitors as measured with the Rush Sexual Inventory”, *Psychopharmacol Bull*, 1997, 33:755-760.
78. Bonierbale M, Lancon C, Tignol J. “The ELIXIR study: evaluation of sexual dysfunction in 4557 depressed patients in France”, *Curr Med Res Opin*, 2003, 19:114-124.
79. Gülseren G. *Psikiyatrik Hasta Popülasyonunda Cinsel İşlev Bozuklukları* (Tez). Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, 2010.
80. Laurent SM, Simons AD. “Sexual dysfunction in depression and anxiety: conceptualizing sexual dysfunction as part of an internalizing dimension”, *Clin Psychol Rev*, 2009, 29: 573-85.

81. Perlman MC, Martin L, Hirdes JP, Telegdi NC, Perez E, Rabinowitz T. “Prevalence and predictors of sexual dysfunction in psychiatric patients”, *Psychosomatics*, 2007; 48: 309-318.
82. Kennedy SH, Rizvi S. “Sexual dysfunction, depression, and the impact of antidepressants”, *J Clin Psychopharmacol*, 2009; 29: 157–164
83. Basson R, Schultz WW. “Sexual sequelae of general medical disorders”, *The Lancet*, 2007, 3; 369:409-424.
84. Kuloğlu M, Ekinçi O. “Yeni nesil antipsikotikler ve cinsel işlev bozukluğu”, *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 2008, 11:191-199.
85. Turan Y. *İnfertil Kadınlarda Cinsel Distres ve Cinsel Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi* (Tez), Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi, 2018.
86. Şahbaz Selimoğlu E. *Doğum Sonu Dönemde Emziren Kadınların Cinsel Yaşam Kalitesi* (Tez), Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, 2018.
87. Başkan B. *İnflamatuvar barsak hastalığı olan kadınlarda cinsel yaşam kalitesinin değerlendirilmesi* (Tez). Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, 2015.
88. Yaralı S. *Evli Kadınlarda Cinsel Fonksiyon Bozuklukları Ve Cinsel Yaşam Kalitesinin İncelenmesi* (Tez). Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, 2013.
89. Değerli Kodaz N. *Gebelikte Cinsel Yaşam Kalitesi Ve İlişkili Faktörler* (Tez). Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, 2013.
90. Mestoğulları E. *18-49 yaş arası üreme çağındaki evli kadınların cinsel fonksiyonlarından memnuniyet durumu, cinsel semptomları ve bu semptomların cinsel yaşam kalitesi üzerine etkisi* (Tez). Trakya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, 2017.
91. Atay Y. *İnfertilite Tedavisi Gören Kadınların cinsel Yaşam Kalitesi, İlişkilerindeki Mutluluk Düzeyi ve Etkileyen Faktörler* (Tez). Okan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, 2017.

92. Steinke EE, Mosack V, Hill TJ. "Depression, Quality of Life, Physical Activity, and the Impact of Drugs on Sexual Activity in a PopulationBased Sample, Ages 20–59 Years", *Issues in Mental Health Nursing*, 2018, 39:6, 527-532
93. Lee TI, Issac J, Lin SH, Yeh TL, Lee IH, Chen PS, Chen KC, Yang YK. "Gender difference in antidepressant-related sexual dysfunction in Taiwan", *Gen Hosp Psychiatry*, 2013, 35(4): 407-411.
94. Schweitzer I, Maguire K, Ng C. "Sexual side-effects of contemporary antidepressants: review", *Aust N Z J Psychiatry*, 2009, 43(9): 795-808.
95. Sidi H, Asmidar D, Hod R, Jaafar NR, Guan NC. "Hypoactive sexual desire among depressed female patients treated with selective serotonin reuptake inhibitors: a comparison between escitalopram and fluoxetine", *Int J Psychiatry Clin Pract*, 2012, 16(1): 41-7.
96. Bossini L, Fortini V, Casolaro I, Caterini C, Koukouna D, Cecchini F, Benbow J, Fagiolini A. "Sexual dysfunctions, psychiatric diseases and quality of life: A review", *Psychiatr Pol*, 2014, 48(4): 715-26
97. Kennedy SH, Rizvi S. "Sexual dysfunction, depression, and the impact of antidepressants", *J Clin Psychopharmacol*, 2009; 29: 157–164.
98. Cyranowski JM, Bromberger J, Youk A, Matthews K, Kravitz HM, Powell LH. "Lifetime depression history and sexual function in women at midlife", *Arch Sex Behav*, 2004; 33(6): 539-48.
99. Frohlich P, Meston C. "Sexual functioning and self-reported depressive symptoms among college women", *J Sex Res*, 2002; 39(4): 321-5.

EKLER

EK-1: Anket Formu

Bu çalışma, depresyon nedeniyle antidepresan ilaç kullanan, evli ve cinsel yönden aktif kadınların cinsel yaşam kalitesini ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmaktadır. Soruları cevaplama süresi yaklaşık 10 dakikadır. Her bir ifadeyi okuduktan sonra şıklarından birini işaretleyiniz. **Kimliğinizi belirtecek isim ya da işaret koymayınız.** Verdiğiniz bilgiler gizli tutulacaktır. Katılımınız ve ayırdığınız zaman için teşekkür ederim.

Alev EKEMEN
Okan Üniv.S.B.E.
Hemşirelik Ylisans Öğrencisi

A. Tanıtıcı özellikler

1. Yaşınız.....
2. Öğrenim durumunuz?
a) İlkokul b)Lise c) Üniversite ve üzeri
3. Çalışma durumunuz?
a) Çalışıyor b) Çalışmıyor
4. Kaç yıldır evlisiniz?
a) 1 yıldan az b) 1-5 yıl c)6-10 yıl d) 11 yıl ve üzeri
5. Gelir durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?
a) Düşük b) Orta c) Yüksek
6. Çocuğunuz var mı?
a) Evet b)Hayır
7. Ne kadar süredir depresyon ilacı kullanıyorsunuz?
a) 1-3 ay b) 4-6 ay c) 7-9 ay d) 10-12 ay e) 13 ay ve üzeri
8. Depresyon ilacı kullanmadan önce cinsel yaşamınızla ilgili herhangi bir sorunuz var mıydı?
a) Evet b) Hayır
9. Depresyon ilacı kullanmaya başladıktan sonra cinsel yaşamınızda bir değişiklik oldu mu?
a) Değişiklik olmadı c) Cinsel isteğim azaldı
b) Cinsel istediğim arttı d) Diğer.....

10. Depresyon ilacı kullanmadan önce ayda kaç kez cinsel birliktelik yaşıyordunuz?

.....

11. Depresyon ilacı kullanmaya başladıktan sonra ayda kaç kez cinsel birliktelik yaşıyordunuz?

.....

12. Depresyon ilacı kullanmadan önce cinsel yaşamınızda cinsel ilişkiyi başlatmayı kim teklif ediyordu?

() Çoğunlukla eşim

() Çoğunlukla ben

() Eşim ve ben birlikte ortak karar veriyoruz

13. Depresyon ilacı kullanmaya başladıktan sonra cinsel yaşamınızda cinsel ilişkiyi başlatmayı kim teklif ediyor?

() Çoğunlukla eşim

() Çoğunlukla ben

() Eşim ve ben birlikte ortak karar veriyoruz

14. Genel olarak eşinizle ilişkinizi nasıl değerlendirirsiniz?

() İyi () Orta () Kötü

15. Kullandığımız ilacın günlük dozu ne kadar?

() 10 mg/gün () 20 mg/gün () 30 mg/ gün () Diğer.....

EK III. Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği

1.Cinsel yaşamımı düşündüğümde, hayatımın eğlenceli /zevкли bir parçası olduğunu düşünüyorum

- () Tamamen katılıyorum () Büyük ölçüde katılıyorum () Kısmen katılıyorum
() Kısmen katılmıyorum () Büyük ölçüde katılmıyorum () Hiç katılmıyorum

2.Cinsel yaşamımı düşündüğümde, hayal kırıklığı hissediyorum

- () Tamamen katılıyorum () Büyük ölçüde katılıyorum () Kısmen katılıyorum
() Kısmen katılmıyorum () Büyük ölçüde katılmıyorum () Hiç katılmıyorum

3.Cinsel yaşamımı düşündüğümde, kendimi üzgün (depresif) hissediyorum

- () Tamamen katılıyorum () Büyük ölçüde katılıyorum () Kısmen katılıyorum
() Kısmen katılmıyorum () Büyük ölçüde katılmıyorum () Hiç katılmıyorum

4.Cinsel yaşamımı düşündüğümde, kendimi bir kadın olarak eksik hissediyorum

- () Tamamen katılıyorum () Büyük ölçüde katılıyorum () Kısmen katılıyorum
() Kısmen katılmıyorum () Büyük ölçüde katılmıyorum () Hiç katılmıyorum

5. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, kendimi iyi hissediyorum

- () Tamamen katılıyorum () Büyük ölçüde katılıyorum () Kısmen katılıyorum
() Kısmen katılmıyorum () Büyük ölçüde katılmıyorum () Hiç katılmıyorum

6. Cinsel bir eş olarak kendime güvenimi yitirdim

- () Tamamen katılıyorum () Büyük ölçüde katılıyorum () Kısmen katılıyorum
() Kısmen katılmıyorum () Büyük ölçüde katılmıyorum () Hiç katılmıyorum

7. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, sıkıntı hissediyorum

- () Tamamen katılıyorum () Büyük ölçüde katılıyorum () Kısmen katılıyorum
() Kısmen katılmıyorum () Büyük ölçüde katılmıyorum () Hiç katılmıyorum

8. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, kızgınlık hissediyorum

- () Tamamen katılıyorum () Büyük ölçüde katılıyorum () Kısmen katılıyorum
() Kısmen katılmıyorum () Büyük ölçüde katılmıyorum () Hiç katılmıyorum

9. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, eşime yakın olduğumu hissediyorum

- () Tamamen katılıyorum () Büyük ölçüde katılıyorum () Kısmen katılıyorum
() Kısmen katılmıyorum () Büyük ölçüde katılmıyorum () Hiç katılmıyorum

10. Cinsel yaşamımın geleceği hakkında endişeleniyorum

- () Tamamen katılıyorum () Büyük ölçüde katılıyorum () Kısmen katılıyorum
() Kısmen katılmıyorum () Büyük ölçüde katılmıyorum () Hiç katılmıyorum

11. Cinsel ilişkiden zevk almıyorum

- Tamamen katılıyorum Büyük ölçüde katılıyorum Kısmen katılıyorum
 Kısmen katılmıyorum Büyük ölçüde katılmıyorum Hiç katılmıyorum

12. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, utanıyorum

- Tamamen katılıyorum Büyük ölçüde katılıyorum Kısmen katılıyorum
 Kısmen katılmıyorum Büyük ölçüde katılmıyorum Hiç katılmıyorum

13. Cinsel konularla ilgili eşimle konuşabileceğimi düşünüyorum

- Tamamen katılıyorum Büyük ölçüde katılıyorum Kısmen katılıyorum
 Kısmen katılmıyorum Büyük ölçüde katılmıyorum Hiç katılmıyorum

14. Cinsel ilişkiden kaçınıyorum

- Tamamen katılıyorum Büyük ölçüde katılıyorum Kısmen katılıyorum
 Kısmen katılmıyorum Büyük ölçüde katılmıyorum Hiç katılmıyorum

15. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, suçluluk hissediyorum

- Tamamen katılıyorum Büyük ölçüde katılıyorum Kısmen katılıyorum
 Kısmen katılmıyorum Büyük ölçüde katılmıyorum Hiç katılmıyorum

16. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, eşimin rencide olmuş yada reddedilmiş hissetmesinden endişeleniyorum

- Tamamen katılıyorum Büyük ölçüde katılıyorum Kısmen katılıyorum
 Kısmen katılmıyorum Büyük ölçüde katılmıyorum Hiç katılmıyorum

17. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, bir şeyleri kaybetmiş gibi hissediyorum

- Tamamen katılıyorum Büyük ölçüde katılıyorum Kısmen katılıyorum
 Kısmen katılmıyorum Büyük ölçüde katılmıyorum Hiç katılmıyorum

18. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, cinsel ilişki sıklığından memnunum

- Tamamen katılıyorum Büyük ölçüde katılıyorum Kısmen katılıyorum
 Kısmen katılmıyorum Büyük ölçüde katılmıyorum Hiç katılmıyorum

EK-2: Etik Kurul Onayı

OKAN ÜNİVERSİTESİ Etik Kurul Kararı

Toplantı Tarihi: 19.02.2018

Toplantı Sayısı: 91

Toplantıya Katılanlar:

Prof. Dr. Mithat Kıyak	(Başkan)
Prof. Dr. Mazhar Semih Başkan	(Üye)
Prof. Dr. Dilek Öztürk	(Üye)
Prof. Dr. Dilek Şirvanlı Özen	(Üye)
Prof. Dr. Ali Tayfun Atay	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Nermin Bölükbaşı	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Nihat Özaydın	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Erdiñ Ünal	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Kerime Derya Beydağ	(Üye) (Katılmadı)


Okan Üniversitesi Etik Kurulu 19.02.2018 tarihinde Prof. Dr. Mithat Kıyak Başkanlığında toplandı.

Yapılan görüşmeler sonucunda;

Karar 5. Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü-Hemşirelik bölümünden **Alev EKEMEN**'in "**Depresyon Tedavisi Gören Evli Kadınlarda Cinsel Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Faktörler**" başlıklı çalışması için başvuru talebi uygun görülüp oy birliği ile onaylanmıştır.




Prof. Dr. Mithat Kıyak
(Başkan)



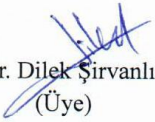
Prof. Dr. Mazhar Semih Başkan
(Üye)



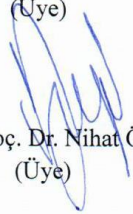
Prof. Dr. Dilek Öztürk
(Üye)



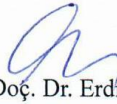
Prof. Dr. Ali Tayfun Atay
(Üye)




Prof. Dr. Dilek Şirvanlı Özen
(Üye)



Yrd. Doç. Dr. Nihat Özaydın
(Üye)



Yrd. Doç. Dr. Erdiñ Ünal
(Üye)



Yrd. Doç. Dr. Nermin Bölükbaşı
(Üye)

Yrd. Doç. Dr. Kerime Derya Beydağ
(Üye) (Katılmadı)

EK-4: Özgeçmiş

Adı	Alev	Soyadı	EKEMEN
Doğum Yeri	Muş	Doğum Tarihi	19.02.1986
Uyruğu	T.C	Telefon	
e-mail	alvekmn@hotmail.com		

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurum	Mezuniyet Yılı
Doktora		
Yüksek Lisans	Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü	2018
Lisans	Gümüşhane Üniversitesi	2014
Lise	Gül-Çetin Kaur Lisesi	2005

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre
Hemşire	S.B.Ü. İzmir Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi	Nisan 2018-Halen
Hemşire	S.B.Ü. İstanbul Haseki Eğitim Araştırma Hastanesi	2014-2018

Yabancı Diller

Yabancı Diller	Okuduğunu Anlama	Konuşma	Yazma	YDS Puanı	Diğer Puan
İngilizce	Orta	Orta	Orta	-	-

Bilgisayar Bilgisi: Microsoft Word, Microsoft Excel

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
Ales Puanı			

Yayınları/Tebliğleri/Sertifika ları/Ödülleri:

Özel İlgi Alanları: kitap okumak, gezmek, oğlum ve ailemle zaman geçirmek