T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

Tez Yöneticisi

Yrd. Doç. Dr. Hatice KAHYAOĞLU SÜT

18-49 YAŞ ARASI ÜREME ÇAĞINDAKİ EVLİ KADINLARIN CİNSEL FONKSİYONLARINDAN MEMNUNİYET DURUMU, CİNSEL SEMPTOMLARI VE BU SEMPTOMLARIN CİNSEL YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ

(Yüksek Lisans Tezi)

ELÇİN ZOBAR

Referans no:10087531

EDİRNE - 2017

T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

Tez Yöneticisi

Yrd. Doç. Dr. Hatice KAHYAOĞLU SÜT

18-49 YAŞ ARASI ÜREME ÇAĞINDAKİ EVLİ KADINLARIN CİNSEL FONKSİYONLARINDAN MEMNUNİYET DURUMU, CİNSEL SEMPTOMLARI VE BU SEMPTOMLARIN CİNSEL YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ

(Yüksek Lisans Tezi)

Elçin ZOBAR

Tez No:

EDİRNE-2017

T.C.

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ

Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürlüğü

ONAY

Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans programı çerçevesinde Yrd. Doç. Dr. Hatice KAHYAOĞLU SÜT danışmanlığında yüksek lisans öğrencisi Elçin ZOBAR tarafından tez başlığı "18-49 Yaş Arası Üreme Çağındaki Evli Kadınların Cinsel Fonksiyonlarından Memnuniyet Durumu, Cinsel Semptomları ve Bu Semptomların Cinsel Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi" olarak teslim edilen bu tezin tez savunma sınavı **20/10/2017** tarihinde **11:00** saatinde yapılarak aşağıdaki jüri üyeleri tarafından **"Yüksek Lisans Tezi"** olarak kabul edilmiştir.

İmza
Yrd. Doç. Dr. İlknur DİNDAR
JÜRİ BAŞKANI

İmza
Yrd. Doç. Dr. Seda CANGÖL SÖĞÜT
ÜYE

İmza
Yrd. Doç. Dr. Hatice KAHYAOĞLU SÜT
ÜYE (Danışman)

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Prof. Dr. Tammam SİPAHİ
Enstitü Müdürü v.

TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans eğitimim ve tez çalışmam süresince bilgisini, yardım ve desteğini esirgemeyen, beni sabırla ve anlayışla yönlendiren tez danışmanım değerli hocam Yrd. Doç. Dr. Hatice KAHYAOĞLU SÜT'e, verilerin analizinde destek aldığım Prof. Dr. Necdet Süt'e, tez çalışmamda yardımını esirgemeyen Arş. Gör. Burcu Küçükkaya'ya, eğitim hayatım boyunca katkıda bulunan tüm hocalarıma, veri toplama sürecinde araştırmaya katılmayı kabul eden tüm kadınlara, her zaman yanımda olan ve desteklerini esirgemeyen aileme ve eşime en içten dileklerimle teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ VE AMAÇ **1**
GENEL BİLGİLER **4**
CİNSELLİK **4**
KADIN CİNSEL ANATOMİSİ **7**
KADIN CİNSEL FONKSİYON FİZYOLOJİSİ **12**
KADIN CİNSEL FONKSİYON BOZUKLUKLARI **17**
CİNSEL FONKSİYON BOZUKLUKLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ, TANILANMASI, TEDAVİ SÜRECİ VE HEMŞİRENİN ROLÜ **29**
GEREÇ VE YÖNTEM **35**
BULGULAR **40**
TARTIŞMA **58**
SONUÇ VE ÖNERİLER **67**
ÖZET **70**
SUMMARY **72**
KAYNAKLAR **74**
ŞEKİLLER LİSTESİ **88**
TABLOLAR LİSTESİ **89**
ÖZGEÇMİŞ **90**
EKLER

SİMGE VE KISALTMALAR

ACYÖ: Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği

AFUD: American Foundation of Urologic Disease (Amerikan Ürolojik Hastalık Vakfı)

ANA: Amerikan Hemşireler Birliği

CETAD: Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği

CFB: Cinsel Fonksiyon Bozukluğu

CGRP: Calcitonin Gene Related Peptide (Kalsitonin Geni İlişkili Peptid)

DHEA: Dehidroepiandrosteron

DHEAS: Dehidroepiandrosteronsülfat

DHT: Dihidrotestosteron

DM: Diabetes Mellitus

DOE: Duyulara Odaklanma Egzersizi

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

KOB: Kadın Orgazm Bozukluğu

NANDA: Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Birliği (The North American Nursing Diagnosis Association)

NHSLS: National Health and Social Life Survey (Ulusal Sağlık ve Sosyal Yaşam Anketi)

NO: Nitrik Oksit

NOS: Nitrik Oksit Sentetaz

VIP: Vazointestinal Polipeptit

GİRİŞ VE AMAÇ

Cinsellik; cinsel bir varlık olarak bireyin bedensel, ruhsal, düşünsel ve toplumsal bütünlüğünü sağlayan; kişilik gelişimi, kişilerarası iletişim ve bireylerin birbirlerine karşı duyduğu sevgiyi olumlu yönde etkileyen sağlıklılık halidir (1,2). Cinsellik biyolojik, psikolojik, sosyoekonomik, kültürel, etik ve dini faktörlerin karşılıklı etkileşiminin sonucu olarak yaşanmaktadır. Cinsellik biyolojik boyut açısından üremeyi içermektedir. Psikolojik açıdan bireyin seçtiği kişi ile yoğun psikosomatik etkileşim sonucunda meydana gelen, iki insanı bir araya gelmeye motive eden öğrenilmiş bir davranış modelidir. Sosyal boyut açısından ise insanın toplumsal değer yargılarıyla kendini göstermesidir (3,4).

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu; birçok nedene bağlı olarak bireyin istediği halde cinsel ilişkiye girememesi ve cinsel fonksiyon döngüsünün istek, uyarılma ve orgazm evrelerinde meydana gelen fizyolojik değişimlerdeki aksamalardan kaynaklanan bozukluktur (5). Cinsel semptomlar yaşla birlikte artan, kadınların %30 ile %50'sini etkileyen bir sorun olup üreme çağındaki kadınlarda prevalansın oldukça yüksek olduğu bilinmektedir (6,7). Amerika'da yapılmış olan NHSLS (National Health and Social Life Survey-Ulusal Sağlık ve Sosyal Yaşam Araştırması) araştırmasına göre, 18-59 yaş arası 1.749 kadının %43'ünde bir veya birden çok cinsel semptom yaşadıkları bulunmuştur (8,9). Türkiye'nin farklı bölgelerinde yapılmış çalışmalara baktığımızda; Ege ve ark. kadınların %45,6'sının, Öksüz ve Malhan %48,3'ünde, Çayan ve ark. %46,9'unda ve Demir ve ark. %28,6'sında cinsel fonksiyon bozukluğu saptamıştır (10-13).

Cinsellik, kişilerin yaşamsal fonksiyonlarını sürdürmede zorunlu bir faktör olmayıp, yaşam kalitesini oluşturan faktörler arasında önemli yere sahiptir. Cinsel yaşam kalitesi, genel bir iyilik halinin olması ve cinsel memnuniyeti simgelemektedir (14,15). Cinsellik ve cinsel yaşam kalitesindeki değişim bireyin tüm yaşamını ve genel sağlığını etkilemektedir. Özellikle

ruhsal, duygusal ve cinsel ilişkileri içeren evlilik yaşamında çiftlerin mutluluğu ancak sağlıklı bir ilişki ve sağlıklı bir cinsel hayatla mümkün olmaktadır (8,16).

Toplumumuzda cinselliğin, ayıp-günah ve konuşulmaktan kaçınılması gereken bir konu olduğu düşünülmektedir. Ancak literatür incelendiğinde kadınların sağlık profesyonelleri içerisinde yer alan hemşireler tarafından cinselliğe dair soru sorulduğunda sorulara cevap vermeye ve cinsel yaşamdaki sorunlarına çözüm bulmaya hazır oldukları bildirilmektedir. Ancak, hemşirelerin önyargıları, cinsellik konusunda yeterli bilgiye sahip olmamaları, yanlış inançları, cinsellikle ilgili sorunu olan kadının tutum ve düşüncesi, hemşirenin eksik terminolojik bilgisi nedeniyle cinsel yaşamı değerlendirme ve tanılamada zorlandıkları görülmektedir (17,18). Amerikan Hemşireler Birliği (ANA) cinselliği hemşirelik bakımının ayrılmaz bir parçası olarak tanımlanmıştır. Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Birliği (The North American Nursing Diagnosis Association= NANDA); bilgi vermeyi, danışmanlık sunmayı, rehabilite etmeyi, yaşam kalitesini sağlamada önemli bir faktör olarak değerlendirmiş ve hemşirelerin bu durumu sağlamada kilit konumda olduğunu belirtmiştir (19,20). Hemşirelik bakımında holistik yaklaşım düşünüldüğünde cinsellik, hemşirelik bakımında üzerinde durulması gereken önemli bir noktadır. Cinsel fonksiyon bozukluklarının hemşirelik bakımında daha fazla yer alabilmesi için hemşirelik alanında cinsellikle ilgili araştırmaların sayısının artması gerektiği vurgulanmaktadır (17,21). Literatür incelendiğinde; hemşirelik alanında yapılan kadın ve erkeğe ait cinsellikle ilgili araştırmaların oldukça fazla olduğu görülmektedir. Ancak ülkemizdeki durumun ne olduğu yönünde net bir veri yoktur. Ülkemizde Kömürcü ve ark. yapmış olduğu literatür incelemesi çalışmasında; cinsellik çalışmalarının %59'unun araştırma makalesi şeklinde olduğu, çalışma sayısının son 5 yılda %65,4 oranında arttığını, çalışmaların %88,4'ünün tanımlayıcı tipte olduğu, araştırma makalelerinde cinselliğin %30,7 oranında cinsel eğitim ve cinsel tutum açısından incelendiği belirlenmiştir (17,21-25). Cinsellik alanında özellikle ülkemiz kadın sağlığı alanında çalışan sağlık profesyonellerinin ve hemşirelerin kadın cinselliği üzerine güncel araştırmalar planlaması gerekmektedir. Yapılacak güncel araştırmalarda sadece belirli bir hastalığa bağlı cinsel fonksiyonların değil, sağlıklı, evli, üreme çağı kadınlarının cinsel açıdan sağlıklı bir evlilik hayatı yaşamaları için cinsel fonksiyonlarının araştırılarak, cinsel memnuniyet durumunun, cinsel semptomların ve bu semptomların cinsel yaşam kalitesi üzerine etkisinin incelenmesi ve belirlenen problemlere yönelik eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin planlanmasının önemli olduğu düşünülmektedir.

Bu doğrultuda kesitsel tipte planlanan bu araştırmanın amacı; 18-49 yaş arası üreme çağındaki evli kadınların cinsel fonksiyonlarından memnuniyet durumu, cinsel semptomları ve bu semptomların cinsel yaşam kalitesi üzerine etkisinin incelenmesidir.

GENEL BİLGİLER

CİNSELLİK

Cinsellik doğum öncesi başlayıp bireyin yaşamı boyunca süren, duygu, düşünce davranış, kişilik özellikleri, dış görünüm ve içinde yaşanılan topluma göre değişen bir kavramdır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre cinsellik; cinsel bir varlık olarak bireyin bedensel, ruhsal, düşünsel ve toplumsal bütünlüğünü sağlayan; kişilik gelişimi, kişilerarası iletişim ve bireylerin birbirlerine karşı duyduğu sevgiyi olumlu yönde etkileyen sağlıklılık halidir. Cinsellik; insanın doğası gereği oluşan organik, normal, fiziksel ve emosyonel bir fonksiyondur. Sadece üreme anlamında ya da cinsel açıdan uyarılmış bireyde gerçekleşen davranış biçimi olduğu gibi bireyin kendi cinsel benliğini kabul etmesi, karşı cinse ilgi duyması, birliktelikten ve cinsellikten bedensel memnuniyetin yanında ruhsal olarakta memnuniyet elde etmesidir (26).

Toplumsal değer yargıları ve toplumun inandığı tabularla belirlenen cinsellik, biyolojik, psikolojik, sosyal faktörlerden etkilenen, cinsel memnuniyeti ve iki insanın birlikteliğini içeren özel bir duygu durumudur (1-4). Cinsellik biyolojik boyut açısından üremeyi içermektedir. Psikolojik boyut açısından cinsellik, bireyde duygusal paylaşımın yoğunluğu ile yakınlaşmayı beraberinde getiren, bireyin seçtiği kişi ile bireyin tasarladığı zamanda ya da erteleyerek cinsel fonksiyonu meydana getirmesidir. Üreme çağındaki kadının kişilik özellikleri, psikolojik durumu, inanç ve tutumları, duyguları, daha önceden yaşamış olduğu travmaları kadının cinselliğe psikolojik yaklaşımını belirler. Sosyal boyut açısından cinsellik, aile, yakın çevre, toplumsal yapı, inançlar ve gelenekler gibi toplumsal değer yargılarıyla kendini gösteren iki insanın birlikte olma durumudur (1,2,4).

Kültür ve toplumsal değer yargıları, özellikle kadın cinsel yaşamının oluşmasında ve sağlıklı bir şekilde devam ettirilmesinde önemli rol oynar (27,28). İçinde yaşanılan toplum ve toplumsal değer yargıları, kadının cinsel yaşamını sürekli kontrol altında tutmasına neden olur. Ataerkil toplumda yetişen kız çocukları bedenlerini ailesine ve evleneceği kişiye karşı titizlikle koruması gerektiğini düşünür. Karşı cinsle olan yaklaşmalarda tedirgin olur ve utanç duyar. Cinsel istek ve aktivitelerini kısıtlar. Erişkin olduktan sonra da cinsel arzularını bastırır. Böylece ataerkil toplumlarda kadının cinselliği denetlenmiş olur (29). Mert ve Özen'in çalışmasında; kadınların %86,2'sinin cinsel konuların aile içerisinde konuşulmaktan kaçınıldığı, %37,9'u ilk cinsellik ile ilgili bilgileri kız arkadaş aracılığıyla edindiği, %24,1'i sevgili veya eş aracılığıyla, %19'u aile tarafından, %18'i basın yayın yoluyla bilgilendiklerini ifade etmişlerdir. Mastürbasyon hakkındaki görüşleri sorulduğunda %44,8'i olağan-normal olarak ifade ederken, %25,9'u günah- ayıp olarak yorumlamıştır (30).

Dünya Cinsel Sağlık Birliği'nin (World Assocation for Sexual Health-WAS) 10-15 Temmuz 2005 yılında kabul ettiği Cinsel Haklar Bildirgesi'ne göre cinsellik her insanın kişiliğinin ayrılmaz bir parçasıdır. Cinselliğin tam olarak gelişimi mahremiyet, duygusal ifade, zevk, şefkat, aşk gibi temel insan ihtiyaçlarının doyumuna bağlı olduğu gibi birey ile sosyal yapılar arasındaki etkileşim aracılığıyla oluşur. Cinsellik bireysel, kişiler arası ve toplumsal iyilik için temel gereksinimlerden biridir. Cinsel haklar; özgürlüğe, insan onuruna ve her bireyin eşitliğine dayalı evrensel bir insan hakkıdır. Cinsellik, cinsel hakların tanındığı, saygı duyulduğu ve uygulandığı ortamlarda mümkündür (31).

Cinsellik İle İlgili Kavramlar

Cinsiyet: İnsanoğlunu dişi ya da erkek olduğunu belirten biyolojik, anatomik, genetik ve fiziksel özelliklerin bütününe denir (2,4,32).

Toplumsal cinsiyet: Kadın ve erkeklerin toplum tarafından belirlenen rol ve sorumluluklarını ifade etme biçimidir (2,4,32).

Cinsel kimlik: Bireyin kendi bedenini ve cinsel benliğini kız, erkek ya da her iki cinsiyette algılama durumudur. Cinsel kimlik, fiziksel, biyolojik, zihinsel, psikolojik ve sosyal davranışların etkileşimi ile gelişir. Oral, anal ve fallik dönem çocukluk döneminde cinsel kimliğin belirlenmesinde önemli rol oynar. Çocuk cinsel kimliğinin belirlendiği dönemde kendine rol model olarak algıladığı kişi ile özdeşmeye ve davranışlarını ona benzetmeye çalışır.

Bu dönemde sağlıklı cinsel kimlik gelişimi gösteren çocuk üreme çağında sağlıklı bir cinsel yaşam sürdürür (2,4).

Cinsel yönelim: Bireyin duygu, cinsel istek ve davranışların belli bir cinse yönelimidir. Cinsel yönelim kişinin cinsel çekim duyduğu cinsiyete göre;

Heteroseksüel: Kişinin karşı cinsiyete cinsel ilgi duymasıdır (2,4).

Homoseksüel (eşcinsel): Kişinin kendi cinsiyetine cinsel ilgi duymasıdır (2,4).

Biseksüel olma: Kişinin her iki cinsiyetten olanlara cinsel ilgi duymasıdır (2,4).

Travesti olma: Bireyin sahip olduğu cinsiyetten farklı olarak diğer cinsiyete karşı özgü davranış ve giyimi örnek alma durumudur (2,4).

Transseksüel olma: Sahip olunan cinsiyetin karşı cinsiyette olması gerektiğine ruhsal ve bedensel inanma durumudur (2,4).

Cinsel rol: Toplum içinde bireyin kendini erkek gibi görüp davranışlarını erkeksi bir görünümde sergilemesidir. Ancak cinsel rol cinsel kimlik ile uyumlu olabildiği gibi ters yönde de görülebilir (4).

Cinsel Memnuniyet

Cinsel yaşam kalitesinin önemli bir bileşeni olan cinsel memnuniyet, bireyin cinsel ilişkiden memnun olup olmaması ve cinsellikten alınan keyif düzeyi olarak tanımlanmaktadır. Bireyin cinsel ilişkisi ile bağlantılı pozitif veya negatif tutumlarının subjektif olarak değerlendirmesiyle algıladığı, duygusal durum cinsel yaşam memnuniyetinin çerçevesini oluşturmaktadır (33,34).

Cinsel yaşam memnuniyeti çok boyutludur ve birden çok faktörden etkilenmektedir. Kadının yaşı, cinsiyeti, yaşam koşulları, cinsel deneyimleri, travmalar, toplumsal ilişkileri, içinde bulunduğu kültür cinsel memnuniyette bireysel farklılıkların oluşmasına neden olur (33,34).

Cinsel uyumluluk çiftler arasında cinsel memnuniyeti sağlamaktadır ve cinsel memnuniyet beraberinde evlilik memnuniyeti meydana getirmektedir. Huston ve ark. yaptığı çalışmada mutlu evliliği olan kadınların cinsel açıdan memnun olduğu, evliliklerinden memnun olmayan kadınların orgazm olma oranının % 35, vajinal lubrikasyon %68,1 ve disparoni oranının ise %30,1 olduğunu belirlemişlerdir (35,36). Öksüz ve ark. sağlıklı evli kadınlarda yaptığı çalışmada cinsel yaşam memnuniyetini %78,8 ve orgazm sıklığını %65,1 olarak tespit etmişlerdir (37). İran'da 140 evli kadın ile yapılan bir çalışmada kadınların %56,4' ünün cinsel yaşamlarından memnun olduğu tespit edilmiştir (38). Orta yaşlı ve yaşlı 2109 kadın üzerinde

yapılan çalışmada düzenli cinsel aktivitenin; genç yaş, yüksek gelir, alkol kullanımı öyküsü ve düşük vücut kitle indeksi ilişkili olduğu tespit edilmiş olup cinsel memnuniyetin ise ırk ve düşük vücut kitle indeksi ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Aynı çalışmada cinsel problemlerin yaşam kalitesi düşük olan kişilerde görüldüğü tespit edilmiştir (39). Herhangi bir cinsel fonksiyon bozukluğu olmadığı halde kadınlarda depresyon ve anksiyete sonucunda cinsel memnuniyetsizlik oluşabilir (40,41).

Cinsel Yaşam Kalitesi

Cinsel yaşam kalitesi, kadın cinsel fonksiyonunda genel bir iyilik halinin olması ve cinsel fonksiyondan memnuniyet olarak tanımlanmaktadır. Cinsellik, kişilerin yaşamsal fonksiyonlarını sürdürmede zorunlu bir faktör olmayıp, yaşam kalitesini oluşturan faktörler arasında önemli yere sahiptir. Cinsel yaşam kalitesi, genel bir iyilik halinin olması ve cinsel memnuniyeti simgelemektedir (14,15). Kişinin fiziksel fonksiyonları, psikolojik durumu, aile içindeki ve dışındaki sosyal ilişkileri, çevresel etkenler ve inançlar üreme çağındaki kadının cinsel yaşam kalitesini etkilemektedir. Cinsel yaşam kalitesini etkileyen fiziksel faktörler, kişinin vücudundaki değişikliklerle ilgilidir. Cinsel aktivite ve bu aktivite sırasında alınan keyif ve doyum, vücut imajı, özgüven, cinsellik bilgisi, cinsel yönelim ve cinsel eş tercihleri cinsel yaşam kalitesini etkileyen psikolojik faktörlerdir. Irk, evli olma durumu, yaşam içerisindeki sosyal statü, sosyal destek grupları, aile, meslek ve eğitim düzeyi, aile planlaması bilinci ise cinsel yaşam kalitesi üzerinde etki oluşturan sosyo-kültürel faktörler arasında yer almaktadır. Ayrıca kronik hastalıklar, geçirilmiş operasyonlar, aile içi sorunlar bireyin cinsel yaşam kalitesi üzerinde etkiye sahip faktörler arasında yer almaktadır (42-44).

KADIN CİNSEL ANATOMİSİ

Kadın genital organları pelvik boşluğa yerleşmiş, iç üreme organları ve dış üreme organları olarak iki bölümde incelenmektedir. Vulva olarak adlandırılan dış üreme organları mons pubis, labia major, labia minor, klitoris ve vestibuldan oluşmaktadır. Overler, fallop tüpleri, uterus ve vajina da iç genital organları oluşturmaktadır (45,46).

Dış Genital Organlar

Vulva veya *pudendum femininum* kadın dış genital organlarının hepsine birden verilen isimidir. Vulva önde *simfizis pubis* arkada anal sfinkter ve yanlarda *tuber iskiadikumlardan* oluşur (45-47).

Mons pubis: *Simfizis pubisin* üzerinde yer alan, yağ dokusu ve gevşek bağ dokusundan oluşan kıllarla kaplı kısımdır. Pubertde pubes adı verilen kıllarla örtülür. Pelvis kemiğini korur (45-48).

Labia majörler: Labia major, vajinanın her iki yanına yerleşmiş, şekli ve büyüklüğü gelişim dönemlerinde değişkenlik gösteren, yağlı bağ dokudan oluşan ve pubertede üstü kıllarla kaplanan *mons pubisden* perineye kadar uzunlamasına seyreden iki deri kıvrımıdır. Dış yüzü pigmentli olup kıl ile örtülü olan labia majörlerin iç yüzü düzdür. Vajinal açıklık, üretral açıklık ve labia minörleri korurlar. Labiumların arkasında gerçek bir birleşme olmayıp perine derisi ile devam eder. Labia majörler erkek cinsel organlarından skrotumun karşılığını oluştururlar (45-48).

Labia minörler: Labia minör, labia majörlerin iç tarafına yerleşmiş, elastik cilt yapılı, büyüklük ve görünümleri kişiden kişiye değişen, iç yapısı vajinal mukoza ile devam eden kılsız yapılardır. Cinsel uyarılma ve orgazmda önemli rol oynar (45-48).

Himen: Vajina girişini kısmen kapatan ve vestibuldan ayıran, şekli ve büyüklüğü kadınlarda değişiklik gösteren ince mukoza yapısında bir oluşumdur. Gerildiği zaman en çok görülen şekil halka olup ortada küçük bir delik vardır *(himen anularis)*. Ayrıca yarımay şeklinde *(himen semilunaris)*, elek gibi delikli *(himen cribriformis)*, bazen de vajinanın alt ucunu tamamen kapatan şekilde *(himen imperforata)* şeklinde olabilir. Himen yırtıldığı zaman geriye kalan küçük ve yuvarlak mukoza kalıntılarına *caranculae himenales* denir (46).

Klitoris: Klitoris üretral meatusun üstünde ters v şeklinde yerleşmiş olup erektil bir organdır. Klitoris erkekte penisin karşılığıdır. Embriyolojik gelişim döneminde 3. aydan itibaren genital tüberkül kızlarda klitorisi, erkeklerde penisi oluşturur. Klitoris glans, korpus ve krura *(korpora kavernosa)* adı verilen 3 bölümden oluşur. Klitoris cinsel ilişki sırasında cinsel uyarıyı arttırarak gövdesinde bulunan süngerimsi yapıların kanla dolmasını sağlayarak orgazmı

sağlamaktadır. Ayrıca cinsel ilişki sırasında klitoral gövdenin kanla dolup şişmesi sonucunda üretral meatus kapanarak bakterilerin üretraya girişini engellemektir (45,46,48).

Bulbus vestibüli: Labia minör derisinin hemen altında bulunan, *bulbokavernöz* kasla örtülü, vajinal açıklığın her iki yanında yer alan, erkeklerdeki *korpus spongiyozumun* karşılığı olan yaklaşık 3'er cm'lik yapılardır. Bu kaslar, erektil vestibüler bulbusa venöz kaynak oluşturulmasında yardımcı olur. Cinsel istek evresinde kanla dolarak vajinanın girişini daraltır ve cinsel ilişki sırasında penisi sıkar (45,46).

Bartholin bezi *(Glandula vestibularis majör)*: Vajinal açıklığın her iki yanında bulunan genellikle yuvarlak, kırmızımsı ya da sarı renkte olan, erkeklerdeki cowper bezlerine eş değer olan genital bezlerdir. *Bartholin bezleri* cinsel ilişki esnasında vajinal lubrikasyonu sağlayan sıvı salgılarlar (45,46).

Skene bezi *(Glandulae paraurethrales)*: Kadınlarda üretranın yanlarında yer alan, erkeklerde prostat bezine eş değer olan genital bezlerdir. Skene bezleri cinsel ilişki sırasında genişler ve salgılama fonksiyonu artar. Böylece vajina etrafındaki salgıların bir kısmını oluşturarak vajinal lubrikasyonu sağlar (45,46).

İç Genital Organlar

Pelvis minör içerisinde bulunan iç genital organlar vajina, uterus, tuba uterinalar ve overlerden oluşur (45,46).

Vajina: Üretral meatusun altında, müskülomembranöz yapıda, 9-10 cm uzunluğunda uterus ekseni ile 90 derecelik açı yapan silindirik bir kanal şeklinde olan kadın çiftleşme organıdır. Vajina önde mesane ve üretra, arkada ise rektum ve *canalis analis* arasında yer alıp *m. levator aninin* kenarları arasından geçer.

Vajinal mukoza hormonal değişikliklerden etkilenen, siklus değişikliklerine uğrayan, nonkeratinize çok katlı yassı hücreli epitelden oluşur. Vajinal duvar; iç tabaka (aglandüler mukoz membran), orta tabaka (damarlardan zengin müsküler tabaka) ve dış tabakadan (adventisyal destek dokular içeren tabaka) oluşmaktadır. Cinsel ilişki ve doğum sırasında müsküler tabaka, gevşemeye izin vererek kolaylıkla dilate olur. *İskiokavernöz* ve *bulbokavernöz* kasları ile kaplı olan vajina orgazm sırasında penis etrafında kasılmaktadır.

Vajina çok sayıda ruga adı verilen mukozal katlantılardan oluşur ve bu yapılar vajinanın genişlemesine kolaylık sağlarken cinsel ilişki esnasında da sürtünmeye bağlı uyarılmayı artırır. Vajinanın sadece 1/3'lük dış kısmı cinsel açıdan uyarılabilirken, diğer 2/3'lük kısmı ise cinsel ilişki esnasında basıncı hisseder (45,46,48).

Uterus: Mesane ve rektum arasında, alt bölümünü serviksin oluşturduğu, armut şeklinde, duvar kalınlığı 1–2 cm olup ağırlığı 60 gr olan bir organdır. Uterus boşluğu üçgen şeklindedir. Üstte tuba uterinalar ile periton boşluğu, altta ise vajinal kanal yoluyla dış ortamla bağlantılıdır.

Uterus dört kısımda incelenir:

1) Fundus: Uterusun en üst kısmıdır. Tuba uterinalar buraya açılır.

2) Korpus: Fundus ile istmus arasındaki orta bölgedir.

3) İstmus: Serviksin üst üçte bir bölümüne verilen isimdir. Uterusun aşağı doğru daraldığı kısım olarakta bilinir.

4) Serviks: İstmus ile beraber uterusun alt segmenti olarak bilinir (45,46).

Uterus, dıştan içe doğru perimetrium *(tunica seroza),* myometrium *(tunica muscularis)* ve endometrium *(tunica mukosa)* dan oluşur. Uterus dışı seroza tabakası periton ile kaplıdır. Seroza tabakasının altında düz kaslardan oluşan müsküler yapıda olan myometriyum yer almaktadır. Düz kas liflerinden oluşan myometriyum, kan damarları, lenf damarları ve sinirlerden zengin bağ dokusu vardır. Endometriyum, myometriyumun altında stroma adı verilen, gevşek bağ dokusu ve hücrelerle çevrili tübüler salgı bezlerinden oluşur. Endometriyum, bazal ve fonksiyonel tabaka olmak üzere iki katmandan oluşur. Over hormonlarının (östrojen ve progesteron) etkisiyle değişime uğrayan fonksiyonel tabakadaki bu değişim puberteden menopoza kadar sürer. Uterusun görevleri; fertilize ovumun yerleşmesi için uygun bir ortam hazırlamak, embriyo olgunlaşıncaya kadar beslenmesini ve korunmasını sağlamak, doğum eyleminde fetüs ve plasentanın atılmasını sağlamak, doğumdan sonra plasental kısımdaki kas kontraksiyonları ile kanamayı kontrol altına almaktır. Uterus ligamentleri sayesinde mesaneye, rektuma ve pelvis duvarına bağlanır. Uterusun bağların bir kısmı periton plikasıdır ve bunlar çok az mekanik destek sağlar. Diğer bağlar ise düz kas lifleri ve fibröz dokudan oluşan hakiki bağlardır (45,46).

Serviks: Serviks 2,5–3 cm uzunluğunda, yapısında az miktarda fibröz bağ dokusu bulunduran, istmus ile beraber uterusun alt segmenti olarak bilinir. Ortasında uterus boşluğu ile

vajinayı birleştiren servikal kanal bulunur. Servikal kanalın *kavum uteri* ve vajinaya bakan iki açıklığı mevcuttur. Servikal kanalın *kavum uteriye* bakan kısmına *internal os,* vajinaya bakan kısmına *eksternal os* denir. Cinsel uyarılma evresinde *noboth glandlarından* salgılanan, vajinal lubrikasyona kolaylık sağlayan, kokusuz, alkali, irritan olmayan bu sıvı orgazm sırasında basıncı ve titreşimlerin hissedilmesini sağlar (45).

Tuba uterinalar: Tuba uterinalar, uterusun üst yan köşesinden abdomen boşluğuna açılan, yaklaşık 10 cm uzunluğunda, 0,6 cm çapında, uzun, ince yapıda overlerden karın boşluğuna atılan ovumu alıp uterusa taşıyan tüp şeklinde oluşumlardır (45,46).

Üç kısımda incelenir:

1) İnfundubulum: Tuba uterinanın genişlemiş ve overlere en yakın kısmıdır. Uçlarındaki saçak şeklindeki oluşumlara fimbria denir. Fimbrialar sayesinde ovulasyonla karın boşluğuna atılan ovum tuba kanalına doğru çekilir.

2) Ampulla: Tüplerin orta ve en geniş kısmıdır. Fertilizasyon ampullada gerçekleşir.

3) İstmus: Tüplerin uterusa en yakın ve en dar parçasıdır.

Ovumun uterusa transportunda sillialar ve salgı yapan epitel hücreleriyle birlikte tubaların peristaltik hareketleri önemli rol oynar (45).

Overler: Kadında temel üreme organı olan overler uterusun her iki yanında, tuba uterinaların fimbrial uçlarına yakın olarak yerleşmişlerdir. 4 cm uzunlukta, 2 cm genişlikte, 1 cm kalınlığında oval, pembe-beyaz renkli bir çift retroperitonel organlardır (45,46). Overlerin kesitinde dış tarafta korteks *(zona kortikalis)*, iç tarafta medulla *(zona medullaris)* bulunur. Korteks hücresel bağ dokusundan oluşan stroma içerisinde, değişik evrelerdeki folikülleri içerir. Üreme çağındaki kadının overlerinde yaklaşık 400.000 folikül bulunur ve bunların çoğu reprodüktif yaşam boyunca atreziye uğrar (49). Overler cinsel ilişkiye over hormonlarının etkisiyle ve orgazm sırasında fallop tüpleriyle birlikte kasılmalar oluşturarak katılırlar. Overlerin direk katılımı söz konusu değildir. Overler, ovulasyon yapan (yumurta hücresinin olgunlaşıp overlerden atılması) ve menstrüel siklusunun gerçekleşmesinden sorumlu olan östrojen progesteron hormonlarını salgılarlar. Östrojen hormonu kadın cinsel fonksiyonlarının düzenlenmesinde görev alır. Östrojen eksikliğinde (50 pg/ml. altında) cinsel istek, uyarılma, orgazm bozukluğu, cinsel ilişki sıklığında azalma, genital duyarlılığın bozulması ve disparoni gelişir. Progesteron ise östrojenin fonksiyonlarını azaltır ve cinsel istek duygusunu bastırır (4,46).

Pelvik taban kasları: Kadın pelvik tabanı, kemik, kas, bağ dokusu ve nörovasküler yapılardan oluşan pelvik organların fonksiyonlarını sürdürmesine katkıda bulunan ve dinamik bir koordinasyon içinde işlev gören yapı bütünlüğüdür. Pelvik taban kasları, kemik pelvisin tabanını oluşturur ve pelvik organlara (üretra, vajina ve rektum) yapısal ve fonksiyonel destek sağlar. Üretral kapanma basıncını sağlayan ve kontinansın sürdürülmesinde rol alan pelvik taban kasları cinsel fonksiyonun sağlıklı şekilde devam etmesinde etkilidir (50).

Kemik pelvis: Sakrum ve koksa kemiklerinin birleşiminden oluşan kemik pelvis tüm pelvik yapılara destek sağlamaktadır. Koksa kemikleri pelvisin ön ve yan kısımlarını, sakrum ve koksiks ise pelvisin arka kısmını oluşturur. Pelvisi oluşturan bu kemikler pelvik organların asıldığı sert iskeleti oluşturur. Çeşitli pelvis tipleri bulunmakta olup kadınlarda en sık görülen pelvis tipi jinekoid tip pelvistir (51).

Kemik pelvise tutunan pelvis tabanı ve pelvik organlar iç yüzden dışa doğru (batın boşluğundan vulvaya doğru) şu tabakalardan oluşur:

- Pelvis viseral peritonu
- Pelvik organlar ve aralarındaki özel bağ dokusu *(Endopelvik fasya)*
- Pelvik diyafram *(M.levator ani)*
- Ürogenital diyafram *(Perineal membran)*
- Yüzeyel perineal kaslar
- Cilt altı ve cilt (51).

KADIN CİNSEL FONKSİYON FİZYOLOJİSİ

Kinsey ve ark. 1938-1952 yıllarında cinsel davranış biçimlerindeki istatistiklerden derleme oluşturarak insan cinselliği ile ilgili ilk çalışmasını yapmışlardır. Kinsey ve ark. çalışmalarını takiben Masters ve Johnson, gönüllü kadın ve erkek deneklerinin cinsel davranışlarını laboratuvar ortamında ilk kez inceleyerek, kadın ve erkek deneklerin cinsel uyaranlara verdikleri yanıtları doğrudan gözlemlemiş ve nesnel ölçüm yöntemlerini kullanarak cinsel yanıt evrelerini kaydetmişlerdir (52,53).

Masters ve Johnson cinsel yanıt evrelerinin fizyolojik ve nörobiyolojik açıdan anlaşılması için 1966 yılında cinsel yanıt siklusunu çizgisel bir modele dönüştürüp tariflemişlerdir. Bu modele göre cinsel yanıt siklusu;

- Heyecanlanma evresi
- Uyarılma evresi
- Plato evresi
- Çözülme (orgazm) evresi olmak üzere 4 faza ayrılmıştır (48,52,54).

Seks terapisinin kurucularından biri olan Helen Singer Kaplan 1977 yılında Masters ve Johnson'nın cinsel yanıt evrelerine arzu kısmını ekleyerek 3 fazlı çizgisel modeli tariflemiştir. Bu modele göre cinsel yanıt siklusu;

- Arzu
- Uyarılma
- Orgazm olmak üzere 3 faza ayrılmıştır. Bu sınıflama DSM–IV de yer alan cinsel fonksiyon bozukluğu tanımına temel oluşturmuştur (55).

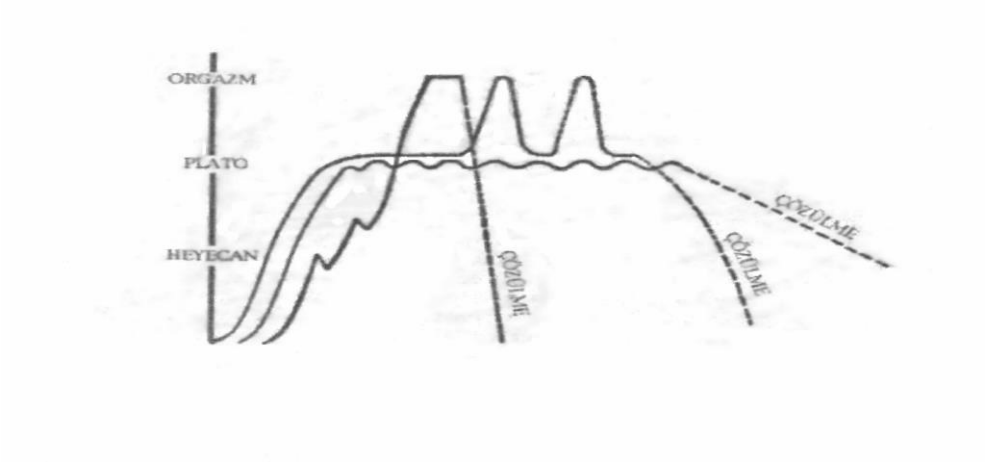
Cinsel yanıt siklusu 1998'de Amerikan Ürolojik Hastalıklar Kuruluşu (AFUD) tarafından;

- Cinsel istek
- Cinsel uyarılma
- Orgazm
- Çözülme olarak yeniden sınıflandırılmıştır (4).

Kadında Cinsel Yanıt Evreleri

Cinsel istek evresi: Freud libidoyu (cinsel istek), cinsel aktivite boyunca cinsel enerjinin farkında olunması şeklinde tanımlamıştır. Libido; cinsel fanteziler ve cinsel aktiviteye karşı duyulan istek ya da cinsel fonksiyon için gerekli motivasyon ve eğilim şeklinde de tanımlanabilir. Bu evre kişiyi cinsel uyarılma ve heyecanlanmaya hazırlar. Yeterli nöroendokrin fonksiyona bağlı olarak gelişen cinsel istek evresi hem fantezilerle hem de eşe ilişkin seksüel işaretlerle başlatılabilmektedir. Hipotalamik ve limbik sistemlerle ilişkili olan cinsel istek serotonin ile inhibe, dopamin ile aktive olur. Androjenler, kadın cinsel istek evresinde ve cinsel isteğin devamlılığında önemli yer tutar. Cinsel istek tercihler, psikolojik

durum, geçmiş cinsel yaşantılar, sosyal ve kültürel faktörler tarafından etkilenmektedir (4,48,54,56).



Şekil 1. Masters ve Johnson'a göre kadında cinsel yanıt döngüsü (52)

Cinsel uyarılma evresi: Cinsel uyarılma evresi kadında cinsel yanıt sürecinin ilk evresi olup herhangi bir somatojenik ve psikojenik uyarılma sonucu ortaya çıkar. Uyarılma fazı parasempatik sinir sistemi ile oluşturulur. Cinsel uyarılma evresinde cinsel duygu ve düşüncelerin belirmesine bağlı olarak erkekte ereksiyon ve kadında lubrikasyon, bedende vazokonjesyon ve miyotoni ile karakterizedir. Bu dönemde kadınlarda taşikardi, hızlı nefes alma, kan basıncında artma, genel bir ısınma hissi, göğüslerde gerginlik, myotoni, göğüs uçlarında ereksiyon, deride renklenme ve koyulaşma gözlenir. Kadınların yaklaşık olarak 3/4'ü bu uyarılmayı yaşar (48,57-59). Cinsel uyaranın süre ve yoğunluğu cinsel uyarana bağlı olarak hızlı ya da yavaş biçimde artar. Kişinin içinde bulunduğu yaşam koşulları, fiziksel ve psikolojik faktörler cinsel uyaranın aralıklarla uzamasına ya da kaybolmasına neden olabilir (60).

Plato evresi: Cinsel uyaranın etkili bir şekilde sürdürülmesi ve cinsel heyecanın artmasıyla birlikte kadın plato evresine girer (48,60). Kadının orgazmik rahatlamaya geçebileceği noktaya kadar haz duygusu ve cinsel gerilim giderek yükselir. Cinsel uyarı ya da dürtü yetersizse ya da uyarı tümüyle sona erdiyse kadın orgazmik rahatlamaya ulaşamaz ve plato evresindeki gerilimin yerini çözülme evresi alır (52,57). Günümüzde kadın cinsel fonksiyon bozukluklarının sınıflandırılmasında plato evresi kullanılmamaktadır. Bu evre uyarılma fazı içinde yer almaktadır (16).

Orgazm evresi: Orgazmik fonksiyon cinsel yanıt sürecinde en az anlaşılan, yaygın bir tanımı olmayan cinsel fonksiyon olarak yer almaktadır. Cinsel fonksiyonun en kısa süren dönemi olan orgazm, cinsel hisler içinde en güçlü ve cinsel memnuniyeti en fazla sağlayan evredir. Cinsel uyarı ile artmış müsküler ve vasküler gerilimin çözülmesi olarakta tanımlanmaktadır (48,58-60).

Masters ve Johnson orgazmı; cinsel uyarı sonucu oluşmuş olan vazokonstrüksiyon ve myotoninin rahatladığı birkaç saniye ile sınırlı evre olarak tanımlamışlardır. Süresi ve yoğunluğu konusunda bireysel farklılıklar gösteren orgazmı kadın pelviste odaklanmış bir his olarak algılar. Orgazm hissi özellikle klitoral bölgede başlar vajinada yoğunluk kazanır. Orgazm ile birlikte, kan akımı, solunum sayısı, serum prolaktin düzeyi, vazopresin, oksitosin, adrenalin seviyeleri artmaktadır. Özelikle prolaktin orgazm ile birlikte artar ve 60 dakika süresince yüksek kalabilir (48,57,58,61-63).

Masters ve Johnson gözlemleri sonucunda orgazmda görülen değişiklikleri üçe ayırmıştır (52):

Yaklaşan orgazmı gösterenler: Labia minörde renk değişiklikleri,

Gerçek orgazm esnasında meydana gelenler: Vajinal ritmik kasılmalar, uterin kasılmalar, anal sfinkter kasılmaları,

Orgazm gerçekleştiğini gösterenler: Areolada kan miktarı artışı, plazma prolaktin düzeyinin artması.

Çözülme evresi: Kadında ve erkekte orgazmın gerçekleşmediği durumlarda plato evresinden sonra genital bölgelerde ve bedenin diğer bölgelerinde önceki aşamalarda oluşmuş olan fizyolojik değişikliklerin dakikalar içinde aynı sırayı takip ederek kaybolması ile karakterize olan cinsel yanıt evresidir. Bu evrede kanın genital bölgeden çekilmesi ve cinsel gerilimin aniden boşalması ile bütün vücut dinlenme konumuna geçer. Bu evrenin süresi cinsiyete, orgazmın yaşanıp yaşanmadığına ya da hangi yoğunlukta yaşandığına ve cinsel uyarının sürüp sürmediğine göre değişir (59). Kadınlar çözülme evresinde cinsel uyaranın yeniden başlamasıyla yeniden uyarılıp orgazm olabilme potansiyeline sahipken, erkekler süresi kişiye ve yaşa göre değişen refrakter dönem olarak adlandırılan bu dönem içinde başka bir orgazm için uyarılamanın mümkün olmadığı döneme zorunlu olarak girerler (52,56,57,60).

Kadınlarda Cinsel Nörohormonal Fizyoloji

Limbik sistem ve hipotalamus cinsel fonksiyonlardan sorumlu beyin alanlarıdır. Hipotalamus, eşlerin birbirleriyle olan ilişkilerini, seks hormonlarının salınımını düzenlemede görev alır. Nörotransmitter sistem, peptid ve hormonlar cinsel fonksiyonların düzenlenmesinde ve sürdürülmesinde rol almaktadır (64).

Kadın cinsel fonksiyonlarından sorumlu olan önemli nörotransmitterler şunlardır;

Dopamin; cinsel istek ve cinsel motivasyonun oluşmasında görev alan nörotransmitterdir. Aktif ve sağlıklı cinsel yaşam için dopaminerjik sistemin iyi çalışması gerekmektedir (64,65).

Kolinerjik sistem ve asetilkolin; cinsel uyarılmada rol alan nörotransmitterdir. Cinsel yakınlaşma sonucunda beyinde başlayan bu uyarılma medulla spinalisten aşağıya sempatik ve parasempatik sinir lifleri aracılığıyla vasküler ve genital bölgeye aktarılır. Cinsel uyarılma sonucunda kadında lubrikasyon ve genital bölgede kabarma oluşmaktadır (64,65).

Nitrik oksit ve serotonin; düz kaslarda gevşemeye neden olarak genital bölgeye giden kan akımını artırır ve lubrikasyonu kolaylaştırır (64,65).

Vasküler, nörolojik, hormonal ve müsküler mekanizmaların etkileşimi sonucunda oluşan cinsel uyarılma parasempatik sistem ile aktive, sempatik sistem ile inhibe olur. Pelvik sinir parasempatik sinir liflerini taşırken hipogastrik ve paravertebral sinir sempatik sinirleri taşır. Cinsel uyarılma evresinde vajinanın kanlanması sakral anterior sinirler (S2-S4) aracılığıyla artar. Artan kan akımı sonucunda vajinada penetrasyona kolaylık sağlayan berrak, kaygan, akıcı bir sıvı birikir. Oluşan bu sıvı vajinanın pH'sını bir miktar arttırır (57,66,67).

Cinsel uyarılma sürecinde, genital organlar dışında vücuttada bazı değişiklikler olur. Bunlar; taşikardi, kan basıncında artma, vücutta kızarıklıklar, kasların kasılması, hızlı nefes alıp verme, memelerde büyüme, meme başı ereksiyonudur. Uyarılma fazında ortaya çıkan uterus kontraksiyonları, orgazm sırasında hipogastrik sinir aracılığı ile düzenli kontraksiyonlar halini alır. Yeterli cinsel uyarılma sonucu orgazm oluşur. Orgazm sırasında salgılanan oksitosin kas tonusu ve ritmik kasılmalarda rol alır. Orgazm sürecinde sempatik sistem baskındır. Epinefrin ve norepinefrin orgazm sırasında pik yaparlar. Orgazm sonrasında ise epinefrin ve norepinefrin düşmeye başlar (48,57,58,62).

Seks Steroidleri ve Kadın Cinsel Fonksiyonu

Seks steroidleri kadının cinsel fonksiyonunu içeren yapıların anatomik ve fonksiyonel bütünlüğünü sağlamada rol oynarlar. Steroidler:

1. Nörötransmiterlerin sentez, sekresyon ve geri alımını,

2. Vasküler ve nonvasküler düz kas kasılmasını,

3. Epitelin müsifikasyon, keratinizasyon ve geçirgenliğini,

4. Otokrin – parakrin büyüme faktörleri, vazoaktif ve trofik maddelerin üretimini düzenler.

Kadın cinsel fonksiyonunda önemli olan androjenler; üreme fonksiyonlarının gelişmesinde, sekonder seks karakterlerinin gelişmesi ve sürdürülmesinde, libidonun uyarılmasında ve sürdürülmesinde görev alırlar. Kadınlardaki majör androjenler dehidroepiandrosteronsülfat (DHEAS), dehidroepiandrosteron (DHEA), androstenedion, testosteron ve dehidrotestosteron (DHT) dur. Plazma androjen seviyesindeki düşüklük, cinsel davranışa yanıtta, orgazmda, cinsel fonksiyonlarda azalmaya ve cinsellikten tiksinti duyma şeklinde belirti vermektedir (56,57,68).

Overler tarafından salgılanan östrojen hormonu; santral sinir sistemi, genital sistem ve birçok dokunun fizyolojik fonksiyonunun sürdürülmesinde rol oynar. Bu roller;

1. Vazokonstriksiyon ve vazodilatasyon sonucu vajinal ve klitoral ve kan akımını artar.

2. Nitrik oksit sentetaz salınımını düzenleyerek nitrik oksit sentezletir. Vajinal nitrik oksit düzeyinde azalma vajinada fibrozis oluşmasına neden olur.

3. Östrojen vajinal epitel, stroma ve düz kas hücreleri üzerinde etki yaparak vajinal kalınlığı ve vajinal lubrikasyonu düzenler (56,57).

Prolaktin düzeyinin yüksek olması cinsel isteksizlik oluşturur. Prolaktin, doğum sonrası ve laktasyon döneminde yüksek düzeyde olduğundan dolayı bu dönemlerde cinsel isteksizlik daha fazla görülmektedir (60,65,69).

Oksitosin hormonu; kadınlarda cinsel isteği arttırır ve östrojen varlığında oksitosinin etkisi artar (65,70).

KADIN CİNSEL FONKSİYON BOZUKLUKLARI

Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) yayımladığı International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10) cinsel fonksiyon bozukluğu, kadının düşlediği cinsel ilişkiyi yaşayamaması olarak tanımlanmaktadır (71). Amerikan Psikiyatri Birliği'nin hazırladığı DSM-IV'te CFB; kadınların eş ya da karşı cinsle iletişimini zorlaştıran, cinsel yaşamda cinsel semptomların görülmesine neden olan, cinsel yanıt döngüsünü olumsuz etkileyen ve cinsel istekte meydana gelen bozukluk olarak tarif etmektedir (72).

Kadınlarda cinsel sağlığın ve cinsel yaşam kalitesinin önemli bir belirleyicisi olan cinsel fonksiyon ve cinsel semptomlar biyolojik, ruhsal, sosyokültürel, ekonomik, etik ve dini

faktörlerin karşılıklı etkileşiminin sonucu olarak yaşanmaktadır. Üreme çağı kadınlarında, cinsel semptomların gelişmesine neden olabilen, CFB'ye yol açabilen ve CFB'yi devam ettiren pek çok etiyolojik faktör bulunmaktadır.

1950'li yıllarda Freud'un psikanalitik kuramı sonucunda CFB, psikoseksüel gelişim dönemlerinde meydana gelen aksaklıklar sonucu oluşan derin çatışmalardan ve odipus / elektra kompleksine bağlı olarak geliştiği düşünülmüştür. 1960'lı yıllardan itibaren tüm davranışlar gibi cinsel davranışların da öğrenildiği ve CFB olan kişilerin gelişim dönemlerinde cinsel uyarılara yanlış tepkiler vermeyi öğrenmiş oldukları düşüncesi ortaya çıkmıştır. 1970'lerin başında Masters ve Johnson, CFB'yi cinsel yanıt döngüsünün evrelerinden birinde ya da birden fazlasında görülen aksaklıklar olarak tanımlamışlardır. Srivastava ve ark. CFB, cinsel istek ve psikofizyolojik değişikliklerde azalma sonucu bireylerde belirgin sıkıntı veya kişilerarası ilişkilerde zorluklara neden olan bozukluk olarak tanımlanmıştır (73-75).

CFB kadınlarda yaygın olarak ortaya çıkan, yaşa bağlı ilerleyebilen ve kadınların %30-50'sini ilgilendiren kadının genel sağlığının yanında yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etkiye sahip olan bir sağlık sorunudur (6,9). Kullanılan kaynak ve tanım farklılığına bağlı olarak kadınlarda CFB yaygınlığının %25-63 arasında değiştiği bildirilmektedir (76). Kadınlarda CFB ile ilgili yapılan ilk prevelans çalışması 1929 yılında Davis tarafından 2207 kadının çalışmaya dahil edilmesi sonucunda yayınlanmıştır. Davis çalışmasında, 30-39 yaş aralığında %30,8, 40-49 yaş aralığında %25,3, 50-59 yaş aralığında %37,8, 60-70 yaş aralığında ise %60,7 olarak CFB prevelans sonuçlarını bildirmiştir (77). Yapılan çalışmalar, kadın ya da erkek ayrımı gözetmeksizin, yaşamlarının herhangi bir döneminde her 3 kişiden birinin en az bir CFB yaşadığını ortaya koymaktadır (60). Kadın ve erkek CFB prevalansını belirlemeye yönelik yapılan çalışmalardan en önemlisi, 1992 yılında Laumann ve ark. Amerika Birleşik Devletleri'de yaşayan 18-59 yaş arası 1749 yetişkin kadın ve 1410 yetişkin erkek üzerinde gerçekleşen çalışmada kadın CFB prevalansı %43 olarak belirlenmiştir (78). CFB prevelansı ülkeler, bölgeler ve kültürler arası farklılık göstermektedir. Son 15 yılı kapsayarak yapılan nüfus temelli çalışmalarda CFB Batı ülkelerinde ve Asya ülkelerinde yaygın olduğu tespit edilmiştir. ABD'de 18-59 yaş arası kadınlar ile yapılan epidemiyolojik bir çalışmada CFB %43 olarak belirlenmiştir. İran'da toplum temelli yapılan anket çalışmasında kadınların %52' sinin en az bir cinsel sorunu olduğu, Güney ve Doğu Asya' da 40-80 yaş arası kadınlarda %30' undan fazlasında CFB olduğu tespit edilmiştir (78-81). Hong Kong' da 19-49 yaş arası evli kadınlarda yapılan bir çalışmada ise CFB %38 oranında olduğu belirlenmiştir (82). Kanada'da ulusal düzeyde 18-44 yaş kadınların %39'unda, Brazilya'da 18 yaş üzeri kadınların %49'unda,

Mısır'da 16-49 yaş kadınların %69'unda, Yunanistan'da 18-72 yaş arası kadınların %48'inde, Hindistan'da 17-75 yaş arası kadınların %73,3'ünde, 11 Latin Amerika ülkesinde 40-59 yaş cinsel aktif 5391 kadının %56,8'inde CFB saptanmıştır (83-88). Ülkemizde Çayan ve ark. prevalans çalışmasında, kadın CFB görülme sıklığı 18-27 yaş arası %21,7, 28-37 yaş arası %25,5, 38-47 yaş arası %53,5, 48-57 yaş arası %65,9 ve 58-67 yaş arası %92,9 olarak saptanmıştır (89). Öksüz ve ark. 518 kadın ile yaptığı prevalans çalışmasında, CFB sıklığını 18-30 yaş arası kadınlarda %41, 31-45 yaş arası kadınlarda %53,1, 46-55 yaş arası kadınlarda ise CFB %67,9 olarak bulmuştur (90). Şimşek ve ark. 317 kadın ile yaptığı çalışmada, CFB sıklığını %66'sında, Ege ve ark. 15-49 yaş arası evli ve sağlıklı 188 kadın ile yaptığı çalışmada ise CFB sıklığını %45,6 olarak saptamıştır (91,10). Anketlere dayalı yapılan prevelans çalışmalarında, hastane veya özel kliniklere başvuran kadınlardaki CFB oranının, genel popülasyonlara oranla daha fazla olduğu saptanmıştır (92,93).

Kadın Cinsel Fonksiyon Bozukluğuna Neden Olan Etiyolojik Faktörler

Nöröjenik faktörler: Mültipl skleroz, spinal kord yaralanması, nöropati ve lumbosakral disk hernisi cinsel yaşamı etkileyen nörojenik faktörler arasında yer alır. İncelenen literatürlerde T6 ve üzeri travmalı, otonom kontrole sahip hastaların orgazma ulaşabildikleri, sakral segmentlerin olumsuz etkilendiği spinal kord yaralanmalı hastaların orgazma ulaşamadıkları tespit edilmiştir (56). Dişsiz ve ark. yaptığı çalışmada ise MS'li kadınlarda CFB prevelansını %83,1, Akkoç ve ark. MS'li kadınlarda CFB prevelansını %40 olarak saptamıştır (94,95).

Vasküler faktörler: Pudendal arter yatağının aterosklerozuna bağlı genital bölgeye kan akımının yeterince olmaması, vajinal ve klitoral dokularda fibrozis oluşumuna neden olarak CFB'yi olumsuz etkilemektedir (56,96).

Hormonal faktörler: Kadınlarda östrojen ve androjenlerin kandaki seviyeleri azaldığı zaman CFB meydana gelmektedir (56,96).

Cinsel Fonksiyonu Etkileyen Endokrin Hastalıklar

Tiroid hastalıkları: Tiroid hormonlarının yetersizliği FSH ve LH salınımının azalmasına ve cinsel isteksizliğe neden olmaktadır. 48 troid hastası ile yapılan bir çalışmada (30

hipotiroidik, 18 hipertiroidi kadın) tiroid hastası olan kadınların cinsel semptomlardan en fazla vajinal lubrikasyon, orgazm olamama ve disparoni olduğu tespit edilmiştir (56,68).

Hiperprolaktinemi: Prolaktin hormonunun kandaki normal düzeyden (erkeklerde 18 ng/mL ve kadınlarda 30 ng/mL üzerinde olması) yüksek seyretmesi ile karakterize sık rastlanan endokrin bozukluktur. Yükselen prolaktin GnRH'ın pulsatil salınımını inhibe ederek cinsel fonksiyonu olumsuz yönde etkiler. Hulter ve ark. 48 hipotalamohipofizer hastalığı olan kadın ile yaptıkları calışmada, kadınların %79,2'sinde cinsel istekte azalma, %64,6'sında vajinal lubrikasyon azlığı ve %68,7'sinde orgazm olmadıklarını saptamışlardır (56,97).

Diabetes mellitus (DM) : DM, dünya genelinde hızla yaygın hale gelen özellikle artan yaşlı toplum, obezite ve fiziksel aktivite yetersizliği gibi nedenlere bağlı olarak artış gösteren kronik bir hastalıktır. CFB, diyabetli hastalarda diyabetli olmayanlara göre 10-20 yıl erken başlamakta ve daha sık görülmektedir (98). DM'li kadınlarda cinsel istekte azalma, yetersiz cinsel uyarılma ve vajinal lubrikasyonda azalmaya bağlı olarak disparoni, orgazma ulaşamama gibi belirtiler görülmektedir (99). Enzlin ve ark. Tip 1 diyabetli kadınlar ile yaptığı çalışmada diyabetli kadınların %35'inde cinsel fonksiyon bozukluğu olduğu ve bu kadınların %57'sinde cinsel istekte azalma, %51'inde orgazma ulaşamama, %47'sinde vajinal lubrikasyon azlığı, %38'inde cinsel uyarılma bozukluğu ve %21'inde disparoni yaşadıklarını bildirmiştir (100).

Müskülojenik faktörler: Pelvik taban kasları, *levator ani* ve *perineal membran*, kadın cinsel fonksiyonuna ve cinsel yanıt evrelerine doğrudan katılır. Orgazm ve vajinal penetrasyonda rol alan *Levator ani* cinsel yanıt sürecinde motor cevabı düzenler (4,46,56).

Psikojenik faktörler: Cinsellik biyolojik, psikolojik, sosyokültürel, ekonomik, etik ve dini faktörlerin karşılıklı etkileşimi sonucu ortaya çıkmaktadır (26,60).

Kadın CFB'u psikolojik ve psikososyal nedenleri hazırlayıcı, başlatıcı ve sürdürücü olmak üzere üçe ayrılır:

Hazırlayıcı etkenler; bireyde anatomik ya da fizyolojik bozukluk olmaksızın herhangi bir cinsel semptomun gelişmesine yatkınlık sağlayan, cinselliğe dair yanlış öğrenmelerin sonucu cinsel yaşama geçişte zorluklara neden olan etkenlerdir. Cinsel eğitimsizlik, cinsel mitler, cinsel tabular, cinsel deneyim eksikliği ve muhafazakar ortamda yetişme toplumumuzda en önemli hazırlayıcı etkenleri oluşturmaktadır (60, 101).

Üreme çağındaki kadınların normal cinsel yanıtları etkileyebilecek diğer hazırlayıcı etkenler:

- Cinsellikle ilgili yeterli bilgiye sahip olmama ve yanlış inançlar,
- Cinsellikle ilgili yanlış beklentiler,
- Acı ve ağrı duymaktan korkma,
- Gebe kalmaktan korkma,
- Başkaları tarafından görülmekten korkma,
- İlişki sırasında çıkabilecek seslerin duyulabileceği düşüncesi,
- Cinsel ilişkiye başlamak, sürdürmek ve orgazm olma konusunda yetersiz kalmaktan korkma,
- Kontrolü kaybetmekten korkma,
- Eşinin kontrolünü kaybedeceğinden korkma,
- Cinsel istismar ve cinsel travmalar,
- Evlilik ile ilgili sorunlar,
- Eşe karşı öfkeli, kırgın ya da dargın olma,
- Eşe karşı güvensizlik,
- Yeterli iletişim kuramama,
- Evlilik öncesi ve evlilik dışı ilişkiler,
- Kişinin kendisiyle ilgili olumsuz düşünceleri,
- Kendini çirkin, değersiz ve zevk almaya layık görmeme,
- Bedenini beğenmeme ve kendini çekici bulmama,
- Cinsel ilişkide güven oluştaracak uygun ortamların bulunmaması,
- Yorgunluk ve zihinsel meşguliyetler,
- Alkol ve bazı ilaçların alınması (antidepresanlar vb.),
- Fiziksel, psikolojik ve nörolojik hastalıklar (60,101).

Hazırlayıcı etkenler, bilgisiz, deneyimsiz, kendine ve karşı cinse değer vermeyen, özgüveni düşük bireyler oluşturarak çeşitli CFB'nun ortaya çıkmasına neden olur (60,101).

Başlatıcı etkenler; cinsel semptomların ortaya çıkmasında rol alan organik ve psikolojik etkenleri içermektedir. Kronik hastalıklar (diyabet hipertansiyon vb), depresyon, anksiyete bozuklukları ve psikozlar CFB'nun ortaya çıkmasında predispozan faktördür. Ayrıca madde kullanımı, alkol, sigara da CFB'na yol açan etkenler arasında yer almaktadır. Kadınlarda

gebelik, laktasyon, menopoz ve yaşlılık gibi yaşam dönemlerinde cinsel semptomlar olumsuz yönde etkilenerek CFB ortaya çıkabilmektedir (56,60).

Herhangi bir nedenle başlamış olan CFB, sürdürücü etkenlerin devreye girmesiyle sorunun devam etmesine neden olur (60,101).

Sürdürücü etkenler; üreme çağındaki kadınların normal cinsel yanıtları etkileyebilecek sürdürücü etkenler:

- Cinsel performansı sürdürememeye bağlı anksiyete,
- Ayıp, günah ve suçluluk duyguları,
- Olumsuz beklentiler,
- Sorunun çözümüne yönelik yanlış denemeler,
- Çok sık cinsel ilişki denemeleri,
- Cinsel ilişkiden uzaklaşma (60,101).

Cinsel Fonksiyon Bozukluklarının Sınıflandırılması

AFUD 1998 yılında CFB üzerine beş ülkeden 19 uzman bilim adamını toplayarak DSM-IV'ün mevcut sınıflandırmada tanımlamalarda değişiklikler yaparak güncel kadın CFB sınıflandırmasını şu şekilde sınıflandırmıştır:

1. Cinsel istek bozuklukları
   a) Hipoaktif (azalmış) cinsel istek bozukluğu
   b) Cinsel tiksinti bozukluğu
2. Cinsel uyarılma bozuklukları
3. Orgazm bozuklukları
4. Cinsel ağrı bozuklukları
   a) Disparoni
   b) Vajinismus
   c) Diğer cinsel ağrı bozuklukları (Cinsel uyarı ve cinsel birleşme olmadan tekrarlayıcı veya sürekli genital ağrılardır) (62,102).

Kadın CFB DSM-IV-TR'ye göre dört ana sınıfa ayrılmıştır. DSM-IV-TR; arzu, uyarılma, orgazm veya cinsel ağrı bozukluklarının sonucu olarak gelişen cinsel şikayet veya problemlere göre tanımlanmıştır. 2013 yılında yayımlanan DSM-V'de erkek ve kadın cinsel disfonksiyonu tamamen ayrılmış olup Masters ve Johnson'un lineer modeline dayanan sınıflama değiştirilmiştir. Cinsel tiksinme bozukluğu çok nadir görülmesi nedeniyle cinsel arzu grubundan çıkarılmıştır. Cinsel arzu ve uyarılma bozuklukları birleştirilerek kadın cinsel ilgi ve uyarı bozukluğu şeklinde tanımlanmıştır. DSM-IV-TR'de orgazm bozukluğu tarifinde bulunan

normal cinsel heyecan fazı sonrasında ifadesi tanımdan çıkarılmıştır. Ayrıca DSM-IV-TR'de bulunan vajinismus ve disparoni genitopelvik ağrı/penetrasyon bozukluğu başlığı altında birleştirilmiştir (103).

1. Cinsel istek bozuklukları

a. Hipoaktif cinsel istek bozuklukları

DSM-IV-TR'ye göre tariflenen hipoaktif cinsel istek bozuklukları kadınlar arasında en sık görülen devamlı ya da tekrarlayan şekilde, cinsel aktivite için cinsel fantezi ve isteklerin azalmış ya da hiç olmaması halidir. Cinsel istek doğuştan var olabilse de çoğunlukla cinsel uyarıya karşı sekonder olarak elde edilmektedir. Yani DSM-IV-TR'de bulunan hipoaktif cinsel istek bozukluklarının tanımında doğuştan ya da spontan cinsel arzu ve fantezilerin hiç olmama hali hastalık olarak değerlendirilmesi nedeniyle, bu tanım 2. Uluslararası Cinsel Disfonksiyon Toplantısı'nda cinsel ilgi ve isteğin azalmış olması ya da hiç olmaması hali, cinsel düşünceler veya fantezilerin olması ve cinsel yanıtsal arzunun yokluğudur şeklinde tekrar tanımlanmıştır (60,102,104,105). Cinsel istek kadınlar arasında farklılık gösterebileceği gibi aynı kadında farklı dönemlerde farklı düzeylerde seyredilebilir. Değerlendirmede kadının genel sağlık durumu, yaşı, içinde bulunan yaşam koşulları, cinsel semptomlar oluşmadan önceki cinsel isteği gibi etkenler göz önüne alınarak değerlendirme yapılmalıdır (106).

Hipoaktif cinsel istek bozukluklarının prevelans çalışmalarına göre; ABD'de yapılan 18-59 yaş arası kadınların %43'ünde, Çin'de yapılan bir araştırmada 21-40 yaş arası kadınların %31,8'inde cinsel istek bozukluğu saptanmıştır (78,107). Avustralya, Amerika, Avrupa ve Asya'dan yaşları 18-71 arasında değişen 741 kadın ile yapılan prevelans çalışmasında, cinsel istek sorunlarının sıklığı tanımlamak için kullanılan kriterlere bağlı olarak cinsel istek sorunlarının %3 ile %31 arasında değiştiği tespit edilmiştir (108). 29 ülkede yaşları 40-80 arasında değişkenlik gösteren 13.882 kadınla yapılan çalışmada, kadınların %27'sinde cinselliğe istekte azalma olduğu tespit edilmiştir (109).

Ülkemizde Çayan ve ark.'nın 179 kadınla yaptığı çalışmada, kadınların %60,3'ünde cinsel istek bozukluğu olduğu, Öksüz ve ark. 18-55 yaşları arasında 518 kadın ile yaptıkları çalışmada kadınların %48,3'de cinsel istek bozukluğu olduğu, 20-70 yaş grubu cinsel aktif 1300 kadının incelendiği çalışmada ise herhangi bir nedene bağlı olarak kadınların %29'unda cinsel istek bozukluğu olduğu, yaşları 40-65 yaş arasında değişen 378 kadın ile yapılan başka bir çalışmada ise kadınlarda cinsel istek bozukluğunun %60,6 olduğu tespit edilmiştir (89,90,110,111).

Hipoaktif cinsel istek bozukluklarının etiyolojisi: Kadınlarda hipoaktif cinsel istek bozukluğu ergenlik döneminden itibaren primer bir sorun olarak ortaya çıkabilmektedir. Cinsel eşle yaşanan sorunlar, cinsel travma, psikolojik rahatsızlıklar, ilaç, sigara, madde, alkol kullanımı, gebelik, doğum gibi yaşamın herhangi bir döneminde sekonder bir sorun olarak da ortaya çıkabilmektedir (105,106).

Hipoaktif cinsel istek bozukluğunun etiyolojisinde; menopoz ve sonrasında meydana gelen hormonal değişimler, kişinin yaşı ve yaşam koşulları, mutsuz yaşam, psikolojik sorunlar, depresyon, ilaç kullanımı, kronik hastalıklar, jinekolojik hastalıklar ve pelvik cerrahi operasyonu geçirmiş olmak hipoaktif cinsel istek bozukluğunun gelişimini hızlandıran faktörler arasında yer almaktadır (105,112,113).

Hipoaktif cinsel istek bozukluğunun tedavisi: Nedene yönelik tedavi planlanır ve çok yönlü bir yaklaşım gerektirir. Tedavide en önemli nokta kadının mümkünse eşiyle görüşerek iyi bir ayırıcı tanı yapılarak tedaviye başlanmasıdır. Hekim ve hemşirenin cinsellikle ilgili eğitim vermesi kadının ve partnerinin cinsel inanışlarını düzeltmesine yardımcı olur (60,106,112).

Primer cinsel isteksizlik olguları düzenli ve bu alanda özelleşmiş cinsel terapistler tarafından terapiye gereksinim duyarlar. Sekonder cinsel isteksizlik olgularında tedavinin temelini altta yatan asıl sorunun çözümlenmesi oluşturur ve prognoz primer bozukluklara göre daha iyidir (60,112).

b. Cinsel tiksinti bozukluğu

Cinsel Tiksinti Bozukluğu DSM-IV-TR'de sürekli ya da tekrarlayıcı olarak, cinsel eş ile genital cinsel ilişki kurmaktan aşırı tiksinti duyma ve bundan tümüyle kaçınma durumudur. Cinsel tiksinti duygusuna bağlı olarak kadınlar cinsel yaklaşımdan ve cinsel aktivitelerden kaçınırlar. Bozukluğun ağırlığına göre cinsel tiksinti; genital salgıların bedene bulaşacağı korkusu ya da vajinal penetrasyon gibi belirli bir yöne odaklanabileceği gibi öpme ve dokunma dahil tüm cinsel davranışlara yönelik iğrenme şeklinde ortaya çıkabilmektedir. Cinsel yakınlaşma başlayınca kadın cinsel ilişkiden kaçınmak için baş ağrısı, karın ağrısı gibi cinsel ilişkiden kaçınma davranışları sergiler (103,112).

Cinsel tiksinti bozukluğunun etiyolojisi: Cinsel tiksinti bozukluğu primer ve sekonder nedenlere bağlı oluşmaktadır. Primer cinsel tiksinti bozukluğu olan kişilerde cinselliğe karşı

olumsuz davranış gösterme ve uzak durma çok erken yaşlarda başlamıştır. Çocukluk ve ergenlik döneminde bu kişiler dini ve ahlaki konularda katı olarak yetiştirilme, ensest, cinsel istismar ya da yaşla uygunsuz cinsel deneyime maruz kalmış olabilirler. Sekonder tipte cinsel tiksinti bozukluğu olan kişiler ise, geçmişte cinsel eylemlerden tiksinti duymayıp sonradan cinsel eylemlerden ve cinsel eylemi başlatabilecek bütün davranışlardan tiksinti duyup kaçınırlar. Genellikle kadınlarda orgazm bozukluğu, CFB ya da disparoni gibi başka bir cinsel fonksiyon bozukluğunun sonucu olarak ortaya çıkarlar. Cinsel tiksinti bozukluğu olan kadınlarda cinsel ilişki ruhsal veya fiziksel olarak ağrılı hale gelmiştir. İlerleyici bir prognozu vardır ve tedavi edilmediğinde kendiliğinde iyileşme gerçekleşmez (106,114).

Cinsel tiksinti bozukluğunun tedavisi: Nedene yönelik tedavi planlanır. Nedene yönelik etkenlerin bulunup çözümlenmesi zaman alır.

2. Cinsel Uyarılma Bozukluğu

Cinsel uyarılma bozukluğu DSM–IV-TR'de sürekli ya da tekrarlayıcı olarak; kişisel heyecanın, genital (lubrikasyon/kabarıklık) veya diğer yanıtların yokluğuyla karakterize olan yeterli cinsel heyecana ulaşamama veya sürdürememe durumudur. Cinsel uyarılma bozukluğu çiftler arasındaki iletişimi olumsuz etkiler (62,102,112). Bir başka deyişle cinsel uyarılma bozukluğu genital yanıt yetersizliğidir. Genellikle CFB ile birlikte görülür.

Cinsel uyarılma bozukluğu; vajinal kuruluk, klitoral ve labial duyarlılığın azalması, klitoral orgazmın azalması ve vajinal düz kaslarda gevşemenin kaybolması ile karakterizedir (104). Cinsel uyarılma bozukluğu olan kadınlarda cinsel uyarılma davranışlarına rağmen bedende ve genital organlarda beklenen fizyolojik değişiklikler oluşmaz ve buna bağlı olarak kadın cinsel uyarılma duyumlarını hissetmez. Cinsel uyarılma ile ilgili duyumları alamayan kadında genital organlara kan akışında artış, vajinal dilatasyon ve lubrikasyon oluşmaz. Buna bağlı olarak cinsel yönden tam uyarılmayan kadında rahat ve memnuniyet sağlayan cinsel birleşme gerçekleşmez (57,62,112).

Cinsel uyarılma bozukluklarının prevelans çalışmalarına göre yaşam boyu sağlıklı kadınlarda uyarılma bozukluğu %10-18, 20-70 yaş grubu cinsel aktif 1300 kadının incelendiği çalışmada kadınların %22'sinde uyarılma bozukluğu, 40-65 yaş arası 378 bayan ile yapılan bir çalışmada cinsel uyarılma bozukluğunun %37, cinsel uyarılma bozukluğu olduğu belirlenmiştir (60,110,111). Kadın cinsel semptomları ile ilgili yapılan birçok prevalans çalışmasına göre

cinsel uyarılma bozukluğunun prevalans oranı %12-%64 arasında değişmektedir (109,110,115,116).

Cinsel uyarılma bozukluğunun etiyolojisi: Psikolojik ya da organik nedenlere bağlı olarak meydana gelir. Psikolojik nedenler; inaçlar, ayıp-günah düşünceleri, suçluluk duyguları, cinsel travmalar, cinsellikle ilgili yeterli bilgiye sahip olmama, eşle iletişim eksikliği, ön sevişmenin kısa tutulması, cinsel uyarının yetersizliği ve cinsel ilişkinin azlığı kadınlarda cinsel uyarılma bozukluğuna neden olan psikolojik nedenlerdir (57,106,112).

En önemli organik nedenler arasında ise kadınlardaki hormonal değişim (hiperprolaktinemi, laktasyon ve menapoz), diyabetik nöropati, otonom sinir sistemini etkileyen nörolojik hastalıklar, jinekolojik hastalıklar ve östrojen yetmezliği, yaşlanma, ilaç ve madde kullanımı organik cinsel uyarılma bozukluğuna neden olmaktadır (57,106,112).

Cinsel uyarılma bozukluğunun tedavisi: Cinsel uyarılma bozukluklarının tedavisi nedene yönelik planlanmalıdır. Psikolojik nedenlere bağlı olarak gelişen cinsel uyarılma bozukluklarında uzun süreli psikoterapi tercih edilir. Bazı vakalarda ise bilişsel davranışçı terapinin uyarılma ve cinsel tatmini düzeltmede etkili olduğu tespit edilmiştir (112,117).

3. Orgazm Bozuklukları

Orgazm; bilinç halinde geçici değişiklikler yaratan, ani, geçici ve yoğun zevk hissi veren, istemsiz olarak pelvik çizgili kasların ritmik kontraksiyonları ve bunlarla beraber uterin ve anal kontraksiyonlar ile karakterize ve cinsel olarak indüklenmiş vazokenjesyonu çözen myotoni ile seyreden kendini iyi hissetme ve rahatlama halidir. Kadınlarda orgazm çeşitli genital ve genital olmayan bölgelerin erotik uyarılar ile indüklenebilir. Cinsel uyarılma ve orgazm için en olağan uyarı bölgeleri klitoris, vajina ve meme ucudur. Üreme çağındaki kadında yeterli düzeyde cinsel uyarılmanın sürdürüldüğü durumlarda orgazma erişme için ortalama 10-20 dakika gerekmekte, bu süre menopozal dönemde 25-30 dakikaya ulaşılmaktadır (112,118,119).

Üreme çağındaki kadınlarda sağlıklı ve memnuniyet sağlayan cinsel yaşamın en önemli noktalarından biri orgazmdır. Kadında psikoseksüel fonksiyonun sağlıklı olup olmadığı kadının orgazm yaşantısına bakılarak anlaşılır. Çünkü kadın için orgazm, bedensel ve psikolojik etkileşimin önemli rol oynadığı içsel doyum elde etme durumudur. Kadının orgazma ulaşabilmesi için yeterli cinsel uyarılmanın yanında psikolojik, sosyal ve kültürel faktörlerin orgazmı kolaylaştırıcı şekilde olması gerekmektedir (120).

Orgazm bozukluğu; cinsel uyarılma evresinden sonra orgazmın sürekli olarak ya da yineleyici bir biçimde gecikmesi, hiç olmaması ya da orgazm yoğunluğunda azalma olması demektir (118,121).

Amerikan Psikiyatri Derneğinin 2013'de yayınlanan Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Fifth Edition-5'e (DSM-V) göre kadın orgazm bozukluğu; orgazmda zorluk yaşanması ve/veya orgazm duygusunun yoğunluğunda belirgin azalma olması ile karakterize CFB'dir (122).

DSM-V'in kadınlarda orgazm bozukluğu (KOB) tanı kriterleri:

A) Aşağıdaki semptomların varlığı ve hemen hemen tüm ya da yaklaşık olarak %75-100 cinsel aktivite fırsatlarının yaşanması:

1. Orgazmda belirgin gecikme, belirgin seyreklik ya da yokluk

2. Orgazm duygusunun yoğunluğunda belirgin azalma

B) A kriterindeki semptomların en az yaklaşık olarak 6 aydır var olması

C) A kriterindeki semptomların bireyde klinik olarak önemli rahatsızlık yaratması

D) CFB'nin cinsel olmayan ruhsal hastalıklarla, şiddetli ilişki sıkıntısı, stresör faktörler, madde ve ilaç kullanımı ya da başka bir durumun etkisine yüklenmesi.

Bazı kadınların memnuniyeti sağlayan cinsel birleşme için orgazmın şart olmadığı, cinsel ilişkide sevgi, yakınlık duygusu ve değer verildiğini hissetmelerinin cinsel ilişkiden yüksek doyum ve memnuniyet sağlamaları için yeterli olduğu bildirmektedirler. Bu nedenle DSM-V'de orgazm olamama kadında anlamlı bir rahatsızlık oluşturmuyorsa, kadına orgazm bozukluğu tanısı konulmamasını önermektedir (Kriter C). Koitus sırasında vajinal orgazma ulaşamayan fakat klitoral uyarı ile orgazma ulaşan kadınlar orgazm bozukluğu olarak değerlendirilmemelidir (118,121).

Orgazmik bozukluklar primer ve sekonder olmak üzere ikiye ayrılır. Primer orgazmik bozukluk; kadının hayatı boyunca hiç orgazm yaşamamasıdır. Etiyolojisinde travma ya da cinsel istismar yer almaktadır. Sekonder orgazmik bozukluk; daha önce orgazm problemi olmayıp geçirilmiş pelvik cerrahi ya da ilaçlara bağlı olarak sekonder gelişen bozukluktur (112,118).

Kadınlarda orgazm bozukluklarının prevelans çalışmalarına göre, 20-70 yaş grubu cinsel aktif 1300 kadının incelendiği çalışmada, herhangi bir nedene bağlı olarak kadınların %19'da orgazmik bozukluk yaşandığı (110), 29 ülkede yaşları 40-80 arasında değişen 13.882 kadınla yapılan çalışmaya göre kadınların %21'inin orgazm bozukluğu yaşadığı saptanmıştır (109). Çin'de yapılan bir araştırmada 21-40 yaş arası kadınların %40'ının orgazma ulaşamadıkları

tespit edilmiştir (107). Amerikan Ulusal Sağlık ve Sosyal Yaşam Araştırması'nda 18-59 yaş 1749 kadından elde edilen verilere göre kadınlarda orgazm bozukluğunun prevelansı %24 olarak bulunmuştur (109). 40-65 yaş arası 378 kadın ile yapılan çalışmada ise orgazm bozukluğu ise %31,1 oranında bulunmuştur (111). Çayan ve ark. 179 kadınla yaptığı çalışmada kadınların %45,8'inin orgazma ulaşamadıklarını saptamıştır (89). Öksüz ve Malhan'ın 18-55 yaş arası 518 kadın üzerinde yürüttüğü çalışmada orgazm bozukluğu prevelansı %42,7 olarak bulunmuştur (90). ABD'de 30.000 kadını içeren PRESID çalışmasında, orgazm bozukluğu prevelansı %21 olarak bulunmuştur (118,123). Katılımcı ülkeler arasında Türkiye'nin de bulunduğu Cinsel Tutum ve Davranışlar Çalışması'nda 40-80 yaş arası kadınlarda orgazm bozukluğu prevelansının %18 - %40 arasında değiştiği, Türkiye'ninde dahil olduğu orta doğu bölgesinde orgazm bozukluğu prevelansının %23 olduğu tespit edilmiştir (109,118). Kadın cinsel semptomları ile ilgili yapılan birçok prevelans çalışmasına göre orgazm problemleri prevelans oranının %16-%48 arasında değiştiği görülmektedir (109,110,115,116).

Orgazm bozukluklarının etiyolojisi: Kadında orgazm bozuklukları çok sayıda faktörden etkilenir. Genel sağlık durumu, kardiyolojik hastalıklar, renal hastalıklar, nörolojik hastalıklar, depresyon gibi psikolojik hastalıklar kadında orgazm bozukluklarına neden olabilir. Düşük eğitim düzeyi, inanışlar, cinsel deneyim konusunda suçluluk duyma, cinsel mitler kadında anksiyeteye neden olarak orgazmı olumsuz etkileyen psikososyal etmenler arasında yer almaktadır. Anksiyete, depresyon, beden algısı ve duygusal durumlar, bilişsel ve duygu durumuna bağlı etmenler arasında yer alıp orgazmı etkiler. Kadının eşi ile cinsel konularda iletişim yetersizliği, eşinin cinsel tercihi ve deneyimi, eş ile memnuniyetsizlik ve evlilik ile ilgili sorunlar ilişkiye dair etmenler olup çiftler arasında orgazm bozukluklarına neden olur. Çocukluk çağında fiziksel, ruhsal ve cinsel istismar ya da erişkinlikte cinsel istismar öyküsü cinselliğe karşı olumsuz duygular oluşmasına neden olarak orgazm bozukluklarına neden olur (117,118,123).

Kadında orgazm bozukluğunda tanı: Kadında orgazm bozukluğunun tanısı DSM-V tanı kriterlerine bakılarak koyulmaktadır. Tanı koymada diğer önemli bir nokta ise cinsel öykü alınması esnasında hekimin ve hemşire tarafından CFB'nin belirtisi olan tanı kriterlerinin fark edilmesidir. Hekim ve hemşireler kendini rahatsız hissetmek ve cinsel öykü alma konusunda yeterli eğitim almamak gibi nedenlerle çoğu zaman cinsel öykü almaktan kaçınırlar. Amerikan

Jinekoloji ve Obstetrik Birliği cinsel öykü almayı kolaylaştırmak için hastanın kendisinin doldurduğu, Kısa Cinsel Semptom Listesi geliştirmiştir (119,117,118,124).

4. Cinsel Ağrı Bozuklukları

Dünya Cinsel Sağlık Birliği cinselliği her bireyin kişiliğinin ayrılmaz bir parçası olarak tanımlar. DSÖ cinsel sağlığı; cinsellikle ilgili olarak fiziksel, duygusal, ruhsal ve sosyal açıdan tam bir iyilik hali olarak tanımlamaktadır. Cinsel aktivite sırasında genital ağrı duyan kişilerin, DSÖ tarafından verilen tanımlamaya göre cinsel olarak sağlıklı sayılabilmeleri mümkün değildir (90,114,125,126).

DSM IV-TR cinsel ağrı bozuklukları disparoni ve vajinismus olarak iki kategoride sınıflandırılmıştır: (90,127).

Disparoni: Erkekte ya da kadında cinsel ilişkiye, sürekli ya da tekrarlayıcı olarak eşlik eden genital ağrı varlığıdır. Vajinismus ve yetersiz lubrikasyona bağlı olarak meydana gelen bu bozukluk kişilerarası ilişkilerde belirgin sıkıntıya ve zorluklara neden olur.

Vajinismus: Vajinanın üçte birlik bölümünün kaslarında koitusu engelleyecek bir biçimde, sürekli ya da tekrarlayıcı bir biçimde istem dışı kasılma durumudur. Vajinusmusta, kişilerarası ilişkilerde belirgin bir sıkıntıya ve zorluklara neden olur.

Cinsel ağrı bozukluklarında ayırıcı tanı: DSM-TR-IV tanı sisteminde disparoni tanısı almak için vajinismus tanısını dışlamak gerekmektedir. Cinsel ilişkide ağrısı olan bir kadın öncelikli olarak vajinismus açısından değerlendirilmelidir (90,125,126,127).

CİNSEL FONKSİYON BOZUKLUKLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ, TANILANMASI, TEDAVİ SÜRECİ VE HEMŞİRENİN ROLÜ

Hemşirelik kuramcılarından Virginia Henderson'un kendine model aldığı Abraham Maslow'un temel insan gereksinimleri piramidinin üçüncü basamağını oluşturan cinsellik, fizyolojik gereksinimler ve güven gereksiniminden sonra ait olma, sevgi gereksinimi basamağında yer almaktadır. Bu açıdan cinsellik, günlük yaşam aktiviteleri ve temel insan gereksinimlerine holistik yaklaşımla odaklanan hemşirelik bakımının vazgeçilmez bir parçasıdır. Cinsellik ve CFB hemşirelerin bakım vermesi gereken temel konular arasında yer almaktadır. Ancak CFB yaşayan kadınlar genellikle utanma, suçluluk duygusu, mahremiyet duyguları nedeniyle profesyonel yardım almaktan kaçınırlar. Bu nedenle hemşirelerin CFB'nin

değerlendirilmesi, tanılanması, tedavi sürecinde bilgi vermek, danışmanlık sunmak ve rehabilite etmek gibi rolleri bulunmaktadır (104).

Hemşirelik Bakımında Cinsel Konuların Etkili Bir Şekilde Ele Alınabilmesi İçin Hemşirelerin Sahip Olması Gereken Özellikler

Cinsellikle ilgili rahatlık: Hemşirelik bakımında cinselliğin değerlendirilebilmesi için hemşirelerin cinsel konulara bakışının profesyonel olması gerekmektedir. Fakat cinsellik birçok hemşire için konuşulmaktan kaçınılan bir konudur. Öncelikle hemşirenin kendi değer yargılarının farkına varması ilk adımdır. Cinsellikle ilgili rahatlık kazanılabilmesi için cinsellikle ilgili eğitim alınması ve cinsellikle ilgili kelimelerin eş anlamlarının kullanılması önerilmektedir. Bu davranışlar hemşirenin bireyin sorularına ön yargılı davranmasını engellemeye yardımcı olacaktır. Hemşirenin hastayla cinselliği rahat görüşmesi için önemli diğer bir nokta hemşirede çok boyutlu cinsellik algısının gelişmesidir. Kapsamlı cinsellik algısı kadınların cinsellikle ilgili endişelerini anlamayı kolaylaştıracaktır (128,129,130).

Etkili iletişim becerisi: Etkili iletişimin başlaması için öncelikle mahremiyetin sağlandığı, hastanın kendini rahat hissedeceği, samimi bir görüşme ortamı ayarlanmalıdır. İletişimin başlagıcında hastanın kolayca yanıtlayabileceği sorular tercih edilmelidir. Hemşire iletişim aşamasında beden imajı, benlik saygısı, hastanın korku ve endişelerine yönelik sorulara da yer vermelidir. İletişim sürecinde açık, sade ve tıbbi terminolojiden uzak anlatım yolu tercih edilmelidir. Cinsellikle ilgili bazı soruların sorulmasında zorluk yaşandığında hemşire hastayı yargılamadan objektif bir dinleyici olarak dinlemeli ve hastayı cinsellikle ilgili soru sormaya teşvik ederek hastanın ön yargılarını kırmaya yardımcı olmalıdır (128,129,130).

Sağlık ve hastalık durumunda cinsellikle ilgili temel bilgi: Hemşirelerin üreme çağındaki kadının cinselliğini değerlendirebilmesi için cinsellikle ilgili temel bilgi olan anatomi, fizyoloji, üreme, cinsel fonksiyon fizyolojisi gibi konularda bilgi sahibi olması gerekmektedir. Hemşirelerin cinsellikle ilgili bakımda bulunabilmeleri için gerekli bilgi ve donanımla mezun olmaları ve yeterince bu konuda bilgiye sahip olmayan hemşirelerin hizmet içi eğitimlerle bu açığını kapatması gerekmektedir (128).

Cinsel fonksiyon bozukluklarının değerlendirilmesi ve tanılanması: CFB'larinin değerlendirilmesi; cinsel öykü alma, fiziksel muayene, laboratuvar testleri ve tanılayıcı testlerin uygulanması basamaklarını içermektedir (104).

1. Cinsel öykü alma: Bu aşamada CFB'na neden olan organik bir sorunun olup olmadığını değerlendirmek için kadının ayrıntılı tıbbi öyküsü alınmalı ve cinselliği değerlendirmeye yönelik sorular sorulmalıdır. Tıbbi öykü alma kadının yaşı, eğitim düzeyi, mesleği, medeni durumu, aile tipi, ekonomik durumu, cinsel partnerin yaşı, mesleği, evlilik sayısı gibi sosyodemografik sorular ile başlamalıdır. Ardından kronik hastalıklar, geçirilen operasyonlar, kullanılan ilaçlar, soy geçmiş ve jinekolojik öykü (menstruasyon düzeni, menopoz yaşı vb.) sorgulanmalıdır (104, 131).

Cinsel öykü alınırken şu örnek sorular sorulabilir:

- Cinsel ilişkiye giriyor musunuz? Bulunuyorsanız cinsel ilişki sıklığınız haftada kaç kez?
- En son ne zaman cinsel ilişkide girdiniz?
- Düzenli bir cinsel partneriniz var mı?
- Başka cinsel partneriniz var mı? Herhangi bir zamanda, aynı anda birden fazla cinsel partneriniz oldu mu?
- İlk kez cinsel ilişkiye girdiğinizde kaç yaşındaydınız?
- Cinsel ilişki sırasında ya da sonrasında ağrınız olur mu?
- Cinsel ilişkiden zevk alıyor musunuz?
- Orgazm olabiliyor musunuz? Ne oranda orgazm oluyorsunuz?
- Genellikle penis-vajina ilişkisiyle mi yoksa daha önce mi orgazm olursunuz?
- Son zamanlarda cinsel ilişkilerinizde herhangi bir değişiklik oldu mu? Olduysa bu değişikliğin ne olduğunu anlatabilir misiniz?
- Şuanki cinsel yaşamınızdan memnun musunuz?
- Sizce eşiniz şuanki cinsel durumunuzdan memnun mu? (131)

Cinsel öykü alma kadınların cinsel gelişim öyküsü, genel cinsel rutinleri ve şu anki cinsel yakınma basamaklarını içermelidir. Cinsel gelişim öyküsünde; kadının ergenliğe ve sekonder seks karakterlerinin gelişimine ilk tepkisi, mastürbasyona yönelik alışkanlıkları, cinsel istismar ya da taciz öyküsü, öpüşme sevişme gibi cinsel yakınlaşmalar ve ilk cinsel deneyim hikayesi değerlendirilmelidir. Kadının şu anki cinsel yakınmaları değerlendirilirken cinsel eşi ile evlilik hikayesi, cinselliğe ilişkin geleneksel inanç ve tutumlar, ilişkinin cinsel açıdan tatmin düzeyi

ve eşi ile cinsel uyumu sorgulanmalıdır. Kadının cinselliğe ilişkin utanç, korku, tiksinti gibi duygulanımları, cinsel istek ve uyarılma düzeyi, tatmin olma, disparoni, orgazm olabilme durumu, orgazm sıklığı ve klitoral orgazm durumu değerlendirilmelidir (104).

2. Fizik muayene: CFB'nu tanılamada kullanılan fizik muayene, bozukluğun organik kaynaklı mı ya da genital organ kaynaklı olup olmadığını tespit etmede yarar sağlar. Fizik muayenenin doğru yapılması değerlendirmenin en önemli aşamasıdır. Kadınlara cinsellik hakkında eğitim vermek için iyi bir fırsat olan fizik muayene nörolojik sistemin değerlendirilmesiyle başlar, iç ve dış genital organların değerlendirilmesiyle son bulur. Vajinal muayene de vajinal giriş, labiumlar, klitoris, cilt turgoru ve kalınlığı gözlenmelidir. Labial bezlerin akut veya kronik enfeksiyonları, ciltte hassasiyet, renk ve yapı değişikliklerine yol açabilir. Vajinal akıntı olup olmadığı kontrol edilir. Klitorisin uyarılamaması, cinsel fonksiyonda uyarılma evresinin ve orgazmın oluşmamasına neden olur. Postmenopozal dönemde hormonal değişikliklere bağlı olarak genital organlardaki değişiklikler, fissürler, atrofi göze çarpabilir. Vajinal tuşe sırasında üretra, rektum, uterus, adneksler ve pelvik taban kas yapısı ve prolapsus değerlendirilmesi yapılır (104,131).

Laboratuvar Testleri ve Özellik Gerektiren Tanılayıcı Testler

CFB'nun değerlendirilmesinde fizik muayeneden sonra laboratuvar testleri ve genital kan akımı ölçümü, vajinal komplians (genişleme) ölçümü, genital duyarlılık testi ve vajinal ısı ölçümü yapılmaktadır. Bu aşamada hemşire kadına uygulanacak testlerin amacı, yapılış şekli, yarar ve riskleri hakkında bilgi vermeli, hastanın merak ettiği konularda danışmalık yapmalıdır (132).

Yapılan başlıca laboratuvar testleri; plazma östrodiol, serbest testesteron, total testesteron, tiroid fonksiyon testleri, prolaktin, total kolesterol, trigliserid, FSH, glikoz testi, HBA1C; bunun yanı sıra serotonin, dopamin, epinefrin, norepinefrin, histamin, opioidler gibi nörotransmitterler ve nöropeptidler; tam kan sayımı ve kreatin değerlerinin ölçümüdür (131).

Genital kan akımı ölçümü, özellikle vasküler patolojilerin saptanmasında önemlidir. Vajinal pH ölçümü; kadın cinsel fonksiyonunda uyarılma evresindeki vajinal lubrikasyonu değerlendirmek amacıyla yapılan tanı yöntemidir. Vajinal komplians ölçümü, vajinanın düz kas gevşemesi ölçümü yapılarak değerlendirilebilir. Cinsel uyarı ile vajinal çapın artması ve vajina içi basıncın düşmesi beklenmektedir. Genital duyarlılık testi (biothesiometri testi) ile genital (klitoris, labiumlar, vajina) ve ekstragenital bölgelerin (meme başı, kulak memesi)

biyothesiometri cihazı kullanılarak vibrasyon ısı ve basınç gibi duyu duyarlılıkları ölçülür. Vajinal ısı ölçümü, kan akımı ile birlikte vajinal ısının artması beklenir (131).

Cinsel Fonksiyon Bozukluklarının Tedavi Sürecinde Hemşirenin Rolü

Cinsellikle ilgili kapsamlı veri toplama aşamasının ardından belirlenen cinsel sorunlarının çözümüne yönelik olarak yapılması gereken hemşirelik uygulamalarının temelini hemşirelerin eğitim ve danışmanlık rolleri oluşturmaktadır.

Bu hususta hemşirelerin dikkat etmesi gereken noktalar şunlardır:

Kadına kendini rahat ifade edebileceği güven ortamı oluşturulmalıdır. Bu süreçte kadın partneriyle yaşadığı sorunları konuşması için desteklenmelidir.

Kadın ve eşinin genital organlarının yapısı ve fizyolojisine ilişkin bilgi düzeyleri değerlendirilmeli, gereksinim duyduğu konuya yönelik eğitim çiftlerin anlayabileceği şekilde verilmelidir. Cinsel sorunların çözümünde etiyolojiye yönelik tedavi planlanmalıdır. Tedavi planlanırken gebelik, emzirme ve menopoz gibi cinselliği etkileyebilecek gelişimsel dönemler göz önünde bulundurulmalıdır. Örneğin; postmenopozal dönemdeki vajinal kuruluk ve disparoni şikayeti olan kadınlara vajinal lubrikantlar önerilmelidir. Diyabetik ve tekrarlayan vajiniti olan kadınlarda cinsel sorunlarının çözümlenmesi için kan glikoz düzeyinin normal sınırlarda tutulmasına yarar sağlayacak diyabetik diyet anlatılmalıdır. Genital ve idrar yolu enfeksiyonlarından korunmak için kadınlara perine hijyeni hakkında eğitim verilmelidir. Kalp hastalarında kullanılan ilaçların cinsel döngüyü nasıl etkilediği ve cinsel ilişki yasağına neden olup olmadığı hakkında bilgi verilmelidir. Pelvik bölge ameliyatlarından sonra cinselliğin ne derece etkileneceği, operasyon sonrası komplikasyonlar, tekrar cinsel yaşama ne zaman başlanılabileceği hakkında eğitim verilmelidir. Gebe kadında erken doğum riski yoksa gebelik dönemi boyunca cinsellik kısıtlanmamalıdır. Gebelik dönemine uygun cinsel poziyonlar ve genital hijyen konusunda gebe kadına bilgi verilmelidir. Ayrıca emzirme döneminde prolaktin hormonunun etkisine bağlı olarak oluşan vajinal kuruluk ve disparoniyi önlemek için vajinal lubrikantların kullanımı önerilmelidir. Vajinusmusun olduğu vakalarda solunum egzersizleri, gevşeme teknikleri, stresle baş etme yöntemleri ve öfke kontrolü konusunda eğitim verilmelidir. Eş/cinsel partner ile iletişim kurma ve sosyal birliktelik durumu değerlendirilmelidir (104,131,132).

Cinsel isteksizlik ve cinsellikten tiksinme durumlarında cinsel eş/partnere cinsel istek duyma için duyulara odaklanma egzersizi (DOE) yaptırılabilir. DOE' de amaç cinsel ilişkiyi adım adım teşvik ederek, eşlerin karşılıklı olarak birbirlerini yeniden keşfetmelerine olanak

sağlamaktır. DOE üç aşamadan oluşmaktadır. İlk aşamada eşler karşılıklı yüz yüze oturarak cinsel organlarına ve göğüslerine dokunmadan beden incelemesi yaparlar. İkinci aşamada eşler cinsel organlarına ve göğüslerine dokunarak cinsel organ incelemesi yaparlar. Fakat bu aşamada vajinal penetrasyona izin vermezler. Son aşamada ise eşlerin cinsel ilişki ile beden incelemesi yaptıkları aşamadır (133).

Tablo 1. Duyulara Odaklanma Egzersizi (DOE) (133)

Birinci Aşama: Beden İncelenmesi
Cinsel ilişki, cinsel organlara ve göğüslere dokunma yok
1.Düzey: Yüz yüze oturma (Boyundan yukarıya dokunmaya izin verilebilir)
2.Düzey: Yüz yüze oturma (Bütün vücuda dokunmaya izin verilebilir)
3.Düzey: Sarılarak inceleme
İkinci Aşama: Cinsel organlara ve göğüslere dokunma ile birlikte bedenin incelenmesi
Cinsel ilişkiye izin verilmez
1.Düzey: Yüz yüze oturma (Yalnızca göğüslere dokunma)
2.Düzey: Bütün diğer dokunmalarla birlikte cinsel organlara hafif dokunma
3.Düzey: Orgazma ulaştırabilecek kadar derecede cinsel organlara dokunmaya izin verilir
Üçüncü aşama: Cinsel ilişki ile birlikte beden incelenmesi
1.Düzey: Hiçbir itme olmaksızın kendiliğinden penisin vajinaya girmesi
2.Düzey: Dişi partnerin hafif itmesi ile penisin vajinaya girmesi
3.Düzey: Penisin tamamen itilmesi ve orgazm yaşanması

Kadın CFB'nun klinikte değerlendirme, tanılama ve tedavi sürecinde hemşirelerin başta eğitim ve danışmanlık olmak üzere pek çok rolü bulunmaktadır. Hemşirelerin bu rollerini holistik bir yaklaşım çerçevesinde gerçekleştirmeleri kadın CFB'nun erken dönemde teşhis edilmesi ve uygun müdahaleler ile çözümlenmesi açısından oldukça önem taşımaktadır. Bu nedenle hemşirelerin CFB'na yönelik yaklaşımları bilimsel bir problem çözme niteliği taşımalı ve hemşirelik bakım sürecinde yer almalıdır.

GEREÇ VE YÖNTEM

ARAŞTIRMANIN TİPİ VE AMACI

Araştırma, 18-49 yaş arası üreme çağındaki evli kadınların cinsel fonksiyonlarından memnuniyet durumu, cinsel semptomları ve bu semptomların cinsel yaşam kalitesi üzerine etkisini incelemek amacı ile tanımlayıcı ve kesitsel tipte planlandı.

ARAŞTIRMA SORULARI

18-49 yaş arası üreme çağındaki evli kadınların;

1. Cinsel fonksiyonlarından memnuniyet durumu nasıldır?
2. Cinsel fonksiyon bozukluğu prevelansı kaçtır?
3. Cinsel semptomlarını hangi düzeyde yaşamaktadırlar?
4. Cinsel yaşam kalitesi düzeyi nasıldır?
5. Sosyo-demografik özelliklerinin cinsel semptomlar ve cinsel yaşam kalitesi üzerine etkisi nasıldır?
6. Cinsel hayattan memnun olma durumu ile cinsellik ile ilgili özelliklerinin, cinsel semptomları ve cinsel yaşam kalitesi üzerine etkisi nasıldır?
7. Cinsel semptomları ile cinsel yaşam kalitesi arasındaki ilişki nasıldır?
8. Belirli yaş aralıklarına göre (18-19, 20-24, 25-29, 30-34, 35-39, 40-44, 45-49) yaşadıkları cinsel semptomlar ile cinsel yaşam kalitesi arasındaki ilişki nasıldır?

ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN

Araştırma verileri, Temmuz 2015-Nisan 2016 tarihleri arasında Edirne ve Kırklareli il merkezlerinde ikamet eden evli kadınlardan toplandı.

ARAŞTIRMANIN EVRENİ

Araştırmanın evrenini, 2014 yılı TUİK verilerine göre Edirne'de ikamet eden 18-49 yaş arası 89372 kadın, Kırklareli'nde ikamet eden 18-49 yaş arası 77330 kadın oluşturmaktadır.

ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ

Araştırmada, Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin skorları üzerine olası 21 bağımsız faktörün etkisini R2=0.03, %5 yanılma payı ve %80 power değeri ile örneklem sayısı n=980 olarak belirlendi. Olası kayıp veriler dikkate alınarak 1004 kişi çalışmaya dahil edildi. 2014 yılı TUİK verilerine göre 1004 kişi şehir nüfuslarına göre ağırlıklandırılarak, 537'si Edirne il merkezinden, 467'si Kırklareli il merkezinde ikamet eden evli kadınlar örnekleme alındı. Edirne ve Kırklareli il merkezlerinde mahalle muhtarlıkları ile iletişime geçilerek, mahallede yaşayan 18-49 yaş arası evli kadınların hangi adreslerde yaşadıkları tespit edildi. Tabakalı örneklem metodu ile kadınlar yaş gruplarına göre tabakalandırılarak çalışmaya dahil edildi.

Tablo 2. Örneklem sayısının Edirne ve Kırklareli illerinde yaş aralıklarına göre dağılımı

Yaş	Edirne	Kırklareli
18-19	77	62
20-24	88	65
25-29	75	68
30-34	80	73
35-39	77	73
40-44	71	67
45-49	69	59

ARAŞTIRMAYA DAHİL EDİLME KRİTERLERİ

- Araştırmaya katılmayı kabul eden 18-49 yaş arası evli, sağlıklı, cinsel aktif, gebe olmayan ve menopoza girmemiş kadınlar araştırmaya dahil edildi.

ARAŞTIRMAYA DAHİL EDİLMEME KRİTERLERİ

- 18 yaş altı ve 49 yaş üstü, evli olmayan, sağlık sorunları olduğunu beyan eden, cinsel aktif olmayan, gebe olan ve menopoza girmiş kadınlar araştırmaya dahil edilmedi.

VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmanın verileri literatür incelenerek hazırlanan anket formu (EK 2), Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği-Kadın Formu (EK 3) ve Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın Formu (EK 4) ile toplandı (3,8,65,128,134).

Anket Formu

Anket formu; kadınların sosyo-demografik özellikleri ile ilgili 13 soru, doğum ile ilgili 2 soru, cinsellikle ilgili 6 soru içermekte olup toplam 21 sorudan oluşmaktadır (3,8,65,128,134).

Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği-Kadın/ACYÖ-K (Arizona Sexual Experiences Scale-Female)

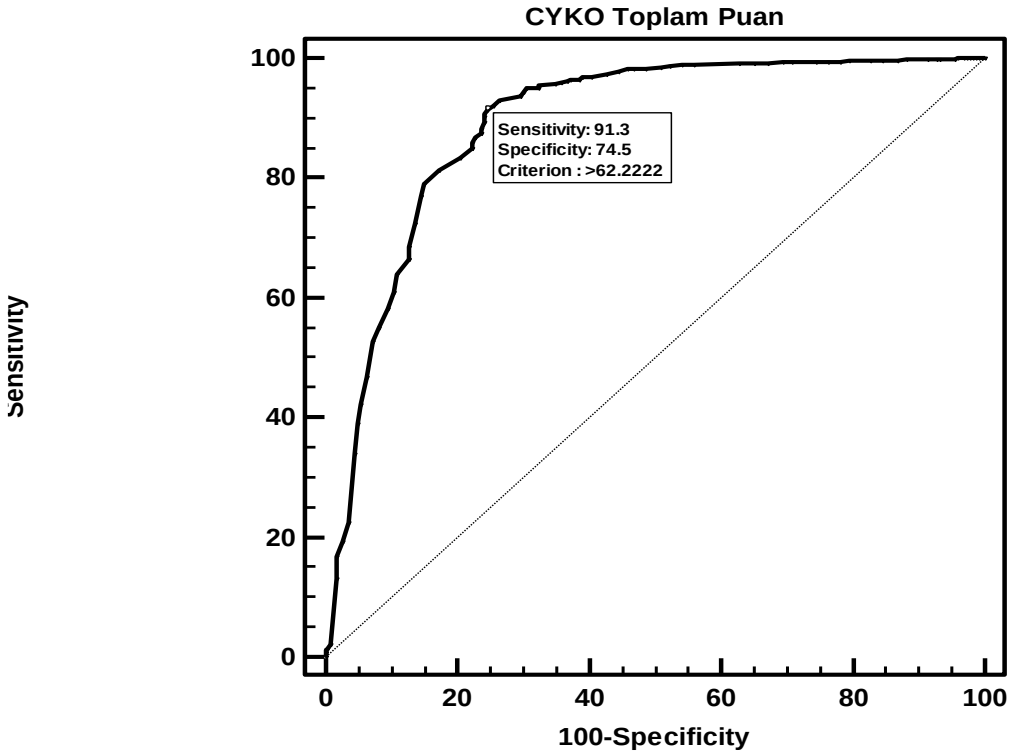
Kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluklarını değerlendirmek amacıyla McGahuey ve arkadaşları tarafından 2000 yılında geliştirilen ACYÖ-K, Soykan tarafından 2004 yılında Türkçe'ye uyarlanmıştır (135). Ölçeğin kadın ve erkek için ayrı formları bulunmakta olup bu çalışmada kadın formu kullanılmıştır. Ölçek beş maddeden oluşmakta ve altılı likert tipi değerlendirme yapılmaktadır. Ölçek; "cinsel istek", "uyarılma", "vajinal lubrikasyon", "orgazm" ve "cinsel doyum" olarak 5 alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçekte her bir madde 1-6 arasında puanlanmaktadır. Bu çalışmada 1-6 puan sistemi (1=Oldukça istekli/kolay/tatmin edici, 2=Çok istekli/kolay/tatmin edici, 3=Biraz istekli/kolay/tatmin edici, 4=Biraz isteksiz/zor/tatmin etmiyor, 5=Çok isteksiz/zor/tatmin etmiyor, 6=Tamamen isteksiz/oldukça zor/asla olmaz/asla boşalamam/orgazma ulaşamam) kullanıldı. Katılımcıların ölçekten alabilecekleri en düşük puan 5, en yüksek puan ise 30' dur. Ölçekten alınan düşük puan cinsel fonksiyon bozukluğunun olmadığını, yüksek puan ise cinsel fonksiyon bozukluğunu göstermektedir. Soykan çalışmasında, ACYÖ-K için en iyi kesme değeri olan "11" üzerinden cinsel semptom değerlendirmesini yapmış, 11 ≥ cinsel semptomların belirlenme olasılığı %52, 11< cinsel semptomların belirlenme olasılığının oldukça düşük olduğunu belirtmiştir. Soykan, ölçeğin Cronbach Alfa değerini 0,90 olarak belirlemiştir (135). Bu çalışmada ise Cronbach Alfa değeri 0,92'dir.

Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın/CYKÖ-K (Sexual Quality of Life Questionnaire-Female)

CYKÖ-K, Symonds ve ark. tarafından 2005 yılında geliştirilmiş olup ölçeğin Türkçe geçerliliği Tuğut ve Gölbaşı tarafından 2010 yılında yapılmıştır. Ölçek 18 yaşın üzerindeki tüm kadınlara uygulanabilemektedir (128,136). Ölçek 18 maddeden oluşmakta ve altılı likert tipi değerlendirme yapılmaktadır. Her bir maddeyi kadınların son dört hafta içindeki cinsel yaşamlarını düşünerek yanıtlaması beklenmektedir. Ölçekte her bir madde 1-6, ya da 0-5 arasında puanlanmaktadır. Bu çalışmada 1-6 puan sistemi (1=Tamamen katılıyorum, 2=Büyük ölçüde katılıyorum, 3=Kısmen katılıyorum, 4=Kısmen katılmıyorum, 5=Büyük ölçüde

katılmıyorum, 6=Hiç katılmıyorum) kullanılmıştır. 1-6'lı puanlama sistemi ile ölçekten alınabilecek puan aralığı 18-108 arasında değişmektedir. Ölçeğin toplam puanı hesaplanmadan önce 1, 5, 9, 13, 18 numaralı maddelerin puanlarının tersine çevrilmesi gerekmektedir. Hangi puanlama sistemi kullanılırsa kullanılsın ölçekten alınan toplam puan 100'e dönüştürülmelidir. Toplam ölçek puanın 100'e dönüştürülmesi için (ölçekten alınan ham puan-18)x100/90 formülünün kullanılması gerekmektedir. Ölçekten alınan puanın yüksek olması cinsel yaşam kalitesinin iyi olduğunu göstermektedir (128,136).

Bu çalışmada ROC analizi yöntemi kullanılarak; kadınların cinsellikten memnun olup olmadıklarına yönelik CYKÖ-K toplam puanı için kesme puanı >62 olarak hesaplanmıştır. ROC eğrisi altında kalan alan değeri (AUC=0.890) oldukça yüksek ve istatistiksel anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$). Bu kesme noktasında oldukça yüksek kestirim değerleri (sensitivite değeri %93,3, spesifite değeri %75.4, PKD değeri %93,3 ve NKD değeri %70.9) elde edilmiştir (Şekil 2). Buna göre CYKÖ-K toplam puanı için kesme puanı >62 olanların cinsel yaşam kalitesi iyi olarak değerlendirilmiştir. Tuğut ve ark. ölçeğin Cronbach Alfa değerini 0.83 olarak belirlemiştir. Bu çalışmada ise ölçeğin Cronbach Alfa değeri 0,94'tür.



Şekil 2. ROC analizine göre CYKÖ-K toplam puanı için kesme puanı ≤ 62 > olarak hesaplanmasının grafiksel gösterimi

ARAŞTIRMA VERİLERİNİN TOPLANMASI

Araştırmaya katılmaya gönüllü kadınlara, çalışmanın amacı ve veri formunu nasıl doldurulacağı hakkında bilgilendirme yapıldıktan sonra katılımcı araştırmacı tarafından yalnız bırakılarak veri formunu doldurmuştur. Doldurulan anket formu kapalı zarf ile teslim alınmıştır. Anket formunun doldurulması yaklaşık 20 dakika sürmüştür.

ARAŞTIRMA VERİLERİNİN İSTATİSTİKSEL ANALİZİ

Verilerin analizinde T.Ü. Tıp Fakültesi Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim Anabilim Dalında SPSS 20.0 (IBM Corp. Released 2011. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 20.0. Armonk, NY: IBM Corp) paket programı kullanılmıştır. Çalışmada niceliksel verilerin normal dağılıma uygun olup olmadığı tek örneklem Kolmogorov Smirnov testi ile incelendi. İki kategoriden oluşan değişkenlerin karşılaştırılmasında normal dağılım gösterenler için Student t testi, normal dağılım göstermeyenler için Mann-Whitney U testi kullanıldı. Üç kategoriden oluşan ve normal dağılım gösteren değişkenlerin karşılaştırılmasında tek yönlü ANOVA, normal dağılım göstermeyenlerin karşılaştırılmasında Kruskal-Wallis test kullanılmıştır. Kategorik verilerin karşılaştırılmasında Ki-Kare testi, değişkenler arası ilişkilerin incelenmesinde Spearman Korelasyon analizi kullanıldı. ROC analizi ile CYKÖ-K toplam puan ortalaması kesme değeri hesaplandı. Sonuçlar ortalama ± standart sapma ya da sayı (%) olarak gösterilmiş olup $p<0,05$ değeri istatistiksel anlamlılık sınır değeri olarak kabul edildi.

ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

Araştırmanın etik açıdan uygunluğu için Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan TÜTF-BAEK 2015-127 sayılı etik onayı alındı. Araştırmaya katılan kadınlar veri formunun beraberinde verilen bilgilendirilmiş onam ile bilgilendirilmiş olup kimlik bilgilerini belirten yazılı imzalı onam alınmamıştır.

ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Kadınların cinsel hayatları ile ilgili konuları paylaşmak istememeleri nedeniyle veri toplama aşamasında anketleri yarım bırakarak çalışmadan ayrılmaları ve/veya katılmayı kabul etmemeleri araştırmanın sınırlılığıdır.

.

BULGULAR

Araştırma, Temmuz 2015-Nisan 2016 tarihleri arasında 18-49 yaş arası üreme çağındaki evli kadınların cinsel fonksiyonlarından memnuniyet durumu, cinsel semptomları ve bu semptomların cinsel yaşam kalitesi üzerine etkisini incelemek amacıyla, Edirne ve Kırklareli il merkezinde ikamet eden 1004 kadın üzerinde yürütüldü.

Araştırmada elde edilen bulgular aşağıda belirtilen başlıklar altında tablolar halinde sunuldu.

- 18-49 yaş arası üreme çağındaki evli kadınların sosyo-demografik özellikleri,
- 18-49 yaş arası üreme çağındaki evli kadınların cinsel fonksiyonlarından memnun olma durumu ile cinsellikle ilgili özellikleri,
- Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği-Kadın (ACYÖ-K) toplam ve alt boyut puan ortalamaları,
- Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın (CYKÖ-K) maddelerinin puan ortalamaları ve toplam puan ortalaması
- 18-49 yaş arası üreme çağındaki evli kadınların sosyo-demografik özellikleri ile CYKÖ-K ve ACYÖ-K toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması,
- 18-49 yaş arası üreme çağındaki evli kadınların cinsel fonksiyonlarından memnun olma durumu ve cinsellik ile ilgili özelliklerinin CYKÖ-K toplam ve ACYÖ-K toplam puanlarının karşılaştırılması,
- 18-49 yaş arası üreme çağındaki evli kadınların ACYÖ-K toplam ve alt boyut puan ortalamaları ile CYKÖ-K toplam puan ortalamaları arasındaki ilişki,
- 18-49 yaş arası üreme çağındaki evli kadınların yaş gruplarına göre ACYÖ-K toplam ve alt boyut puan ortalamaları ile CYKÖ-K toplam puan ortalamaları arasındaki ilişki,
- 18-49 yaş arası üreme çağındaki evli kadınların bazı niceliksel değişkenleri ile CYKÖ-K ve ACYÖ-K toplam puan ortalamaları arasındaki ilişki

18-49 YAŞ ARASI ÜREME ÇAĞINDAKİ EVLİ KADINLARIN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ, CİNSEL FONKSİYONLARINDAN MEMNUN OLMA DURUMU İLE CİNSELLİK İLE İLGİLİ ÖZELLİKLERİ

Tablo 3'te çalışmaya katılan 18-49 yaş arası üreme çağındaki evli kadınların sosyo-demografik özelliklerin dağılımı verilmektedir. Çalışmada kadınların %13,7'sinin yaş aralığı 18-19, %15,3'ünün yaş aralığı 20-24, %14,3'ünün yaş aralığı 25-29, %15,7'sinin yaş aralığı 30-34, %14,8'inin yaş aralığı 35-39, %13,5'inin yaş aralığı 40-44 ve %12,7'sinin yaş aralığı 45-49 idi. Kadınların %53,4'ünün Edirne/Merkez'de yaşadığı, %46,6'sının Kırklareli/Merkez'de yaşadığı belirlendi. Eğitim düzeyinin %56,8'inde lise ve üzeri olduğu saptandı. Kadınların %83,4'ünün çekirdek aile yapısında olup %71,7'sinin çocuk sahibi olduğu belirlendi. %51,6'sının çalıştığı ve çalışanların %42,1'inin memur olduğu bulundu. Gelir durumuna bakıldığında, %63,9'unun gelir giderine eşit olduğu, %57,9'unun sigara ve %90,9'unun alkol kullanmadığı bulundu. Kadınların beden kitle indeksinin (BKİ) 24,7±4,8 olduğu saptandı. Yaşayan çocuk sayılarının ortalama 1,6±0,7 olup %71,7'sinin çocuk sahibi olduğu belirlendi.

Tablo 3. 18-49 yaş arası üreme çağındaki evli kadınların sosyo-demografik özellikleri (n=1004)

	n	%
Yaş		
18-19	138	13,7
20-24	153	15,3
25-29	144	14,3
30-34	157	15,7
35-39	149	14,8
40-44	135	13,5
45-49	128	12,7
Yaşanılan Yer		
Edirne / Merkez	536	53,4
Kırklareli /Merkez	468	46,6
Eğitim Durumu		
İlköğretim ve altı	434	43,2
Lise ve üstü	570	56,8
Aile Yapısı		
Çekirdek aile	837	83,4
Geniş aile	167	16,6
Çocuk var mı?		
Evet	720	71,7
Hayır	284	28,3
Çalışma Durumu		
Ev hanımı	486	48,4
Çalışıyor	518	51,6
Çalışıyor ise meslek		
İşçi	119	23,0
Memur	218	42,1
Özel Sektör	172	33,2
Çiftçi	3	0,6
Diğer	6	1,2
Gelir Durumu		
Gelir giderden az	230	22,9
Gelir gidere eşit	642	63,9
Gelir giderden fazla	132	13,1
Sigara Kullanma Durumu		
Evet	423	42,1
Hayır	581	57,9
Alkol Kullanma Durumu		
Evet	91	9,1
Hayır	913	90,9
BKİ	**$\bar{X}$±SS**	
	24,7±4,8	
Yaşayan çocuk sayınız	**$\bar{X}$±SS**	
	1,6±0,7	

Tablo 4'te 18-49 yaş arası üreme çağındaki kadınların cinsel fonksiyonlarından memnun olma durumu ile cinsellikle ilgili özelliklerinin dağılımı verilmektedir. Buna göre kadınların evlilik sürelerinin ortalama 10,4±9,2 yıl, ilk cinsel ilişki yaşının ortalama 21,14±3,7 olduğu belirlendi. Kadınların %78,1'inin cinsel hayatından memnun olduğu saptandı. Cinsel hayattan memnun olmama sürelerinin ortalama 3,5±3,4 yıl olduğu bulundu. Kadınların %76,2'sinin anlaşarak, %23,8'inin görücü usulü evlendiği tespit edildi. Cinsellik konusunda en sık bilgi alınan yerin %42,8 oranı ile internet olduğu belirlendi. Kadınların cinselliğe bakış açısı incelendiğinde, %48,4'ünün "eşim ile aramdaki en önemli bağ", %35,4'ünün "bedenim için doğal bir ihtiyaç", %8,2'sinin "üreme dışında benim için gereksiz", %4,8'inin "ayıp-günah", %2,5'inin "aklıma gelince tiksiniyorum", %0,8'inin "hayatımda yeri yok" düşüncesinde olduğu saptandı. Kadınların %43,2'sinin cinsel ilişki sıklığının haftada 3-4 kez, %33,5'inin haftada 1-2 kez olduğu belirlendi. Kadınların %89,2'sinin cinsel ilişki öncesi ön sevişmenin önemli olduğunu düşündüğü bulundu. Mastürbasyon yapma durumuna bakıldığında, kadınların %12,2'sinin mastürbasyon yaptığı tespit edildi.

Tablo 4. 18-49 yaş arası üreme çağındaki evli kadınların cinsellikle ilgili özellikleri (n=1004)

	$\bar{X}$±SS	
Evlilik süresi (yıl)	10,4±9,2	
İlk cinsel ilişki yaşı	21,1±3,7	
Cinsel fonksiyonlarından memnun olmama süresi (yıl)	3,5±3,4	
	n	**%**
Cinsel fonksiyonlarından memnun olma durumu		
Evet	784	78,1
Hayır	220	21,9
Evlilik şekli		
Anlaşarak	765	76,2
Görücü usulü	239	23,8
Cinsellik konusunda en sık bilgi alınan yer		
Arkadaş	323	32,2
Aile	109	10,9
Televizyon	55	5,5
İnternet	430	42,8
Kitap/Dergi/Gazete vb.	87	8,7

Tablo 4. (devam) 18-49 yaş arası üreme çağındaki evli kadınların cinsellikle ilgili özellikleri

	n	%
Cinselliğe bakış		
Bedenim için doğal bir ihtiyaç	355	35,4
Eşim ile aramızdaki en önemli bağ	486	48,4
Üreme dışında benim için gereksiz	82	8,2
Ayıp-Günah	48	4,8
Aklıma gelince tiksiniyorum	25	2,5
Hayatımda yeri yok	8	0,8
Cinsel ilişki sıklığı		
Her gün	82	8,2
Haftada 3-4 kez	434	43,2
Haftada 1-2 kez	336	33,5
2 Haftada 1-2 kez	72	7,2
3 Haftada 1-2 kez	27	2,7
Ayda 1-2	53	5,3
Cinsel ilişki öncesi ön sevişmenin önemli olduğu düşüncesi		
Evet	896	89,2
Hayır	108	10,8
Mastürbasyon (kendi kendini tatmin etme) yapma durumu		
Evet	122	12,2
Hayır	882	87,8

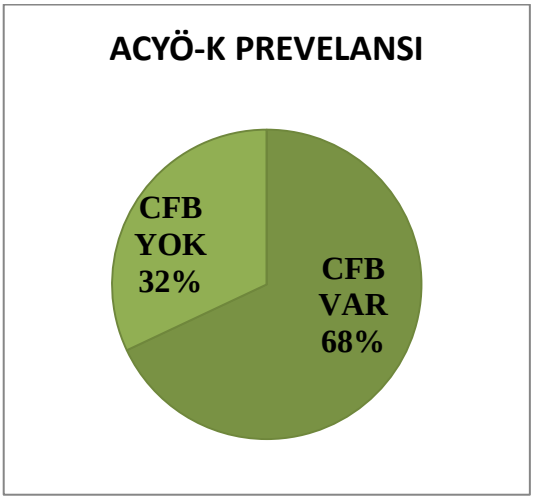
ARİZONA CİNSEL YAŞANTILAR ÖLÇEĞİ- KADIN (ACYÖ-K) TOPLAM VE ALT BOYUT PUAN ORTALAMALARI, ACYÖ-K TOPLAM PUAN ORTALAMASININ ≥ 11< KESME DEĞERİNE GÖRE KADINLARDA CİNSEL FONSİYON BOZUKLUĞU SIKLIĞININ GRAFİKSEL GÖSTERİMİ

Tablo 5'te 18-49 yaş arası üreme çağındaki evli kadınların Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği- Kadın (ACYÖ-K) toplam ve alt boyut puan ortalamaları verilmektedir. Buna göre ACYÖ-K "cinsel istek" alt boyut puan ortalaması 2,6±1,2, "cinsel uyarılma" alt boyut puan ortalaması 2,8±1,1, "vajinal lubrikasyon" alt boyut puan ortalaması 2,7±1,1, "cinsel doyum" alt boyut puan ortalaması 2,9±1,2, "orgazm" alt boyut puan ortalaması 2,4 ± 1,3 ve ACYÖ-K toplam puan ortalaması 13,4±5,4 olarak bulundu.

Tablo 5. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği-Kadın (ACYÖ-K) toplam ve alt boyut puan ortalamaları

	$\bar{X}$±SS	Minimum	Maksimum
ACYÖ-K toplam	13,4±5,4	5	30
1. Cinsel İstek	2,6±1,2	1	6
2. Cinsel Uyarılma	2,8±1,1	1	6
3. Vajinal Lubrikasyon	2,7±1,1	1	6
4. Cinsel Doyum	2,9±1,2	1	6
5. Orgazm	2,4±1,3	1	6

ACYÖ-K toplam puan ortalaması ≥11< kesme değerine göre kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu sıklığı Şekil 3'te gösterilmiştir. ACYÖ-K toplam puan ortalamasının ≥11< kesme değerine göre kadınların %68'inde cinsel fonksiyon bozukluğu olduğu saptandı.



Şekil 3. ACYÖ-K toplam puan ortalaması ≥11< kesme değerine göre kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu sıklığı

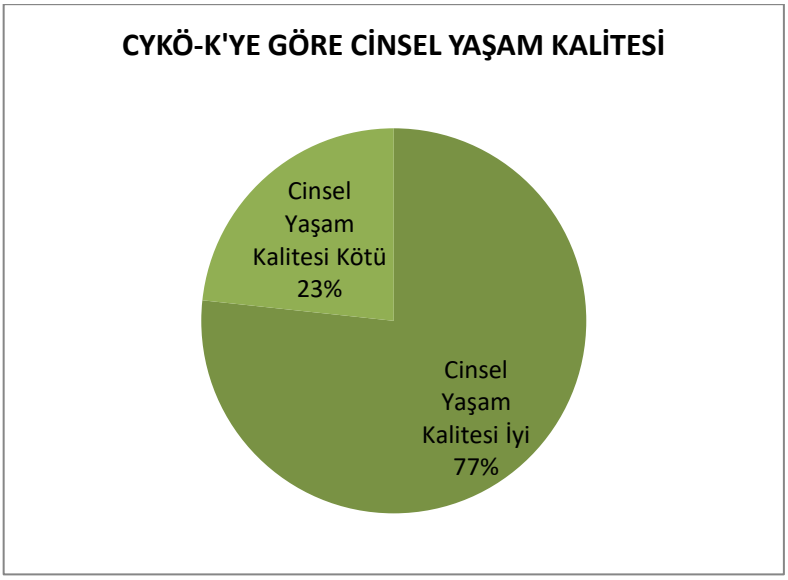
CİNSEL YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ-KADIN (CYKÖ-K) MADDELERİNİN PUAN ORTALAMALARI VE TOPLAM PUAN ORTALAMASI İLE CYKÖ-K TOPLAM PUAN ORTALAMASI ≤ 62 > KESME DEĞERİNE GÖRE KADINLARDA CİNSEL YAŞAM KALİTESİ DURUMU

Tablo 6'da 18-49 yaş arası üreme çağındaki evli kadınların Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın (CYKÖ-K) maddelerinin puan ortalamaları ve toplam puan ortalaması verilmektedir. Buna göre CYKÖ-K; 1. madde puan ortalaması 4,6±1,4; 2. madde puan ortalaması 4,8±1,5; 3. madde puan ortalaması 4,9±1,5; 4. madde puan ortalaması 5,0±1,4; 5. madde puan ortalaması 4,5±1,5; 6. madde puan ortalaması 5,0±1,5; 7. madde puan ortalaması 5,0±1,5; 8. madde puan ortalaması 5,1±1,4; 9. madde puan ortalaması 4,5±1,6; 10. madde puan ortalaması 4,9±1,5; 11. madde puan ortalaması 4,8±1,6; 12. madde puan ortalaması 4,3±1,8; 13. madde skor ortalaması 2,8±1,8; 14. madde skor ortalaması 4,9±1,5; 15. madde puan ortalaması 5,2±1,3; 16. madde puan ortalaması 5,1±1,3; 17. madde puan ortalaması 5,2±1,3; 18. madde puan ortalaması 4,7±1,4 ve CYKÖ-K toplam puan ortalaması 74,2±21,0 olarak belirlendi.

Tablo 6. Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın (CYKÖ-K) maddelerinin puan ortalamaları ve toplam puan ortalaması

	$\bar{X}$±SS	Minimum	Maksimum
1.Cinsel yaşamımı düşündüğümde, hayatımın eğlenceli / zevkli bir parçası olduğunu düşünüyorum.	4,6±1,4	1	6
2.Cinsel yaşamımıdüşündüğümde hayal kırıklığı hissediyorum.	4,8±1,5	1	6
3.Cinsel yaşamımı düşündüğümde, kendimi üzgün (depresif) hissediyorum.	4,9±1,5	1	6
4.Cinsel yaşamımı düşündüğümde, kendimi bir kadın olarak eksik hissediyorum.	5,0±1,4	1	6
5.Cinsel yaşamımı düşündüğümde, kendimi iyi hissediyorum.	4,5±1,5	1	6
6.Cinsel bir eş olarak kendime güvenimi yitirdim.	5,0±1,5	1	6
7.Cinsel yaşamımı düşündüğümde, sıkıntı hissediyorum.	5,0±1,5	1	6
8.Cinsel yaşamımı düşündüğümde, kızgınlık hissediyorum.	5,1±1,4	1	6
9.Cinsel yaşamımı düşündüğümde, eşime yakın olduğumu hissediyorum.	4,5±1,6	1	6
10.Cinsel yaşamımın geleceği hakkında endişeleniyorum.	4,9±1,5	1	6
11.Cinsel ilişkiden zevk almıyorum.	4,8±1,6	1	6
12.Cinsel yaşamımı düşündüğümde, utanıyorum.	4,3±1,8	1	6
13.Cinsel konularla ilgili eşimle konuşabileceğimi düşünmüyorum.	2,8±1,8	1	6
14.Cinsel ilişkiden kaçınıyorum.	4,9±1,5	1	6
15.Cinsel yaşamımı düşündüğümde, suçluluk hissediyorum.	5,2±1,3	1	6
16.Cinsel yaşamımı düşündüğümde eşimin rencide olmuş yada reddedilmiş hissetmesinden endişeleniyorum.	5,1±1,3	1	6
17.Cinsel yaşamımı düşündüğümde, bir şeyleri kaybetmiş gibi hissediyorum.	5,2±1,3	1	6
18.Cinsel yaşamımı düşündüğümde, cinsel ilişki sıklığından memnunum.	4,7±1.4	1	6
Toplam Puan Ortalaması	74,2±21,0	5,5	100

CYKÖ-K toplam puan ortalaması ≤ 62 > kesme değerine göre kadınlarda cinsel yaşam kalitesi durumu Şekil 4'te gösterilmiştir. CYKÖ-K toplam puan ortalaması ≤62> kesme değerine göre kadınların %76,7 sinin cinsel yaşam kalitesinin iyi olduğu saptandı.



Şekil 4. CYKÖ-K toplam puan ortalaması ≤ 62 > kesme değerine göre kadınlarda cinsel yaşam kalitesi durumu

18-49 YAŞ ARASI ÜREME ÇAĞINDAKİ EVLİ KADINLARIN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ İLE CYKÖ-K VE ACYÖ-K TOPLAM PUAN ORTALAMALARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Tablo 7'de 18-49 yaş arası üreme çağındaki evli kadınların sosyo-demografik özellikleri ile CYKÖ-K ve ACYÖ-K toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmektedir. Çalışmada kadınlarda yaşın, CYKÖ-K toplam puan ortalamaları üzerine etkisine bakıldığında; 45-49 yaş aralığı kadınların CYKÖ-K toplam puan ortalaması 60,9±23,7 olup diğer yaş gruplarından (18-19, 20-24, 25-29, 30-34, 35-39, 40-44) anlamlı olarak daha düşük olduğu bulundu ($p<0,001$). Kadınlarda yaşın, ACYÖ-K toplam puan ortalamaları üzerine etkisine bakıldığında; 45-49 yaş aralığı kadınların ACYÖ-K toplam puan ortalaması 16,6±5,9 olup diğer yaş gruplarından (18-19, 20-24, 25-29, 30-34, 35-39, 40-44) anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulundu ($p=0,021$). Eğitim durumu ilköğretim ve altı olan kadınların CYKÖ-K toplam puan ortalaması 68,4±23,3 olup lise ve üstü eğitim durumuna göre (78,6±17,9) anlamlı olarak daha

düşük olduğu saptandı (p<0,001). Eğitim durumu ilköğretim ve altı olan kadınların ACYÖ-K toplam puan ortalaması 14,4±6,0 olup lise ve üstü eğitim durumuna göre (12,5±4,8) anlamlı olarak daha yüksek olduğu tespit edildi (p<0,001). Aile yapısı geniş aile özelliğinde olan kadınların CYKÖ-K toplam puan ortalaması 69,3±23,0 olup çekirdek aile yapısına göre (75,2±20,4) anlamlı olarak daha düşük olduğu saptandı (p=0,001). Aile yapısı geniş aile özelliğinde olan kadınların ACYÖ-K toplam puan ortalaması 14,5±5,5 olup çekirdek aile yapısında göre (13,1±5,3) anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulundu (p=0,001). Çocuğu olan kadınların CYKÖ-K toplam puan ortalaması 71,8±21,2 olup çocuğu olmayanlar kadınlara göre (80,3±19,1) anlamlı olarak daha düşük olduğu bulundu (p<0,001). Çocuğu olan kadınların ACYÖ-K toplam puan ortalaması 14,0±5,5 olup çocuğu olmayan kadınlara göre (11,7±4,8) anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptandı (p<0,001). Çalışan kadınların CYKÖ-K toplam puan ortalaması 77,8±18,7 olup çalışmayan kadınlara göre (70,3±22,5) anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptandı (p<0,001). Çalışan kadınların ACYÖ-K toplam puan ortalaması 12,3±4,9 olup çalışmayan kadınlara göre (14,3±5,6) anlamlı olarak daha düşük olduğu belirlendi (p<0,001). Gelir durumu giderden fazla olan kadınların CYKÖ-K toplam puan ortalaması 77,3±18,7 olup özellikle gelir durumu giderden az olan kadınlara göre (70,8±23,2) anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulundu (p=0,024). Gelir durumu ile ACYÖ-K toplam puan ortalaması arasında anlamlı ilişki bulunmadı (p=0,077). Sigara kullanımı ile CYKÖ-K toplam puan ortalaması arasında anlamlı ilişki bulunmadı (p=0,094). Ancak sigara kullanan kadınların ACYÖ-K toplam puan ortalaması 12,7±5,3 olup kullanmayanlardan (13,7±5,4) anlamlı olarak daha düşük olduğu bulundu (p=0,001). Alkol kullanan kadınların CYKÖ-K toplam puan ortalaması 77,8±21,1 olup kullanmayan kadınlara göre (73,9±20,9) anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulundu (p=0,009). Alkol kullanmayan kadınların ACYÖ-K toplam puan ortalaması 13,6±5,4 olup kullanan kadınlara göre (11,3±5,1) anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptandı (p<0,001).

Tablo 7. 18-49 yaş arası üreme çağındaki evli kadınların sosyo-demografik özellikleri ile CYKÖ-K ve ACYÖ-K toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=1004)

	$\bar{X}$±SS		$\bar{X}$±SS	
	CYKÖ-K toplam	**P**	**ACYÖ-K toplam**	**p**
Yaş				
18-19	78,9± 20,5	<0,001*	11,1± 4,6	0,021*
20-24	79,4±18,5		11,3±4,7	
25-29	78,8±17,7		12,6±4,9	
30-34	76,3±18,7		13,4±4,9	
35-39	71,9±22,5		14,1±5,8	
40-44	71,4±19,7		14,6±5,2	
45-49	60,9±23,7		16,6±5,9	
Eğitim Durumu				
İlköğretim ve altı	68,4±23,3	<0,001**	14,4±6,0	<0,001**
Lise ve üstü	78,6±17,9		12,5±4,8	
Aile Yapısı				
Çekirdek aile	75,2±20,4	0,001**	13,1±5,3	0,001**
Geniş aile	69,3±23,0		14,5±5,5	
Çocuğunuz var mı ?				
Evet	71,8±21,2	<0,001**	14,0±5,5	<0,001**
Hayır	80,3±19,1		11,7±4,8	
Çalışma Durumu				
Çalışmıyor	70,3±22,5	<0,001**	14,3±5,6	<0,001**
Çalışıyor	77,8±18,7		12,3 ±4,9	
Gelir Durumu				
Gelir giderden az	70,8±23,2	0,024***	13,8±5,9	0,077***
Gelir gidere eşit	74,8±20,5		13,4±5,3	
Gelir giderden fazla	77,3±18,7		12,2±4,8	
Sigara Kullanma Durumu				
Evet	74,7±21,4	0,094**	12,7±5,3	0,001**
Hayır	73,8±20,7		13,7±5,4	
Alkol Kullanma Durumu				
Evet	77,8±21,1	0,009**	11,3±5,1	<0,001**
Hayır	73,9±20,9		13,6±5,4	

*Tek Yönlü Anova **Mann-Whitney test ***Kruskal-Wallis test

18-49 YAŞ ARASI ÜREME ÇAĞINDAKİ EVLİ KADINLARIN CİNSEL FONKSİYONLARINDAN MEMNUN OLMA DURUMU VE CİNSELLİK İLE İLGİLİ ÖZELLİKLERİNİN, CYKÖ-K TOPLAM VE ACYÖ-K TOPLAM PUAN ORTALAMALARI İLE KARŞILAŞTIRILMASI

Tablo 8'de 18-49 yaş arası üreme çağındaki evli kadınların cinsel fonksiyonlarından memnun olma durumu ve cinsellik ile ilgili özelliklerinin, CYKÖ-K ve ACYÖ-K toplam puan ortalamaları ile karşılaştırılması verilmektedir. Cinsel hayattan memnun olan kadınların CYKÖ-K toplam puan ortalaması 81,8±12,7 olup memnun olmayan kadınlara göre (47,1±22,4) anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulundu ($p<0,001$). Cinsel hayattan memnun olan kadınların ACYÖ-K toplam puan ortalaması 11,6±4,0 olup memnun olmayan kadınlara göre (19,5±5,2) anlamlı olarak daha düşük olduğu bulundu ($p<0,001$).

Anlaşarak evlenen kadınların CYKÖ-K toplam puan ortalaması 76,9±19,0 olup görücü usulü evlenen kadınlara göre (65,5±24,4) anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulundu ($p<0,001$). Anlaşarak evlenen kadınların ACYÖ-K toplam puan ortalaması 12,7±4,9 olup görücü usulü evlenen kadınlara göre (15,5±6,1) anlamlı olarak daha düşük olduğu bulundu ($p<0,001$).

Kadınlarda cinsellik konusunda en sık bilgi alınan yerlerden biri olan internetten bilgi edinenlerin CYKÖ-K toplam puan ortalamasının 78,8±17,7 olup diğer bilgi alınan yerlerden (arkadaş, aile, televizyon, kitap/dergi/gazete vb.) anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulundu ($p<0,001$). Kadınlarda cinsellik konusunda en sık bilgi alınan yerlerden biri olan televizyondan bilgi edinenlerin ACYÖ-K toplam puan ortalamasının 16,5±6,7 olup diğer bilgi alınan yerlerden (arkadaş, aile, internet, kitap/dergi/gazete vb.) anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptandı ($p<0,001$).

Kadınlarda cinselliğe bakış ile, CYKÖ-K toplam puan ortalamaları arasında; cinselliği bedeni için doğal bir ihtiyaç olarak gören kadınların CYKÖ-K toplam puan ortalamasının 79,2±17,3 olup diğer bakış açılarından (eşim ile aramızdaki en önemli bağ, üreme dışında benim için gereksiz, ayıp-günah, aklıma gelince tiksiniyorum, hayatımda yeri yok) anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlendi ($p<0,001$). Kadınlarda cinselliğe bakış ile ACYÖ-K toplam puan ortalamaları arasında; cinselliğe hayatında yer vermeyen kadınların ACYÖ-K toplam puan ortalamasının 24,6±5,1 olup diğer cinselliğe bakış gruplarından (bedenim için doğal bir ihtiyaç, eşim ile aramızdaki en önemli bağ, üreme dışında benim için gereksiz, ayıp-günah, aklıma gelince tiksiniyorum) anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptandı ($p<0,001$).

Cinsel ilişki sıklığı ile CYKÖ-K toplam puan ortalamaları arasında; cinsel ilişki sıklığı ayda 1-2 kez olan kadınların CYKÖ-K toplam puan ortalamasının 54,1±24,1 olup diğer cinsel ilişki sıklık durumlarından (her gün, haftada 3-4 kez, haftada 1-2 kez, 2 haftada 1-2 kez, 3 haftada 1-2 kez) anlamlı olarak daha düşük olduğu bulundu ($p<0,001$). Cinsel ilişki sıklığı ile ACYÖ-K toplam puan ortalamaları arasında; cinsel ilişki sıklığı ayda 1-2 kez olan kadınların ACYÖ-K toplam puan ortalamasının 19,0±6,8 olup diğer cinsel ilişki sıklık durumlarından (her gün, haftada 3-4 kez, haftada 1-2 kez, 2 haftada 1-2 kez, 3 haftada 1-2 kez) anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlendi ($p<0,001$).

Cinsel ilişki öncesi ön sevişmenin önemli olduğunu düşünen kadınlarda CYKÖ-K toplam puan ortalamasının 76,4±19,0 olup cinsel ilişki öncesi ön sevişmenin önemli olmadığını düşünen kadınlara göre (55,5±26,3) anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulundu ($p<0,001$). Cinsel ilişki öncesi ön sevişmenin önemli olduğunu düşünen kadınlarda ACYÖ-K toplam puan ortalamasının 12,7±4,9 olup cinsel ilişki öncesi ön sevişmenin önemli olmadığını düşünen kadınlardan anlamlı olarak daha düşük olduğu belirlendi ($p<0,001$).

Kadınlarda mastürbasyon yapma durumu ile CYKÖ-K toplam puan ortalaması arasında; mastürbasyon yapan kadınların CYKÖ-K toplam puan ortalamasının 76,5±19,1 olup mastürbasyon yapmayan kadınlara göre (55,5±26,3) anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulundu ($p=0,003$). Mastürbasyon yapan kadınlarda ACYÖ-K toplam puan ortalaması 12,7±4,9 olup mastürbasyon yapmayan kadınlardan anlamlı olarak daha düşük olduğu saptandı ($p<0,001$).

Tablo 8. 18-49 yaş arası üreme çağındaki evli kadınların cinsel fonksiyonlarından memnun olma durumu ve cinsellikle ilgili özellikleri ile CYKÖ-K toplam ve ACYÖ-K toplam puanlarının karşılaştırılması

	$\bar{X}$±SS		$\bar{X}$±SS	
	CYKÖ-K toplam	**P**	**ACYÖ-K toplam**	**P**
Cinsel fonksiyonlardan memnun olma durumu				
Evet	81,8±12,7	<0,001*	11,6±4,0	<0,001*
Hayır	47,1±22,4		19,5±5,2	
Evlilik şekli				
Anlaşarak	76,9±19,0	<0,001*	12,7±4,9	<0,001*
Görücü usulü	65,5±24,4		15,5±6,1	
Cinsellik konusunda en sık bilgi alınan yer				
Arkadaş	72,1±22,0	<0,001**	14,0±5,6	<0,001**
Aile	65,9±24,7		14,9±5,9	
Televizyon	62,6±24,8		16,5±6,7	
İnternet	78,8±17,7		12,1±4,7	
Kitap/Dergi/Gazete vb.	77,2±17,8		13,3±4,7	
Cinselliğe bakış				
Bedenim için doğal bir ihtiyaç	79,2±17,3	<0,001**	12,0±4,4	<0,001**
Eşim ile aramızdaki en önemli bağ	77,6±17,1		12,4±4,7	
Üreme dışında benim için gereksiz	60,2±23,6		17,7±4,6	
Ayıp-Günah	56,1±28,9		17,8±6,2	
Aklıma gelince tiksiniyorum	33,3±14,9		23,8±4,1	
Hayatımda yeri yok	28,7±5,0		24,6±5,1	
Cinsel ilişki sıklığı				
Her gün	83,3±20,0	<0,001**	9,3±5,1	<0,001**
Haftada 3-4 kez	79,5±17,1		11,5±4,2	
Haftada 1-2 kez	73,4±19,2		14,5±4,6	
2 Haftada 1-2 kez	60,3±26,0		17,5±5,9	
3 Haftada 1-2 kez	51,9±23,3		18,8±5,5	
Ayda 1-2	54,1±24,1		19,0±6,8	
Cinsel ilişki öncesi ön sevişmenin önemli olduğunu düşünme				
Evet	76,4 ± 19,0	<0,001*	12,7 ± 4,9	<0,001*
Hayır	55,5 ± 26,3		18,3 ± 6,5	
Mastürbasyon yapma durumu				
Evet	76,5±19,1	0,003*	12,7±4,9	<0,001*
Hayır	55,5±26,3		18,3±6,6	

*Mann-Whitney test **Kruskal-Wallis test

18-49 YAŞ ARASI ÜREME ÇAĞINDAKİ EVLİ KADINLARIN ACYÖ-K TOPLAM VE ALT BOYUT PUAN ORTALAMALARI İLE CYKÖ-K TOPLAM PUAN ORTALAMALARI ARASINDAKİ İLİŞKİ

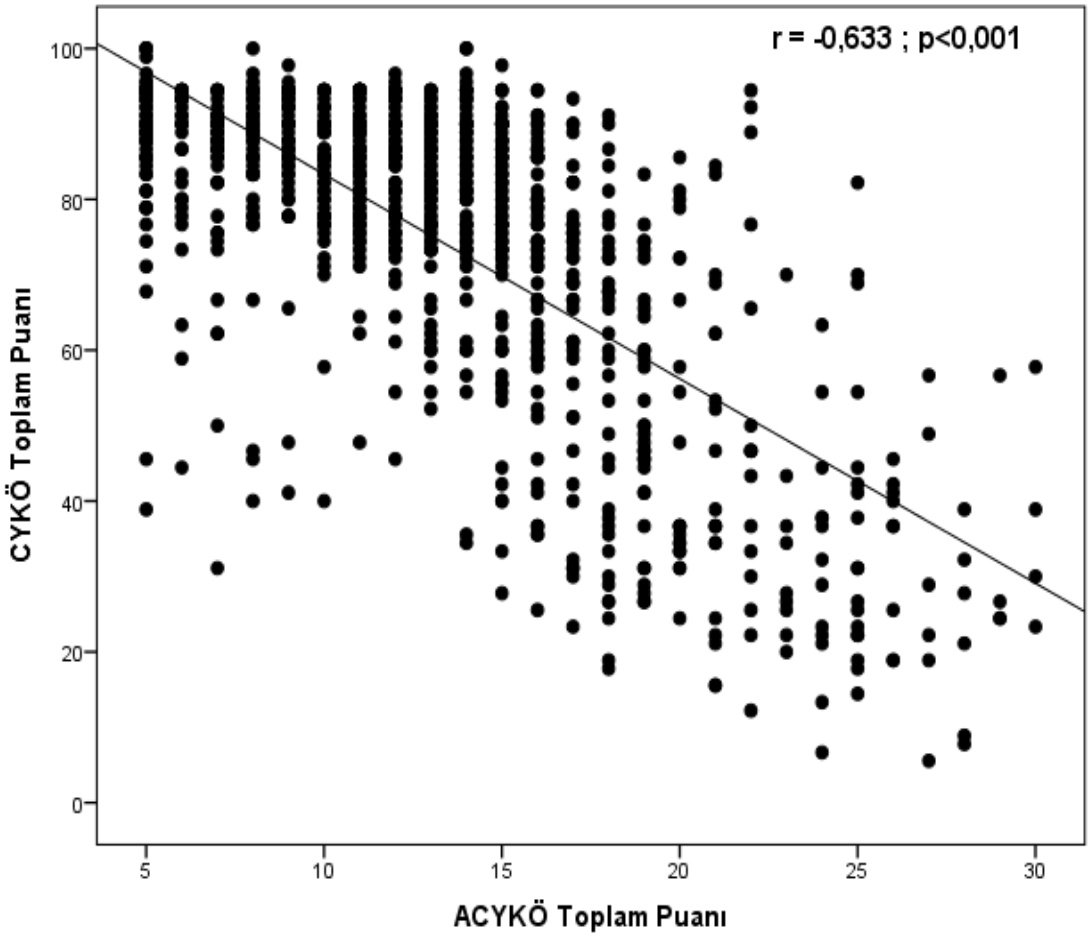
Tablo 9'da ve Şekil 5'te 18-49 yaş arası üreme çağındaki evli kadınların ACYÖ-K toplam ve alt boyut puan ortalamaları ile CYKÖ-K toplam puan ortalamaları arasındaki ilişki verilmektedir. ACYÖ-K toplam puanı ortalaması ile CYKÖ-K toplam puan ortalaması arasında negatif yönde anlamlı ilişki saptandı (r=-0,633; p<0,001). Buna göre kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu arttıkça cinsel yaşam kalitesinin azaldığı belirlendi.

Cinsel semptomların varlığını gösteren ACYÖ-K alt boyutlarını incelediğimizde; ACYÖ-K "cinsel istek" alt boyutu ile CYKÖ-K toplam puan ortalaması arasında negatif yönde anlamlı ilişki saptandı (r=-0,580; p<0,001). "Cinsel uyarılma" alt boyutu ile CYKÖ-K toplam puan ortalaması arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulundu (r=-0,516; p<0,001). ACYÖ-K "vajinal lubrikasyon" alt boyutu ile CYKÖ-K toplam puan ortalaması arasında negatif yönde anlamlı ilişki belirlendi (r=-0,518; p<0,001). ACYÖ-K "cinsel doyum" alt boyutu ile CYKÖ-K toplam puan ortalaması arasında negatif yönde anlamlı ilişki saptandı (r=-0,538; p<0,001). ACYÖ-K "orgazm" alt boyutu ile CYKÖ-K toplam puan ortalaması arasında negatif yönde anlamlı ilişki belirlendi (r=-0,592; p<0,001).

Tablo 9. 18-49 yaş arası üreme çağındaki evli kadınların ACYÖ-K toplam ve alt boyut puan ortalamaları ile CYKÖ-K toplam puan ortalamaları arasındaki ilişki

		CYKÖ-K toplam
ACYÖ-K toplam	r	-0,633
	P	<0,001
1. Cinsel İstek	R	-0,580
	P	<0,001
2. Cinsel Uyarılma	R	-0,516
	P	<0,001
3. Vajinal Lubrikasyon	R	-0,518
	P	<0,001
4. Cinsel Doyum	R	-0,538
	P	<0,001
5. Orgazm	R	-0,592
	P	<0,001

* Spearman korelasyon analizi



Şekil 5. 18-49 yaş arası üreme çağındaki evli kadınların ACYÖ-K toplam puan ortalamaları ile CYKÖ-K toplam puan ortalamaları arasındaki ilişkinin grafiksel gösterimi

18-49 YAŞ ARASI ÜREME ÇAĞINDAKİ EVLİ KADINLARIN YAŞ GRUPLARINA GÖRE ACYÖ-K TOPLAM VE ALT BOYUT PUAN ORTALAMALARI İLE CYKÖ-K TOPLAM PUAN ORTALAMALARI ARASINDAKİ İLİŞKİ

Tablo 10'da 18-49 yaş arası üreme çağındaki evli kadınların yaş gruplarına göre ACYÖ-K toplam ve alt boyut puan ortalamaları ile CYKÖ-K toplam puan ortalamaları arasındaki ilişki verilmektedir. Çalışmada tüm yaş gruplarının (18-19, 20-24, 25-29, 30-34, 35-39, 40-44, 45-49) ACYÖ-K toplam puan ve "Cinsel İstek", "Cinsel Uyarılma", "Vajinal Lubrikasyon", "Cinsel Doyum", "Orgazm"alt boyut puan ortalamaları ile CYKÖ-K toplam puan ortalaması arasında negatif yönde anlamlı ilişki saptandı (p<0,001). Buna göre 18-19, 20-24, 25-29, 30-34, 35-39, 40-44, 45-49 yaş arası tüm kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu ve cinsel semptomlar arttıkça cinsel yaşam kalitesi de azalmaktaydı

Tablo 10. 18-49 yaş arası üreme çağındaki evli kadınların yaş gruplarına göre ACYÖ-K toplam ve alt boyut puan ortalamaları ile CYKÖ-K toplam puan ortalamaları arasındaki ilişki

	Yaş aralığı		ACYÖ-Ktoplam	Cinsel İstek	Cinsel Uyarılma	Vajinal Lubrikasyon	Cinsel Doyum	Orgazm
CYKÖ-K toplam	18-19	r	-0,613*	-0,576*	-0,562*	-0,468*	-0,524*	-0,601*
		p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
	20-24	r	-0,507*	-0519*	-0,370*	-0,334*	-0,447*	-0,475*
		p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
	25-29	r	-0,460*	-0,401*	-0,338*	-0,362*	-0,408*	-0,355*
		p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
	30-34	r	-0,539*	-0,519*	-0,422*	-0,486*	-0,467*	-0,458*
		p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
	35-39	r	-0,670*	-0,600*	-0,569*	-0,535*	-0,596*	-0,668*
		p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
	40-44	r	-0,628*	-0,542*	-0,480*	-0,569*	-0,452*	-0,603*
		p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
	45-49	r	-0,721*	-0,593*	-0,595*	-0,651*	-0,583*	-0,717*
		p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

* Spearman korelasyon analizi

18-49 YAŞ ARASI ÜREME ÇAĞINDAKİ EVLİ KADINLARIN BAZI NİCELİKSEL DEĞİŞKENLERİ İLE CYKÖ-K VE ACYÖ-K TOPLAM PUAN ORTALAMALARI ARASINDAKİ İLİŞKİ

Tablo 11'de 18-49 yaş arası üreme çağındaki evli kadınların bazı niceliksel değişkenleri ile CYKÖ-K ve ACYÖ-K toplam puan ortalamaları arasındaki ilişki verilmektedir. CYKÖ-K toplam puanı ile yaş, BKİ, evlilik yılı, yaşayan çocuk sayısı ve toplam doğum sayısı arasında negatif yönde anlamlı ilişki saptandı (p<0,001; p<0,001; p<0,001; p<0,001; p<0,001). Buna göre yaş, BKİ, evlilik yılı, yaşayan çocuk sayısı ve toplam doğum sayısı arttıkça cinsel yaşam kalitesinin kötüleştiği belirlendi. İlk cinsel ilişki yaşı ile CYKÖ-K toplam puanı arasında anlamlı ilişki bulunmadı (p=0,105).

ACYÖ-K toplam puanı ile yaş, BKİ, evlilik yılı, yaşayan çocuk sayısı ve toplam doğum sayısı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptandı (p<0,001; p<0,001; p<0,001; p<0,001; p<0,001). Buna göre yaş, BKİ, evlilik yılı, yaşayan çocuk sayısı ve toplam doğum sayısı arttıkça cinsel fonksiyon bozukluğununda arttığı tespit edildi. İlk cinsel ilişki yaşı ile ACYÖ-K toplam puanı arasında anlamlı ilişki bulunmadı (p=0,073).

Tablo 11. 18-49 yaş arası üreme çağındaki evli kadınların bazı nicelilksel değişkenleri ile CYKÖ-K ve ACYÖ-K toplam puan ortalamaları arasındaki ilişki

	CYKÖ-K toplam		ACYÖ-K toplam	
	r_s	p	r_s	P
Yaş	-0,267*	<0,001	0,320*	<0,001
BKI	-0,169*	<0,001	0,212*	<0,001
Evlilik yılı	-0,307*	<0,001	0,315*	<0,001
Yaşayan çocuk sayısı	-0,177*	<0,001	0,238*	<0,001
Toplam doğum sayısı	-0,204*	<0,001	0,252*	<0,001
İlk cinsel ilişki yaşı	0,051*	0,105	0,057*	0,073

*Spearman Korelasyon analizi

TARTIŞMA

Kesitsel tipte yürütülen bu çalışmada, 18-49 yaş arası üreme çağındaki evli kadınların cinsel fonksiyonlarından memnuniyet durumu, cinsel semptomları ve bu semptomların cinsel yaşam kalitesi üzerine etkisinin incelenmesi amaçlanmış olup yapılan araştırma bulguları ulusal ve uluslararası literatür ile tartışılmıştır.

Cinsel semptomlar ve cinsel fonksiyon bozukluğu (CFB) kadınlarda yaygın olarak ortaya çıkan, yaşa bağımlı ve progresif olarak ilerleyen kadının genel sağlığını ve cinsel yaşam kalitesini olumsuz etkileyen bir sağlık sorunudur. Kadınlarda cinsel sağlığın ve cinsel yaşam kalitesinin önemli bir belirleyicisi olan cinsel fonksiyon ve cinsel semptomlar biyolojik, psikolojik, sosyoekonomik, kültürel, etik ve dini faktörlerin karşılıklı etkileşiminin sonucu olarak yaşanmaktadır. Üreme çağındaki kadında cinsel semptomların gelişmesine neden olabilen, kadını CFB'na sevk edebilen ve CFB'nu devam ettirici pek çok etmen bulunmaktadır. Cinsel semptomların varlığı sonucunda meydana gelen CFB, üreme çağındaki kadınların cinsel hayat memnuniyetinin azalmasına ve cinsel yaşam kalitesinin olumsuz etkilenmesine neden olarak cinsel açıdan sağlıklı bir evlilik hayatı yaşamalarına engel olabilmektedir.

Bu çalışmada 18-49 yaş arası üreme çağındaki evli kadınlarda ACYÖ-K toplam puan ortalaması 13,4±5,4 değeri ile CFB varlığı belirlenmiş olup kadınların %68'inde CFB olduğu saptanmıştır (Tablo 5). CFB'na yönelik literatürde prevelans incelemesi yapıldığında; Özerdoğan ve ark. CFB prevelansını 40-44 yaş arasındaki kadınlarda %53,9, 45-49 yaş arasında %65,8 olarak bildirmişlerdir (137). Mishra ve ark. Hintli fertil kadınlar üzerinde yürüttükleri çalışmalarında; CFB prevelansını %55,5; Küçükdurmaz ve ark. 15-44 yaş arası gebe kadınlarda CFB prevelansı %87 olarak belirlemişlerdir (138,139). Öksüz ve ark. 18-30 yaş arası kadınlarda %41, 31-45 yaş arası kadınlarda %53,1, 46-55 yaş arası kadınlarda ise CFB prevelansını %67,9

olarak bulmuşlardır (90). Cetişli ve ark. evli kadınlar üzerinde yürüttükleri çalışmalarında, ACYÖ-K puan ortalamasını 15,17±6,6; Gabalci ve Terzioglu üreme çağı kadınlarında ACYÖ-K puan ortalamasını 13,59 olarak bildirmişlerdir (140,141). Çalışmada olduğu gibi literatürdeki üreme çağındaki evli sağlıklı kadınlar ile yapılan benzer çalışmalarda CFB prevelansı ve CFB ortalama puanları birbirine benzerlik göstermektedir. Cinsel fonksiyonların sağlıklı çalışmasında psikolojik, cinsel ve ilişkisel sağlıklılık önemli olup üreme çağındaki evli kadınlarda herhangi birinde yaşanan sorun, cinsel fonksiyonlarda bozulmaya yol açabilmektedir.

Çalışmada CYKÖ-K toplam puan ortalaması 74,2±21,0 belirlenmiş olup kadınların %76,7 sinin cinsel yaşam kalitesinin iyi düzeyde olduğu saptanmıştır (Tablo 6). Doğan ve ark. benzer şekilde evli kadınlar üzerinde yürüttükleri çalışmalarında, CYKÖ-K puanını 85,51 olarak, Yaralı ve ark. 68,51±21,63 olarak belirlemişlerdir (142,143). Strizzi ve ark. çalışmalarında, sağlıklı kadınlarda CYKÖ-K toplam puan ortalamasını 84,64±13,0 olarak bildirmişlerdir (144). Literatür incelenmesi ve çalışma bulgumuz gösteriyor ki; evli ve sağlıklı üreme çağı kadınlarında cinsel yaşam kalitesi iyi düzeydedir. Ayrıca bu çalışma; cinsel yaşam kalitesi iyi olan kadınların prevelansının da oldukça yüksek olduğunu göstermiştir. Sağlık durumunun iyi olması üreme çağı kadınlarında cinsel yaşam kalitesinin iyi düzeyde olmasını arttırıcı bir faktör olarak görülmektedir.

Bu çalışmada kadınların %78,1'inin cinsel fonksiyonlarından memnun olduğu saptanmıştır (Tablo 4). Ayrıca cinsel fonksiyonlarından memnun olan kadınlarda, cinsel yaşam kalitesinin de yüksek olduğu ve CFB'nun daha az görüldüğü saptanmıştır (Tablo 8). Öksüz ve ark. sağlıklı evli kadınlar üzerinde yürüttükleri çalışmalarında kadınların %78,8'inin cinsel hayatından memnun olduğunu; Strizzi ve ark. sağlıklı kadınların %44'ünün cinsel yaşamlarından memnun olduğunu belirlemişlerdir (37,144). Ziaee T ve ark. İran'da evli kadınların % 56,4'ünün cinsel yaşamlarından memnun olduğunu bildirmişlerdir (38). Doğan ve ark. çalışmalarında, kadınlarda cinsel yaşam kalitesinin mutluluk ile pozitif yönde bir ilişkiye sahip olduğunu, hayatlarından memnun ve mutlu olan kadınların cinsel yaşam kalitelerinin de yüksek olduğunu bildirmişlerdir (126). Addis ve ark. cinsel açıdan aktif 2109 kadından %71'inin cinsel faaliyetlerinden memnun olduğunu saptamışlardır (39). Çalışmada 18-49 yaş arası üreme çağındaki evli kadınların sağlıklı, cinsel yönden aktif ve mutlu olması cinsel fonksiyonlardan memnun olma durumunu arttırmaktadır. Cinsel ilişkideki memnuniyet durumu

da, cinsel yaşam kalitesini pozitif yönde etkileyerek ve CFB'nun daha az yaşanmasını sağlamaktadır.

Çalışmada 18-49 yaş arası üreme çağındaki (18-19, 20-24, 25-29, 30-34, 35-39, 40-44, 45-49) tüm yaş grup kadınlarında cinsel istek, cinsel uyarılma, vajinal lubrikasyon, cinsel doyum ve orgazm azalması cinsel semptomlar arttıkça, cinsel yaşam kalitesinin kötüleştiği belirlenmiştir (Tablo 9-10, Şekil 1). Ayrıca yaş ve evlilik yılı artışı ile ve 45-49 yaş arası kadınlarda diğer yaş gruplarına göre cinsel semptomların daha fazla arttığı ve cinsel yaşam kalitesinin azaldığı bulunmuştur (Tablo 9-11). Lou ve ark. çalışmalarında, yaş ile CFB arasında anlamlı ilişki olduğunu; cinsel istekte, cinsel uyarılmada, vajinal lubrikasyonda, cinsel doyumda, orgazm olmada azalmayla CFB'nun daha fazla görüldüğünü belirlemişlerdir (145). Lin ve ark. yaptıkları çalışmada da, yaş ile CFB arasında anlamlı ilişki olduğunu, yaş arttıkça CFB görülme sıklığının arttığı ve cinsel yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiğini belirlemişlerdir (146). Shin ve ark. yaptıkları çalışmada, yaş ile CFB arasında anlamlı ilişki olduğunu, yaş arttıkça vajinal lubrikasyon ve cinsel ilişki sırasında ağrı görülme sıklığının artmasıyla CFB görülmesinin arttığını ve cinsel yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiğini bildirmişlerdir (147). Du ve ark. çalışmalarında yaş arttıkça vajinal lubrikasyon ve ağrı görülme sıklığının artmasıyla CFB görülme sıklığının arttığını ve cinsel yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiğini belirlemişlerdir (148). Sathyanarayana ve ark. çalışmalarında 31-50 yaş arası kadınlarda cinsel semptomlarda artış olduğunu bildirmişlerdir (149). Özerdoğan ve ark. 40-65 yaş grubu kadınlar ile yaptıkları çalışmalarında 50 yaş ve üzeri kadınlarda %78 oranında CFB görüldüğü ve yaşla birlikte kadınlarda cinsel semptomların artış gösterdiğini bulmuşlardır (137). Kömürcü ve İşbilenin yaptıkları çalışmada, 55 yaş ve üzeri olan kadınların cinsel semptomlarının diğer yaş gruplarına göre daha fazla olduğu tespit edilmiştir (150). Mishra ve ark. 26-30 yaş arası ile 41 yaş ve üzeri fertil Hintli kadınlarda CFB prevelansının daha yaygın olduğunu, cinsel istek bozukluğu olanlarda daha fazla CFB görüldüğünü bildirmişlerdir (151). Zhang ve ark. üreme çağındaki evli kadınlar ile yaptıkları çalışmada, cinsel semptomlardaki artışın en fazla 41-49 yaş grubu kadınlarda olduğunu saptamışlardır (79). Oniz ve ark. 19-51 yaşlarında 422 kadın üzerinde yaptıkları çalışmalarında, 11 yıldan fazla süren evliliklerde cinsel semptomların arttığını bulmuşlardır (152). Bu çalışma ile literatür sonuçları benzer olup, yaş artışı ile CFB'nunda arttığı, cinsel semptomlar arttıkça cinsel yaşam kalitesinin de azaldığı görülmektedir. Özellikle 45-49 yaş arası kadınlarda diğer yaş gruplarına göre ilerleyen yaşla birlikte hormonal ve fiziksel yaşanan değişimlerin daha fazla olması, evlilik yılı artışı nedenleriyle cinsel semptomlar artmakta ve cinsel yaşam kalitesi azalmaktadır.

Bu çalışmada kadınlarda BKİ artışı durumunda daha fazla CFB yaşandığı ve cinsel yaşam kalitesinin daha fazla kötüleştiği tespit edilmiştir (Tablo 11). Addis ve ark. BKİ artışı ile cinsellikten memnuniyetin azaldığını bildirmişlerdir (39). Kinzl ve ark. 82 morbid obez (ortalama BKİ 42.8 kg/m^2) kadınla yaptıkları çalışmada mide küçültme operasyonu öncesi kadınların cinsel hayatlarından memnuniyet durumu %44'ü iken operasyondan 1 yıl sonra cinsel memnuniyetin %63 olduğunu saptamışlardır (153). Afshari ve ark. orta yaş kadınların üzerinde yaptıkları çalışmalarında, beden imajı ve cinsel fonksiyon arasında anlamlı ilişki bulmuş ve beden imajından memnun olan kadınların yeterli cinsel fonksiyona (%55) sahip olduğunu bildirmişlerdir (154). Kolotkin ve ark. obesite ve cinsel yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmalarında, sınıf III obesite teşhisi konulan kadınlarda cinsel yaşam kalitesinin en düşük düzeyde olduğunu belirlemişlerdir (155). Esposito'nu cinsel semptomlar ve cinsel memnuniyet ile BKİ arasında anlamlı bir ilişki olduğunu bildirmiştir (156). Özdemir ve ark. yaşları 20-50 arasında değişen kadınlar ile yaptığı çalışmada, BKİ>30kg/m^2 ve 40 yaş üzeri olan kadınların daha fazla CFB yaşadığını; BKİ ve yaşın CFB'nda birincil faktör olduğunu saptamışlardır (157). Cinsel yönden aktif kadınlarda, BKİ >30 kg/m^2 olması artan yağ dokusuna bağlı olarak değişen hormonal durumlar, obeziteye bağlı ortaya çıkan hastalıklar, olumsuz beden imajı düşüncesi, cinsel semptomları ve cinsel fonksiyon bozukluğunu artırarak cinsel yaşam kalitesini azaltmaktadır. Sağlıklı bir cinsel yaşantı için BKİ'nin obezite sınır değerinin altında (BKİ<29,9) olması önemlidir.

Çalışmada eğitim durumu ilköğretim ve altı olan kadınların, lise ve üstü eğitim durumuna göre daha fazla CFB yaşadığı ve cinsel yaşam kalitesinin daha kötü olduğu belirlenmiştir (Tablo 3, Tablo 8). Benzer şekilde Yaralı ve ark.'nın (143) yaptığı çalışmada da, eğitim düzeyi yükseldikçe CFB'nun görülme oranında düşüş olduğu, eğitim düzeyi yüksek olan kadınların cinsel yaşam kalitesinin daha iyi olduğu bulunmuştur. Mishra ve ark. orta eğitim düzeyindeki fertil Hintli kadınlarda CFB'nun daha yaygın olduğunu bildirmişlerdir (151). Shahvari ve ark. çalışmalarında eğitim düzeyi ile cinsel memnuniyet arasında anlamlı bir ilişki olduğunu, eğitim düzeyi düşüklüğünün cinsel memnuniyeti olumsuz etkilediğini belirlemişlerdir (158). Nayır çalışmasında, son 4 hafta içinde cinsel aktif olan kadınlarda eğitim durumu arttıkça CFB'nda azalma olduğunu bulmuştur (3). Ege ve ark. sağlıklı kadınlar ile yaptıkları çalışmalarında, kadınların ve eşlerinin eğitim durumları ile CFB yaşama durumu arasında anlamlı ilişki bulmuş, ayrıca eş eğitiminin CFB açısından risk oluşturduğunu saptamışlardır (10). Zhang ve ark. Çinli ve Hong Kong'lu evli kadınlarda eğitim düzeyi azaldıkça, CFB'nun daha fazla görüldüğünü tespit etmişlerdir (79). Çayan ve ark (89), Laumann ve ark.(109), Özerdoğan ve ark. (137),

çalışmalarında eğitim düzeyi düşük olan kadınlarda CFB'nun daha sık görüldüğünü tespit etmişlerdir. Eğitim düzeyinin yükselmesinin; kadının genel sağlığı ve cinsel sağlığı üzerinde daha fazla bilinçli olmasını, bilgi düzeyinin daha iyi olup cinselliğe bir görev olarak değil sağlıklı bir evliliğin önemli bir parçası olarak görmelerinin, CFB'nı engellediği ve bu sayede cinsel yaşam kalitesi üzerine olumlu yönde etkili olduğu düşünülmektedir.

Bu çalışma geniş aile tipi özelliğinde olan kadınların, çekirdek aile yapısına göre cinsel yaşam kalitesinin anlamlı olarak daha kötü olduğu ve daha fazla CFB yaşadığı bulunmuştur (Tablo7). Yaralı ve ark.'nın yaptığı çalışmada, evde yaşayan kişi sayısı arttıkça CFB olasılığının arttığı ve cinsel yaşam kalitesinin azaldığı bulunmuştur (143). Erbil'in 18-56 yaş evli kadınlar ile yaptığı çalışmada, aile tipinin cinsel fonksiyonlar üzerinde etkili olduğu belirlenmiştir (159). Literatürde çalışmamız bulgusuna benzer araştırma sonuçlarının yanı sıra farklı yönde sonuçlar da bulunmaktadır. Özdemir ve ark. ülkemizin batısında yaşayan 15-49 yaş arası evli kadınlar ile yaptıkları çalışmada, çekirdek aile yapısına sahip kadınlarda daha fazla cinsel semptomların görüldüğünü bildirmişlerdir (160). Gölbaşı ve ark. jinekoloji polikliniğine başvuran evli kadınlar ile yaptıkları çalışmada, aile tipi ile cinsel fonksiyon arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığını tespit etmişlerdir (8). Aynı şekilde Özerdoğan ve ark. 40–65 yaş arası kadınlar ile yaptığı çalışmada da, aile tipi ile cinsel fonksiyon arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığını belirlemişlerdir (137). Çalışma bulgumuza benzer araştırmalar ve bu çalışma bulguları sonucunda geniş aile içerisinde yaşayan, 18-49 yaş arası üreme çağındaki evli kadınların evdeki kişi sayısının artması ve cinsel yaşamını özgürce yaşayabileceği alanın kısıtlı olmasına bağlı olarak cinsel fonksiyonlarının olumsuz yönde etkilenip, cinsel semptomların oluşmasına neden olacağı ve cinsel yaşam kalitesinin kötüleşeceği söylenebilir.

Çalışmada kadınların yaşayan çocuk sayılarının ortalama 1,6±0,7 olup %71,7'sinin çocuk sahibi olduğu belirlenmiştir (Tablo 3). Çocuğu olan kadınların, çocuğu olmayan kadınlara göre cinsel yaşam kalitesinin daha kötü olduğu ve daha fazla CFB yaşadığı saptanmıştır (Tablo 7). Çocuk sayısı ve toplam doğum sayısı arttıkça daha fazla CFB yaşandığı ve cinsel yaşam kalitesinin daha kötüleştiği tespit edilmiştir (Tablo 11). Karakoyunlu ve Öncel 15-49 yaş arası evli kadınlar ile yaptıkları çalışmada, çocuk sayısının cinsel fonksiyonlar üzerinde etkili olduğunu, çocuk sayısı arttıkça cinsel semptomların yaygınlaştığını belirlemişlerdir (161). Yaralı ve Hacıalioğlu çalışmalarında, çocuğu olmayan kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu görülme oranının daha düşük olduğunu, çocuk sayısı arttıkça cinsel yaşam kalitesinde azalma olduğunu bildirmişlerdir (143). Saferınejad İran'da 20-60 yaş arası 2626 kadın üzerinde yaptığı çalışmada, üç çocuğu olan kadınlarda cinsel semptomların iki çocuğu olan kadınlara oranla

daha sık yaşandığını tespit etmiştir (162). Çalışma bulgularından farklı şekilde Ege ve ark. sağlıklı kadınlar ile yaptıkları çalışmada çocuk sayısı ile CFB arasında anlamlı ilişki belirlememiştir (10). Literatürde ki araştırmalar ve bu çalışmanın bulguları sonucunda; çocuk sahibi olunması, çocuk sayısı artışı, beraberinde çocuk sahibi olmanın verdiği sorumlulukların fazla olması, çocukların bakımları için harcanan sürenin uzunluğu ve beraberinde getirdiği yorgunluğun cinsel fonksiyon, cinsel semptomlar ve cinsel yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etkiye sahip olduğu düşünülmektedir.

Bu çalışmada kadınların %51,6'sının çalıştığı ve çalışan kadınların çalışmayan kadınlara göre daha az CFB yaşadığı ve cinsel yaşam kalitesinin daha iyi olduğu saptanmıştır (Tablo 3, Tablo 7). Kim ve Kang'ın orta yaşlı kadınlar ile yaptığı çalışmada, çalışan kadınlarda CFB'nun daha az yaşandığı ve cinsel yaşam kalitesini çalışmayanlara oranla daha iyi olduğu bildirilmiştir (163). Nayır yaptığı çalışmada, öğrenci, emekli, ev hanımı olan kadınlarda çalışan kadınlara oranla daha fazla CFB görüldüğünü tespit etmiştir (3). Çayan ve ark. 18-66 yaş arası kadınlar ile yaptıkları çalışmalarında, işsizliğin cinsel fonksiyon ve cinsel semptomlar üzerinde anlamlı etkisi olduğunu bulmuşlardır (89). Safarinejad'ın İran'lı kadınlar üzerinde yaptığı çalışmada, çalışmayan kadınlarda CFB görülme oranının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (162). Yaralı ve Hacıalioğlu'nun çalışmasında, çalışan kadınlarda CFB'nun daha az, cinsel yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (143). Tepe'nin 35-64 yaş arası kadınlar ile yaptığı çalışmada, kadınların çalışma durumu ve meslekleriyle CFB arasında ilişki bulunmuştur (57). Çalışmamız paralelinde Özerdoğan ve ark. (137), Karakoyunlu ve ark. (161) Tasbulatova (56) yaptıkları çalışmalarda, çalışmayan kadınlarda CFB'nun daha sık görüldüğünü tespit etmişlerdir. Gölbaşı ve ark. ile Ege ve ark. çalışmalarında, çalışma durumunun cinsel yaşam üzerinde olumsuz etkisi olmadığını bildirmişlerdir (8, 10). Literatürde kadınların çalışma durumu ile CFB ve cinsel yaşam kalitesi arasındaki ilişki konusunda fikir birliğinin olmadığı görülmektedir. Kadınların çalışma hayatında yer aldığı en üretken dönemi üreme çağı dönemidir. Bu dönem hem üreme açısından hem de üretkenlik açısından kadının en aktif olduğu dönemdir. Üreme çağı kadınlarının çalışarak hem kendine hem de aile gelirine katkıda bulunmasının maddi problemleri azaltacağı, dolayısıyla evlilik birliğinin daha güçlü olmasını sağlayacağı ve bu durumun cinsel yaşama olumlu şekilde yansıyacağı düşünülmektedir.

Çalışmada kadınların %63,9'unun gelir durumunun gidere eşit olduğu, %13,1'inin ise gelirinin giderden fazla olduğu saptanmıştır (Tablo 3). Gelir durumu giderden fazla olan kadınların cinsel yaşam kalitesinin gelir durumu giderden az olanlardan anlamlı olarak daha iyi olduğu bulunmuştur (Tablo 7). Demirezen ve ark. 40 yaş altı kadınlar ile yaptığı çalışmada,

gelir düzeyi ile cinsel fonksiyonlar arasında anlamlı ilişki bildirmiştir (164). Ege ve ark. çalışmalarında, gelir düzeyi iyi kadınlarda CFB'nun daha az görüldüğü ve cinsel yaşam kalitesinin daha iyi olduğunu saptamıştır (10). Karakoyunlu ve ark. 15-49 yaş arası evli kadınlarda CFB ile gelir düzeyi arasında anlamlı ilişki belirlemişlerdir (161). Worlyve ark. gelir durumu yüksek kadınlarda CFB görülme oranının daha düşük olduğunu bildirmiştir (165). Kim ve Kang orta yaşlı kadınlar ile yaptığı çalışmalarında, gelir durumu yüksek olanların cinsel yaşam kalitesinin daha iyi olduğunu bulmuşlardır (163). Singh ve ark. Hindistan' da evli kadınlar ile yaptıkları çalışmada, gelir düzeyi düştükçe CFB'nun arttığını bildirilmişlerdir (87). Literatürde araştırma bulgularımızı destekleyen çalışmalar olduğu gibi farklı sonuçlara ulaşan çalışmalarda bulunmaktadır. Özdemir ve ark. ile Gölbaşı ve ark. çalışmalarında gelir düzeyi ile CFB arasında herhangi bir ilişki bulamamıştır (160,8). Üreme çağındaki evli kadınların yaşadıkları aile birliğinde gelir durumunun iyi olması, günümüz zorlu yaşam koşullarında kadınların geçim sıkıntısı çekmemelerini sağlayarak, eş ile olan ilişkisinde olumlu yönde etkili olmaktadır. Eş ile olan ilişkinin yolunda gitmesi de cinsel yaşam kalitesini olumlu yönde etkilemektedir.

Bu çalışmada sigara kullanan kadınların sigara kullanmayan kadınlara göre daha az CFB yaşadığı bulunmuştur (Tablo 7). Çalışma bulgularından farklı olarak; Diehl ve ark. madde bağımlısı olan kadınlar üzerinde yürüttükleri çalışmalarında yüksek nikotin bağımlılığı durumunda CFB olma şansının 2.72 kat arttığını bildirmişlerdir (166). Maseroli ve ark. çalışmalarında, sigara içme ile cinsel semptomlar ve cinsel memnuniyet arasında ters ilişki olduğunu saptamışlardır (167). Choi ve ark. cinsel yönden aktif premenopozal 900 kadın üzerinde sigara içimi ile kadın CFB arasındaki doz-yanıt ilişkisinin incelendiği çalışmalarında, mevcut sigara içicilerde CFB sıklığının anlamlı derecede yüksek olduğu, nikotin bağımlılığı açısından orta ile ağır nikotin bağımlı sigara içicilerde, hafif bağımlı sigara içenlere göre daha fazla CFB görüldüğü tespit edilmiştir (168). Öksüz ve Malhan'ın çalışmasında sigara içmek CFB için risk faktörü olarak saptanmıştır (90). Farklı şekilde Özerdoğan ve ark. (137), Nayır, Çayan ve ark. çalışmalarında, sigara kullanımı ile CFB arasında ilişki bildirmemiştir (3, 89). Üreme çağı kadınlarında sigara içmenin CFB için etkisi tam olarak belirlenmemiş olan bağımsız bir risk faktörü olduğu görülmektedir. Sigaranın antiöstrojenik etkisinden dolayı CFB'larına yol açabileceği ve mevcut sigara içicilerde sigara içimi ile kadın cinsel fonksiyonu arasında doza bağlı bir ilişki olduğu söylenebilir.

Çalışmada kadınların %90,9'unun alkol kullanmadığı ve alkol kullanan kadınların alkol kullanmayan kadınlara göre cinsel yaşam kalitesinin anlamlı olarak daha iyi olduğu ve daha az

CFB yaşandığı tespit edilmiştir (Tablo 7). Addis ve ark. orta yaş kadınlarda normal düzeyde alkol alımı ile cinsel ilişki sıklığı arasında anlamlı ilişki bildirmişlerdir (39). Hindistan'da alkol bağımlılığı sendromu olan kadınlarda CFB'nun incelendiği çalışmada, kadınların %55'inde bir veya daha fazla CFB semptomunun mevcut olduğu ve CFB olan kadınların %50'sinin orgazmdan memnuniyetsiz olduğu bildirilmiştir (169). 40 ile 65 yaş arası 2.020 Avustralyalı kadın üzerinde yürütülen çalışmada, alkol kullanımı ile cinsel semptomlar (özellikle cinsel istek) arasında orta düzeyde ilişki olduğu saptanmıştır (170). Farklı şekilde Dişsiz alkol bağımlısı olan kadınların sağlıklı kadınlara göre cinsel yaşamlarından daha az memnun olduklarını (171), bir başka çalışmada ise alkol bağımlısı kadınların %73,8'inin cinsel yaşamlarından memnun olmadıkları bildirilmiştir (172). Alkol tüketiminin artışı ile beraberinde alkol bağımlılığı sendromunun gelişmesi sonucu, cinsel semptomların görülme olasılığı artarak cinsel yaşam kalitesi olumsuz etkilenmektedir. Ancak çalışmamızdaki kadınlar belirli aralıklarla az miktarda alkol tüketmekte olup, bu düzeyde alkol tüketiminin eş ile olan cinsel yakınlaşmada faydalı olacağı ve daha az CFB yaşanmasına ve cinsel yaşam kalitesinin de daha iyi olmasına neden olabileceği söylenebilir.

Bu çalışmada kadınların cinsellik konusunda en sık bilgi aldığı yerler incelendiğinde; 1. sırada en çok internetten, 2. sırada kitap/dergi/gazeteden, 3. sırada arkadaştan bilgi aldıkları saptanmıştır. Cinsellik konusunda en az bilgi alınan yerin ise televizyon olduğu bulunmuştur. Çalışmada internetten cinsellik konusunda bilgi alan kadınların cinsel yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu ve daha az CFB yaşadığı; televizyondan bilgi edinen kadınların ise CFB'nu en fazla yaşadığı tespit edilmiştir (Tablo 8). Yaralı ve ark. (143) çalışmalarında, cinsellikle ilgili sağlık profesyonellerinden eğitim alan kadınlarda almayanlara göre CFB görülme oranının daha düşük ve cinsel yaşam kalitesinin daha iyi olduğu bulunmuştur. Nayır'ın (3) çalışmasında, cinsellikte en sık bilgi alınan yer incelendiğinde; kadınların ilk sırada %40,3 kitap-dergileri tercih ettikleri, arkadaş önerilerinin %32,6 oranıyla ikinci sırada yer aldığı belirlenmiştir. Yılmaz'ın çalışmasında ise kadınların; %23,8'inin arkadaş, %17,8'inin kitap-medya ile cinsellik konusunda bilgi edindiği saptanmıştır (173). Tepe'nin 35-64 yaş arası kadınlar ile yaptığı çalışmasında, kadınların %48,9 'unun aile, %30,0'nın eş, %8,3'ünün gazete-medya ile bilgi edindikleri belirlenmiştir (57). Günümüz teknolojisinde kadınlar bilgi edinmek amaçlı en çok interneti kullanmaktadır. İnternet bilgiye erişimde en hızlı ve güncel iletişim aracı olarak görülmektedir. Bu nedenle özellikle verileri güncel olan çalışmamızda, kadınların cinsellik konusunda bilgi edinmek için en sık interneti kullandığı belirlenmiştir. İnternet kadınların, sağlık çalışanlarına yüz yüze sormaya çekineceği soruları, sağlık çalışanlarına sorabilmesini ve

bu sayede bilgi edinmesini sağlamaktadır. Dolayısıyla CFB azalmakta ve cinsel yaşam kalitesi daha iyi olmaktadır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

SONUÇLAR

18-49 yaş arası üreme çağındaki evli kadınların cinsel fonksiyonlarından memnuniyet durumu, cinsel semptomları ve bu semptomların cinsel yaşam kalitesi üzerine etkisini incelemek amacıyla yürütülen tanımlayıcı ve kesitsel özellikte bu araştırmada elde edilen bulgular doğrultusunda aşağıdaki sonuçlara ulaşıldı.

- ACYÖ-K "cinsel istek" alt boyut puan ortalaması 2,6±1,2, "cinsel uyarılma" alt boyut puan ortalaması 2,8±1,1, "vajinal lubrikasyon" alt boyut puan ortalaması 2,7±1,1, "cinsel doyum" alt boyut puan ortalaması 2,9±1,2, "orgazm" alt boyut puan ortalaması 2,4±1,3 ve ACYÖ-K toplam puan ortalaması 13,4±5,4 olarak bulundu. ACYÖ-K toplam puan ortalamasının ≥ 11< kesme değerine göre kadınların %68'inde CFB olduğu belirlendi.
- CYKÖ-K toplam puan ortalaması 74,2±21,0 olarak belirlendi. CYKÖ-K toplam puan ortalaması ≤ 62 > kesme değerine göre kadınların %76,7 sinin cinsel yaşam kalitesinin iyi düzeyde olduğu saptandı.
- 18-49 yaş arası üreme çağındaki evli kadınların %78,1'inin cinsel hayatından memnun olduğu saptandı.
- ACYÖ-K toplam puan ortalaması ile CYKÖ-K toplam puan ortalaması arasında negatif yönde anlamlı ilişki olduğu saptandı. Buna göre, kadınlarda CFB arttıkça cinsel yaşam kalitesinin azaldığı tespit edildi.
- 18-49 yaş arası üreme çağındaki (18-19, 20-24, 25-29, 30-34, 35-39, 40-44, 45-49) tüm yaş grup kadınlarında cinsel istek, cinsel uyarılma, vajinal lubrikasyon, cinsel doyum ve orgazm (cinsel semptomlar) azalması durumunda CFB'nın arttığı, CFB arttıkça, cinsel yaşam kalitesinin azaldığı belirlendi. Ayrıca yaş ve evlilik yılı artışı ile ve 45-49 yaş arası kadınlarda

diğer yaş gruplarına göre cinsel semptomların arttığı ve cinsel yaşam kalitesinin azaldığı bulundu.

- BKİ artışı durumunda daha fazla CFB yaşandığı ve cinsel yaşam kalitesinin daha fazla kötüleştiği tespit edildi.
- Eğitim durumu ilköğretim ve altı olan kadınların, lise ve üstü eğitim durumuna göre daha fazla CFB yaşadığı ve cinsel yaşam kalitesinin daha kötü olduğu belirlendi.
- Geniş aile tipi özelliğinde olan kadınların, çekirdek aile yapısına göre cinsel yaşam kalitesinin anlamlı olarak daha kötü olduğu ve daha fazla CFB yaşadığı bulundu.
- Çocuğu olan kadınların, çocuğu olmayan kadınlara göre cinsel yaşam kalitesinin daha kötü olduğu ve daha fazla CFB yaşadığı saptandı. Çocuk sayısı ve toplam doğum sayısı arttıkça daha fazla CFB yaşandığı ve cinsel yaşam kalitesinin daha kötüleştiği tespit edildi.
- Kadınların %51,6'sının çalıştığı ve çalışan kadınların çalışmayan kadınlara göre daha az CFB yaşadığı ve cinsel yaşam kalitesinin daha iyi olduğu saptandı.
- Kadınların %63,9'unun gelir durumunun gidere eşit olduğu, %13,1'inin ise gelirinin giderden fazla olduğu saptandı. Gelir durumu giderden fazla olan kadınların cinsel yaşam kalitesinin gelir durumu giderden az olanlardan anlamlı olarak daha iyi olduğu bulundu.
- Sigara kullanan kadınların sigara kullanmayan kadınlara göre daha az CFB yaşadığı bulundu.
- Kadınların %90,9'unun alkol kullanmadığı ve alkol kullanan kadınların alkol kullanmayan kadınlara göre cinsel yaşam kalitesinin anlamlı olarak daha iyi olduğu ve daha az CFB yaşadığı saptandı.
- Cinsel hayattan memnun olan kadınların cinsel yaşam kalitesinin anlamlı olarak daha iyi olduğu ve daha az CFB yaşadığı tespit edildi.
- Anlaşarak evlenen kadınların görücü usulü evlenen kadınlara göre cinsel yaşam kalitesinin anlamlı olarak daha iyi olduğu ve daha az CFB yaşadığı belirlendi.
- Kadınlarda cinsellik konusunda en sık bilgi alınan yerlerden biri olan internetten cinsellik hakkında bilgi edinen kadınların cinsel yaşam kalitelerinin daha iyi olduğu ve daha az CFB yaşadığı; en fazla televizyondan bilgi edinen kadınların CFB yaşadığı tespit edildi.
- Cinselliği bedeni için doğal bir ihtiyaç olarak gören kadınların, diğer bakış açılarından (eşim ile aramızdaki en önemli bağ, üreme dışında benim için gereksiz, ayıp-günah, aklıma gelince tiksiniyorum, hayatımda yeri yok) cinsel yaşam kalitesinin anlamlı olarak daha iyi olduğu ve daha az CFB yaşadığı saptandı.

- Cinsel ilişki sıklığı ayda 1-2 kez olan kadınların, diğer cinsel ilişki sıklık durumlarından (her gün, haftada 3-4 kez, haftada 1-2 kez, 2 haftada 1-2 kez, 3 haftada 1-2 kez) daha fazla CFB yaşadığı ve cinsel yaşam kalitesinin daha kötü olduğu belirlendi.
- Cinsel ilişki öncesi ön sevişmenin önemli olduğunu düşünen kadınların cinsel yaşam kalitesinin anlamlı olarak daha iyi olduğu ve daha az CFB yaşadığı saptandı.
- Mastürbasyon yapan kadınların mastürbasyon yapmayan kadınlara göre cinsel yaşam kalitesinin anlamlı olarak daha iyi olduğu ve daha az CFB yaşadığı tespit edildi.

ÖNERİLER

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Kadın sağlığı hizmeti veren kurumlar ve/veya özel merkezlerin cinsellik, evlilik ve çift danışmanlığı birimlerinde çalışan, bu alanlarda uzman sağlık profesyonelleri ve hemşireler tarafından 18-49 yaş arası üreme çağındaki evli kadınlara ve eşlerine yönelik cinsel danışmanlık, cinsel tedaviler ve cinsellik eğitimleri, evlilik ve çift terapi hizmetlerinin verilmesi,
- 18-49 yaş arası üreme çağındaki evli kadınlar üzerinde bu konu ile ilgili niteliksel araştırmaların yapılmasını önermekteyiz.

ÖZET

Çalışmada 18-49 yaş arası üreme çağındaki evli kadınların cinsel fonksiyonlarından memnuniyet durumu, cinsel semptomları ve bu semptomların cinsel yaşam kalitesi üzerine etkisini incelemek amaçlanmıştır.

Kesitsel tipte bu araştırma, Temmuz 2015-Nisan 2016 tarihleri arasında 537'si Edirne il merkezinde, 467'si Kırklareli il merkezinde ikamet eden evli kadınlar üzerinde yürütülmüştür. Kadınlar yaş gruplarına göre tabakalandırılarak, tabakalı örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Veriler; literatür incelenerek hazırlanan anket formu, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği-Kadın Formu (ACYÖ-K) ve Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın (CYKÖ-K) ile toplanmıştır.

Çalışmada kadınların %78,1'inin cinsel hayatından memnun olduğu saptanmıştır. ACYÖ-K toplam puan ortalamasının 13,4±5,4 olduğu ve kadınların %68'inde cinsel fonksiyon bozukluğu olduğu belirlenmiştir. CYKÖ-K toplam puan ortalamasının 74,2±21,0 olduğu ve kadınların %76,7 sinin cinsel yaşam kalitesinin iyi olduğu saptanmıştır. ACYÖ-K toplam puanı ortalaması ile CYKÖ-K toplam puan ortalaması arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=-0,633$; $p<0,001$). Tüm yaş gruplarının (18-19, 20-24, 25-29, 30-34, 35-39, 40-44, 45-49) ACYÖ-K toplam puan ve "Cinsel İstek", "Cinsel Uyarılma", "Vajinal Lubrikasyon", "Cinsel Doyum", "Orgazm"alt boyut puan ortalamaları ile CYKÖ-K toplam puan ortalaması arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0,001$). Yaş ve evlilik yılı arttıkça ve 45-49 yaş arası kadınlarda diğer yaş gruplarına göre daha fazla cinsel semptomların arttığı ($p=0,021$) ve cinsel yaşam kalitesinin azaldığı belirlenmiştir ($p<0,001$).

Üreme çağındaki evli kadınların büyük çoğunluğunun cinsel hayatlarından memnun olduğu belirlenmiştir. Ancak yaş ve evlilik yılı arttıkça cinsel semptomların arttığı ve beraberinde cinsel yaşam kalitesinin azaldığı saptanmıştır.

Anahtar kelimeler: Cinsel memnuniyet, Cinsel semptom, Cinsel yaşam kalitesi, Evli kadın, Üreme çağı

THE SATISFACTION STATUS OF SEXUAL FUNCTION OF MARRIED WOMEN IN REPRODUCTIVE AGED BETWEEN 18-49, THE THEIR SEXUAL SEMPTOMS AND THE EFFECTS OF THE SYMPTOMS ON QUALITY OF THEIR SEXUAL LIFE

SUMMARY

The aim of this study is to investigate the satisfaction status of sexual function of married women in reproductive aged between 18-49, the their sexual semptoms and the effects of the symptoms on quality of their sexual life

This cross-sectional study was conducted on married women who 537 of them were residing in Edirne city centre whereas 467 of them wereresiding in Kırklareli provincial centers between July 2015 and April 2016. In the research stratified sampling method was used by classifying women according to their age groups. Data were collected with a questionnaire form that was prepared by reviewing the literature, Arizona Sexual Experience Scale-Woman (ASES-F), and Sexual Life Quality Scale-Woman (SQLQ-F).

This study was found 78,1 % of women were satisfied with their sexual life. It was determined that the average score of ASES-F was 13,5±5,4 and 68% of women was sexual dysfunction. It was found that the average score of SQLQ-F was 74,2±21,0 and 76,7% of women was good sexual life quality. It was found a significant negative correlation between the average score of ASES-F and the average score of SQLQ-F ($r=-0,633$; $p<0,001$). It was found a significant negative correlation between the average score of ASES-F, subscale scores of ‘’Sexual Desire’’, ‘’Sexual Arousal’’, ‘’Vaginal Lubrication’’, ‘’Sexual Satisfaction’’, ‘’Orgasm’’ and the average score of SQLQ-F in all age groups (18-19, 20-24, 25-29, 30-34, 35-39, 40-44, 45-49) ($p<0,001$). It was determined that as age and marriage age increased more sexual symptoms was increased ($p=0,021$) and the quality of sexual life was decreased ($p<0,001$) in women aged between 45-49 compared to other age groups.

It was determined that the majority of married women reproductived age was satisfied with their sexual life. However, as age and marriage age increased, sexual symptoms was increased and the quality of sexual life was decreased.

Key Words: Sexual satisfaction, Sexual symptom, Quality of sexual life, Married women, Reproductive age

KAYNAKLAR

1. Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği (CETAD). Cinsel Yaşam ve Sorunları. 2008.
2. Bozdemir N, Özcan S. Cinsellik ve cinsel sağlığa genel bakış. Turkish Journal Of Family Medicine and Primary Care 2011; 5(45): 37-46.
3. Nayır N. Edirne il merkezinde yaşayan erişkinlerde cinsel işlev ve cinsel işlev bozuklukları (tez). Edirne: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2010.
4. Gürkaş Y. 35-55 yaş arası benign nedenlerle total histerektomi ameliyatı olmuş kadınlarda histerektomi ameliyatının cinsel fonksiyonlar üzerine etkisinin belirlenmesi (tez). Edirne: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2009.
5. Yaşar H, Özkan L, Tepeler A. Kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluklarına güncel yaklaşım. Klinik ve Deneysel Araştımalar Dergisi 2010; 1(3): 235-240.
6. Berman JR, Adhikari SP, Goldstein I, Anatomy and physiology of female sexual dysfunction and dysfunction classification, evaluation and treatment options. European Urology 2000; 38(1): 20-29.
7. Basson R, Althof S, Davis S, Fugl-Meyer K, Goldstein I, Leiblum S, Meston C, Rosen R, Wagner G. Summary of the recommendations on sexual dysfunction in women. Journal of Sexual Medicine 2004; 1(1): 24-34.
8. Gölbaşı Z, Tuğut N, Şentürk Erenel A, Eroğlu K. Jinekoloji polikliniğine başvuran evli kadınlarda cinsel işlev bozukluğu yaygınlığı ve ilişkili bazı faktörler. Cumhuriyet Tıp Dergisi 2014; 36(4): 1-10.
9. Güvel S, Yaycıoğlu Ö, Bağış T, Savaş N, Bulgan E, Özkardeş H. Evli kadınlarda cinsel fonksiyonlara etkin faktörler. Türk Üroloji Dergisi 2003; 29(1): 43-48.
10. Ege E, Akın B, Yaralı Arslan S, Bilgili N. Sağlıklı kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu sıklığı ve risk faktörleri. TÜBAV Bilim 2010; 3(1): 137-144.

11. Öksüz E, Malhan S. Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi (Female Sexual Function Index-FSFI) Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirlik analizi. Sendrom 2005; 17(7): 54-60.
12. Cayan S, Akbay E, Bozlu M, Canpolat B, Acar D, Ulusoy E. The prevalence of female sexual dysfunction and potential risk factors that may impair sexual function in Turkish women. Urologia Internationalis 2004; 72(1): 52-57.
13. Demir Ö, Parlakay N, Gök G, Esen AA. Hastane çalışanı bayanlarda cinsel işlev bozukluğu. Androloji Bülteni 2007; 33(2): 156-160.
14. Gülsün M, Ak M, Bozkurt A. Psikiyatrik açıdan evlilik ve cinsellik. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches İn Psychiatry 2009; 1(1): 68-79.
15. Şenol Y, Türkay M. Yaşam kalitesi ölçütlerinde taraf tutma: Cevap kayması. TAF Preventive Medicine Bulletin 2006; 5(5): 382-389.
16. Kızıltepe A. Total histerektomili kadınların benzer yaş grubundaki histerektomi olmayan kadınlarla cinsel işlevler açısından karşılaştırılması (tez). İstanbul: 2006.
17. Kömürcü N, Demirci N, Yıldız H, Gün Ç. Türkiye'deki hemşirelik dergilerinden cinselliğe bakış: Bir literatür incelemesi. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 2014; 11(1): 9-17.
18. Bulut A, Ortaylı N. Bir araştırmanın düşündürdükleri: Cinsel sağlık ama nasıl? Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 2004; 13(2): 60-63.
19. Volpe EM, Wertheimer JC. Exploring sexuality attitudes and knowledge in nursing: An education program. Maimonides University: Faculty of the American Academy of Clinical Sexologists, Doctor of Philosophy. Florida. 2010.
20. Yaniv H. Kanserli hastalarda seksüalite. Onkoloji Hemşireliği Derneği Mezuniyet Sonrası Eğitim Kurs Kitabı. Ankara: 21-22 Eylül 2000. s.24-38.
21. Santis JD, Vasquez EP. An appraisal of the factors influencing human sexuality research in nursing. Nursing Forum 2010; 45(3): 174-184.
22. Şen S, Usta E, Aygin D, Sert Havva. Yaşlılık ve cinsellik konusunda sağlık profesyonellerinin yaklaşımları. Kadın Cinsel Sağlığı 2015; 17(60): 64-67.
23. Gümüş AB, Şıpkın S, Keskin G. Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli ile Bir Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesi. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 2012; 3(1): 13-21.
24. Kulakçı H, Emiroğlu ON. Huzurevinde yaşayan yaşlıların bakımında Omaha sisteminin kullanılabilirliğinin değerlendirilmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi 2011; 4(1): 25-33.

25. Sabancıoğulları S, Ata E, Kelleci M, Doğan S. Bir psikiyatri kliniğinde hemşireler tarafından yapılan hasta bakım planlarının Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli ve NANDA tanılarına göre değerlendirilmesi. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 2011; 2(3): 117-122.
26. Beji NK, Aşcı ÖS. Cinsellikle ilgili kuramlar ve ilk bilimsel çalışmalar. Androloji Bülteni 2011; 45(1): 160-163.
27. Ersoy E. Cinsiyet kültürü içerisinde kadın ve erkek kimliği. Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi 2009; 19(2): 209-230.
28. Kaya Y, Aslan E. Kadın cinselliğinde gelenekler ve kültür. Androloji Bülteni 2013; 54(1): 214-217.
29. Kahraman S. Kadınların toplumsal cinsiyet eşitsizliğine yönelik görüşlerinin belirlenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi 2010; 3(1): 30-35.
30. Mert D, Özen N. Genel psikiyatri polikliniğine başvuran kadın hastalarda cinsel işlev bozukluğu ve ilişkili sosyokültürel parametrelerin değerlendirilmesi. Klinik Psikiyatri 2011; 14(2): 85-93.
31. Cinsel Haklar Bildirgesi,http:// www.psikiyatri.org. tr/ cinsel haklar. Erişim Tarihi: 10.05.2016.
32. Gölbaşı Z. Sağlıklı gençlik ve toplum için bir adım: Cinsel sağlık eğitimi. Aile ve Toplum Dergisi 2003; 6(2): 3–40.
33. Varma GS, Oğuzhanoğlu KN, Karadağ F, Özdel O, Amuk T. Doğal ve cerrahi menopozda depresyon ve anksiyete düzeyleri ile cinsel doyum arasındaki ilişki. Klinik Psikiyatri Dergisi 2005; 8(3): 109-115.
34. Pascoal PM, Narciso ISB. What is sexual satisfaction? Thematic analysis of lay people's definitions. Journal Of Sex Research 2014; 51(1): 22–30.
35. Huston, L, Vangelesti AL. Socioemotional behavior and satisfaction in marital relationships: A longitudinal study. Journal of Personality and Social Psychology 1991; 61(5): 721-733.
36. Yalçın H. Evlilik uyumu ile sosyodemografik özellikler arasındaki ilişki. Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi 2014; 3(1): 250-261.
37. Öksüz E, Malhan S. Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction in Turkish women. The Journal of Urology 2006; 175(2): 654-658.
38. Ziaee T, Jannati Y, Mobasheri E, Taghavi T, Abdollahi H, Modanloo M, Behnampour N. The relationship between marital and sexual satisfaction among married women

employees at Golestan University of Medical Sciences, Iran. Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences 2014; 8(2): 44-51.

39. Addis IB, Van Den Eeden SK, Wassel-Fyr CL, Vittinghoff E, Brown JS, Thom DH; Reproductive Risk Factors for Incontinence Study at Kaiser Study Group. Sexual activity and function in middle-aged and older women. Journal of Obstetrics Gynecology 2006; 107(4): 755-764.
40. Azadeh-Ghamsari A, Gill R, Moerdyk N, Oberleitner B, Rademeyer K. The sexual and psychological implications of hysterectomy. South African Medical Journal 2002; 92(7): 517-518.
41. Kayır A, Şahin D. Kadın cinselliği ve cinsel işlev bozukluğu. Ege Psikiyatri Sürekli Yayınlari 1998; 3(1): 19-58.
42. Tanrıöver Ö. Cinsellik ve yaşam kalitesi. Türkiye Klinikleri Journal of Family Special Topics 2015; 6(2): 1-5.
43. Robinson JG, Robinson JG. Sexuality and quality of life. Journal of Gerontological Nursing 2007; 33(3): 19-27.
44. Rosen RC1, Riley A, Wagner G, Osterloh IH, Kirkpatrick J, Mishra A. The international index of erectile function (IIEF): A multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. Journal of Urology 1997; 49(6): 822-830.
45. Coşkun AM. Üreme sistemi yapı ve fonksiyonu. Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı. Coşkun AM.(Editör). Koç Üniversitesi Yayınları. İstanbul; 2012. S. 39-60.
46. Taşkın L. Üreme sisteminin anatomisi. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Lale Taşkın (Editör). Akademisyen Tıp Kitabevi. İstanbul; 2016. S.42-52.
47. Cangöl E. Uzunköprü Kadın-doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'ne jinekolojik muayene için başvuran kadınlarda genital enfeksiyonların sıklığı ve genital hijyen davranışlarının değerlendirilmesi (tez). Edirne: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2010.
48. Topaktaş R, Armağan A. Kadın cinsel fonksiyonun anatomisi ve fizyolojisi. Türkiye Klinikleri Journal of Urology- Special Topics 2015; 8(3): 1-5.
49. Kaçar T. Rekürren over kanserinin tesbitinde fdg-pet/bt' nin rolü. (Uzmanlık tezi). İstanbul: Okmeydanı Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Nükleer Tıp Kliniği; 2009.
50. Eryılmaz HY. Orgazm tanımı ve tipleri. Androloji Bülteni 2005; 23: 355-358.
51. Yalçın Ö. Pelvis Tabanı Anatomisi. Yalçın Ö (Editör). Temel Ürojinekoloji. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2009. s.7-19.

52. Masters WB, Johnson VE. Human Sexual Behavior. İnsan Cinsel Davranış. Sayın. Ü. (Çev. ed), İstanbul, Bilimsel ve teknik Yayınları Çeviri Vakfı 1994.
53. Kinsey AC. Gebhard PH. Sexual Behaviour In The Human Females. Sounders, Philadelphia, 1953.
54. İncesu C. Cinsel işlevin fizyolojisi. Türk Psikiyatri Dizini Cinsel İşlev Bozuklukları Monograf Serisi 1998; (1): 3-11.
55. Kaplan HS. Hypoactive sexual desire. Journal Sex Marital Therapy 1977; 3(1): 3-9.
56. Tashbulatova D. İnfertil Kadınlarda Cinsel FonksiyonlaraEtki Eden Faktörler (Uzmanlık tezi). Adana: Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı; 2007.
57. Tepe S. Adana ili havutlu beldesi'nde 35-64 yaş kadınlarda cinsel işlevde menopozun etkisi (Uzmanlık tezi). Adana: Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2012.
58. Yeni E. Menopoz ve Cinsellik. In: Kadıoğlu A, Başar M, Semerci B, Orhan İ, Aşçı R, Yaman Ö, Çayan S, Usta F, Kendirci M, Eds. Erkek ve Kadın Cinsel Sağlığı. İstanbul: Türk Androloji Derneği Yayınları, 2004: 652-666.
59. Karakoyunlu FB. Evli kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu görülme sıklığı (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Antalya. 2007.
60. İncesu C. Cinsel işlevler ve cinsel işlev bozuklukları. Klinik Psikiyatri 2004(Ek); 3:3-13.
61. Bayram GO. Histerektominin cinsel yaşam üzerine etkilerinin belirlenmesi (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul. 2005.
62. 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. Journal of Urology 2000; 163(3): 888- 893.
63. Meston CM, Hull E, Levin RJ, Sipski M. Womans orgasm in: T.F. Lue, R. Basson, R. Rosen at all Eds: Sexual Medicine Sexual Disfunctions in Men and Women. 21st Ed, Paris, Health Publications 2004; 785–795.
64. Crenshaw TL, Goldberg JP. Sexual aspects of neurochemistry. in: Sexual Pharmacology: Drugs that Affect Sexual Functioning. New York: W. W. Norton & Company; 1996; 1996: 37–61.
65. Yörük F. Doğum sonrası dönemdeki kadınların cinsel problemlerinin çözümünde plıssıt modelin etkinliği (Yüksek Lisans Tezi). Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum-Kadın Sağlığı Ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. 2013.

66. Kapdağlı D. Postmenopozal kadınlarda cinsel yaşam kalitesinin değerlendirilmesi (Uzmanlık tezi). Adana: Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı; 2009.
67. Burnett Al, Calvin DC, Silver RI et al. Immunohistochemical description of nitric oxide synthase isoforms in human clitoris. Journal of Urology 1997; 158(1): 75-78.
68. Goldstein I, Gıraldı A, Kadıoğlu A, HW Van Lusen, L.Marson, R.Nappi, J. Peaus, A.Salonia, A.M. Traish, Y.Vardı. Çeviri Çulha M, Eryılmaz H.Y, Önem K. Seksüel Tıp, 2 Uluslar arası seksual Disfonksiyon toplantısı – Paris. Kadın Cinsel Fonksiyon Fizyolojisi ve Kadın Cinsel Disfonksiyonunun Fizyopatolojisi 2004. s.711.
69. Karaçam Z. Normal postpartum dönem fizyolojisi ve bakımı. In: Şirin A, Kavlak O. (Eds).Kadın Sağlığı. 1. Baskı. İstanbul: Bedray Basın Yayıncılık Ltd. Şti; 2008a. p. 708-756.
70. Lee HJ, Macbeth AH, Pagani J, Young WS 3rd. Oxytocin: The great facilitator of life. Progress in Neurobiology 2009; 88(2): 127-151.
71. World Health Organization. ICD-10: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. Geneva: World Health Organization 1992.
72. American Psychiatric Association. DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edn. Washington, DC: American Psychiatric Pres. New England Journal of Medicine 1994; (27)331: 1163-1166.
73. Çeri Ö, Yılmaz A, Soykan A. Cinsel işlev bozuklukları. Turkiye Klinikleri Journal of Psychiatry-Special Topics 2008; 1(2): 71-78.
74. Tuğrul C. Cinsel işlev bozukluklarının tedavisinde bilişsel davranışçı terapi yaklaşımı. Savaşır I, Boyacıoğlu G, Kabakçı E, ed. Bilişsel Davranışçı Terapiler. 2. Baskı. Ankara: türk psikologlar Derneği Yayınları; 1998. s. 83-157.
75. Srivastava R, Thakar R, Sultan A. Female sexual dysfunction in obstetrics and gynecology. Obstetrical &Gynecological Survey 2008; 63(8): 527-537.
76. Doak DK, Rogers RG. Female sexual function and dysfunction. Obstetrics & Gynecology Clinics North America 2008; 35(2): 169-183.
77. West SL, D'Aloisio AA, Agans RP, Kalsbeek WD, Borisov NN, Thorp JM. Prevalence of low sexual desire and hypoactive sexual desire disorder in a Nationally Representative sample of US women. Archives of Internal Medicine 2008; 168(13): 1441-9. doi: 10.1001/archinte.168.13.1441.

78. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: Prevalence and predictors. JAMA Internal Medicine 1999; 281(6): 537–44.
79. Zhang H, Fan S, Yip P. Sexual dysfunction among reproductive-aged Chinese married women in Hong Kong: Prevalence, risk factors, and associated consequences. Journal of Sexual Medicine 2015; 12(3): 738–745.
80. Goshtasebi A, Vahdaninia M, Rahimi Foroshani A. Prevalence and potential risk factors of female sexual difficulties: An urban Iranian population-based study. Journal of Sexual Medicine 2009; 11(6): 2988–2996.
81. Nicolosi A, Glasser DB, Kim SC, Marumo K, Laumann EO, GSSAB Investigators' Group. Sexual behavior and dysfunction and help-seeking patterns in adults aged 40–80 years in theurban population of Asian countries. BJU International 2004; 95(4): 609–614.
82. Zhang H, Yip P. Female sexual dysfunction among young andmiddle-aged women in Hong Kong: Prevalence and risk factors. Journal of Sexual Medicine 2011; 9(11): 2911–2918.
83. Fisher WA, Boroditsky R, Bridges M. Canadian contraception study 1998. Canadian Journal of Human Sexality 1999; 8: 161-220.
84. Abdo CH, Oliveira WM Jr, Moreira ED Jr, Fittipaldi JA. Prevalence of sexual dysfunctions and correlated conditions in a sample of Brazilian women--results of the Brazilian study on sexual behavior (BSSB). International Journal of Impotence Research 2004; 16(2): 160-166.
85. Elnashar AM, El-Dien Ibrahim M, El-Desoky MM, Ali OM, El-Sayd Mohamed Hassan M. Female sexual dysfunction in Lower Egypt. BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology 2007; 114(2): 201-206.
86. Ferenidou F, Kapoteli V, Moisidis K, Koutsogiannis I, Giakoumelos A, Hatzichristou D. Presence of a sexual problem may not affect women's satisfaction from their sexual function. Journal of Sexual Medicine 2008; 5(3): 631-639.
87. Singh JC, Tharyan P, Kekre NS, Singh G, Gopalakrishnan G. Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction in women attending a medical clinic in South India. Journal of Postgraduate Medicine 2009; 55(2): 113-120.doi: 10.4103/0022-3859.52842
88. Blümel JE, Chedraui P, Baron G, Belzares E, Bencosme A, Calle A, Espinoza MT, Flores D, Izaguirre H, Leon-Leon P, Lima S, Mezones-Holguin E, Monterrosa A, Mostajo D, Navarro D, Ojeda E, Onatra W, Royer M, Soto E, Vallejo S, Tserotas K; Collaborative Group for Research of the Climacteric in Latin America (REDLINC). Sexual dysfunction in middle-aged women: A multicenter Latin American study using the Female Sexual

Function Index. Menopause 2009; 16(6): 1139-1148. doi: 10.1097/gme.0b013e3181a4e317.

89. Çayan S, Akbay E, Bozlu M. The prevalance of female sexual dysfunction andpotential risk factors that may impair sexual function in Turkish women. Urologia Internationalis 2004; 72(1): 52-57.
90. Öksüz E, Malhan S. Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction in Turkish women. Journal of Urology 2006; 175(2): 654-658.
91. Şimşek F, Özdemir Ö, İncesu C, Karakoç B, Özkardeş S. Çoğul disiplinli bir cinsel işlev bozuklukları merkezine başvuran 1,002 olgunun sosyodemografik ve klinik özellikleri. Üroloji Bülteni 2003; 14 (3): 137-144.
92. Schokrollahi P, Mirnohamadi M, Mehrabi F, Babaei G. Prevalence of sexual dysfunction in women seeking services at familyplanning centers in Tehran. Journal of Sexual Marital Therapy 1999; 25(3): 211–215.
93. Lo S, Kok WM. Sexual behavior and symptoms among reproductive age Chinese women in Hong Kong. Journal of Sexual Medicine 2014; 11(7): 1749–1756.
94. Dişsiz M, Kızılkaya Beji N, Oskay Ü. Multiple sklerozun kadının cinsel yaşamı üzerine etkisi. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 2013; 15(1): 1-10.
95. Akkoç Y, Kirazlı Y, Yatırık H, Yüceyar N, Özkaya A. Multiple sklerozlu kadın hastalarda cinsel fonksiyon. Ege Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi 2001; 7(1–2): 35–38.
96. Park K, Goldstein I, Andry C, Siroky MB, Krae RJ, Azadzoi KM: Vasculojenic female sexual dysfunction: The hemodynamic basis for vaginal engorgement insufficiency and clitoral erectile insufficiency. International Journal İmpotence Research 1997; 9(1): 27–37.
97. Hulter B, Lundberg PO, Sexual function in women with hipothalamo – pituitary disordes. Archives of Sexual Behavior 1994; 23(2): 171-183.
98. Beysel M, Şengör F. Diyabet ve erektil disfonksiyon İçinde: Erkek ve Kadın Cinsel Sağlığı. Ed: Kadıoğlu A, Başar M, Semerci B, Orhan İ, Aşçı R, Yaman MÖ, Çayan S, Usta MF, Kendirci M, Acar Matbaacılık, İstanbul, 2004; 431-450.
99. Ogbera AO, Chinenye S, Akinlade A, Eregie A, Awobusuyi. Journal of Sexual Medicine 2009; 6(12): 3401–3406.
100. Enzlin P, Rosen R, Wiegel M, Brown J, Wessells H, Gatcomb P, Rutledge B, Chan KL, Cleary PA. Sexual dysfunction in women with type 1 diabetes: Long-term findings from the DCCT/ EDIC study cohort. Diabetes Care 2009; 32(5): 780-785.
101. Boyacıoğlu GS. Kadın cinsel işlev bozuklukları. Psikiyatri Dünyası 1999; 3(2): 54-59.

102. Raina R, Pahlajani G, Khan S, Gupta S, Agarwal A, Zippe Craig D. Female sexual dysfunction: Classification, pathophysiology, and management. Fertility and Sterility 2007; 88(5): 1-5.
103. Sungur MZ, Gunduz A. A comparison of DSM-IV-TR and DSM-5 definitions for sexual dysfunctions: Critiques and challenges. Journal of Sexual Medicine 2014; 11(2): 364-73.
104. Duman NB, Koçak DY, Yılmazel G. Kadınlarda cinsel işlev bozuklukları ve temel hemşirelik yaklaşımları. Türkiye Klinikleri Journal of Obstetric-Women's Health Diseases Nursing-Special Topics 2015; 1(2): 35-41.
105. Akbaş NB. Cinsel isteksizlik. Türkiye Klinikleri Journal of Family Medicine -Special Topics 2015; 6(2): 47-51.
106. Kavuncu NV. Kadınlarda cinsel işlev bozuklukları. Turkiye Klinikleri Journal of Psychiatry 2004; 5(1): 18-25.
107. TsingLo S, Ming Kok W. Sexual behavior and symptoms among reproductive age Chinese Women in Hong Kong. Journal of Sexual Medicine 2014; 11(7): 1749-1756.
108. McCabe MP, Goldhammer DL. Prevalence of women's sexual desire problems: What criteria do we use?. Archives of Sexual Behavior 2013; 42(6): 1073-1078.
109. Laumann EO, Nicolosi A, Glasser DB, et al. Sexual problems among women and men aged 40-80 years: Prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. International Journal of Impotence Research 2005; 17(1): 39- 57.
110. Graziottin A. Prevalence and evaluation of sexual health problems-HSDD in Europe. Journal of Sexual Medicine 2007; 4(3): 211- 19.
111. Valadares ALR, Pinto-Neto AM, de Souza MH, Osis MJD, Costa Paiva LHS. The prevalence of the components of low sexual function and associated factors in middle-aged women. Journal of Sexual Medicine 2011; 8(10): 2851–2858.
112. Akbulut MF, Üçpınar MB, Gürbüz ZG. Kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluklarının sınıflaması ve tedavisi. Türkiye Klinikleri Urology-Special 2015; 8(3): 10-15.
113. Buster JE, Kingsberg SA, Aguirre O, Brown C, Breaux JG, Buch A, Rodenberg CA, Wekselman K, Casson P. Testosterone patch for low sexual desire in surgically menopausal women: A randomized trial. Obstetrics and Gynecology 2005; 105(5 Pt 1): 944-952.
114. Doğan S. Cinsellikten tiksinti duyma bozukluğu: Davranışçı tedaviye olumlu ve hızlı yanıt veren bir olgu. Klinik Psikiyatri 2006; 9(4): 191-197.
115. Domoney C. Sexual function in women: What is normal? International Urogynecol Journal 2009; 20(1): 9- 17.

116. Hayes RD, Dennerstein L. The impact of aging on sexualbased studies. Journal of Sexual Medicine 2005; 2(3): 317-330.
117. Laan E, Both S. Sexual desire and arousal disorders in women. Advances in Psychosom Medicine 2011; 31: 16-34. doi: 10.1159/000328806.
118. Akdeniz M. Kadınlarda orgazm bozukluğu. Türkiye Klinikleri Journal of Family Medicine Special Topics 2015; 6(2): 56-65.
119. Meston CM, Hull E, Levin RJ, Sipski M. Disorders of orgasm in women. Journal of Sexual Medicine. 2004; 1(1): 66-68.
120. Çiftçi H, YeniErcan, Savaş M, Verit A. Kadında orgazmik işlev bozukluğu kronik pelvik ağrı nedeni midir?. Türk Üroloji Dergisi 2008; 34(3): 335-339.
121. Lavie Ajayi M, Joffe H. Social representations of female orgasm. Journal of Health Psychology 2009; 14(1): 98-107.
122. American Psychiatric Association. Diagnostic and Stastistical Manual of Mental Disorders .5h ed.Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013. p. 429-432.
123. Shifren JL, Monz BU, Russo PA, Segreti A, Johannes CB. Sexual problems and distress in United States women: Prevalence and correlates. Obstetrics & Gynecology 2008; 112(5): 970-8. doi: 10.1097/AOG.0b013e3181898cdb.
124. Doğan S. Cinsel işlev bozuklukları, depresyon ve antidepresanlar. Journal of Mood Disorders 2011; 1(2): 81-86. doı: 10.5455/jmood.20110629055304.
125. Nazik E, Eryılmaz G. Kadında disparoni ve hemşirelik yaklaşımı. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi 2011; 4(1): 211-215.
126. Doğan S, Saraçoğlu GV. Yaşam Boyu vajinismusu olan kadınlarda cinsel bilgi, evlilik özellikleri, cinsel işlev ve doyumun değerlendirilmesi. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2009; 26(2): 151-158.
127. Doğan S, Özkorumak E. Ağrılı genital cinsel aktivite ve vajinismus tanısında yaşanan güçlükler. Klinik Psikiyatri 2008; 11(3): 135-142.
128. Tuğut N, Gölbaşı Z. Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın Türkçe Versiyonunun Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Cumhuriyet Medical Journal 2010; 32: 172-180.
129. Mick JM. Sexuality assessment: 10 strategies for improvement. Clinical Journal of Oncology Nursing 2007; 11(5): 671-675.
130. Longworth JCD. Sexual assessment and counselling in primary care. Nurse Practitioner Forum 1997; 8(4): 166-171.

131. Fışkın G, Beji NK. Cinsel fonksiyonun değerlendirilmesi ve hemşirenin rolü. Androloji Bülteni 2014; 56(16): 73-76.
132. Karakoyunlu FB, Öncel S. Cinsel fonksiyon bozukluklarında kadına ait hemşirelik bakım süreci örneği. Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences 2009; 12(3): 82-92.
133. Albaugh JA, Kellogg-Spadt S. Sensate focus and its role in treating sexual dysfunction. Urologic Nursing Journal 2002; 22(6): 402-403.
134. Yılmaz E, Zeytinci E, Sarı S, Karababa İF, Çilli AS, Kuçur R. Konya il merkezi'nde yaşayan evli nüfusta cinsel sorunların araştırılması. Türk Psikiyatri Dergisi 2010; 21(2): 126-134.
135. Soykan A. The reliability and validity of Arizona sexual experiences scale in Turkish ESRD patients under going hemodialysis. International Journal of Impotence Research 2004; 16(6): 531-534.
136. Symonds T, Boolell M, Quırk F. Development of questionnaire on sexual quality of life in women. Journal Sexual Marital Therapy 2005; 31(5): 385-397.
137. Özerdoğan N, Sayıner FD, Köşgeroğlu N, Ünsal A. 40–65 yaş grubu kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu prevalansı, depresyon ve diğer ilişkili faktörler. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi 2009; 2(2): 46-59.
138. Mishra VV, Nanda S, Vyas B, Aggarwal R, Choudhary S, Saini SR. Prevalence of female sexual dysfunction among Indian fertile females. Journal of Mid-Life Health 2016; 7(4): 154-158. doi:10.4103/0976-7800.195692.
139. Küçükdurmaz F, Efe E, Malkoç Ö, Kolus E, Amasyalı AS, Resim S. Prevalence and correlates of female sexual dysfunction among Turkish pregnant women. Turkish Journal of Urology 2016; 42(3): 178–183.
140. Cetişli NE, Arkan EDG, Kaba F, Ertop F. Evli kadınların kullandıkları aile planlaması yönteminin cinsel yaşam ve benlik saygısına etkisi. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 2016; 13(2): 101-106.
141. Gabalci E, Terzioglu F. The Effect of Family Planning Methods Used by Women of Reproductive Age on Their Sexual Life. Sexuality and Disability 2010; 28: 275–285.
142. Doğan T, Tuğut N, Gölbaşi Z. The relationship between sexual quality of life, happiness, and satisfaction with life in married Turkish women. Sexuality and Disability 2013; 31: 239–247.

143. Yaralı S, Hacıalioğlu N. Evli kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu ve cinsel yaşam kalitesinin incelenmesi. Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi 2016; 6(6): 108-127.
144. Strizzi J, Olabarrieta Landa L, Pappadis M, Olivera SL, Valdivia Tangarife ER, Fernandez Agis I, Perrin PB, Arango-Lasprilla JC. Sexual functioning, desire, and satisfaction in women with TBI and healthy controls. Behavioural Neurology 2015; 2015: 247479. doi: 10.1155/2015/247479.
145. Lou WJ, Chen B, Zhu L, Han SM, Xu T, Lang JH, Zhang L. Prevalence and factors associated with female sexual dysfunction in Beijing, China. Chinese Medical Journal 2017; 130(12): 1389-1394.
146. Lin MC, Lu MC, Livneh H, Lai NS, Guo HR, Tsai TY. Factors associated with sexual dysfunction in Taiwanese females with rheumatoid arthritis. BMC Women's Health 2017; 17(12): 1-7.
147. Shin H, Min B, Park J, Son H. A 10-year interval study to compare the prevalence and risk factors of female sexual dysfunction in Korea: The Korean internet sexuality survey (KISS) 2014. International Journal of Impotence Research 2017; 29: 49-53. doi:10.1038/ijir.2016.41.
148. Du J, Ruan X, Gu M, Bitzer J, Mueck AO Prevalence of and risk factors for sexual dysfunction in young Chinese women according to the Female Sexual Function Index: an internet-based survey. European Journal Contraception & Reproductive Health Care 2016; 21(3): 259-263. doi: 10.3109/13625187.2016.1165198.
149. Sathyanarayana Rao TS, Darshan MS, Tandon A. An epidemiological study of sexual disorders in south Indian rural population. Indian Journal Psychiatry 2015; 57(2): 150-7. doi: 10.4103/0019-5545.158143.
150. Kömürcü N, İşbilen A. Adaptation of women to sexual life during the postmenopausal period. Turkish Journal of Urology 2011; 37(4): 326-330. doi:10.5152/tud.2011.063).
151. Mishra VV, Nanda S, Vyas B, Aggarwal R, Choudhary S, Saini SR. Prevalence of female sexual dysfunction among Indian fertile females. Journal of Mid-Life Health 2016; 7(4): 154-158. doi:10.4103/0976-7800.195692.
152. Oniz A, Keskinoglu P, Bezircioglu I. The prevalence and causes of sexual problems among premenopausal Turkish women. Journal of Sexual Medicine 2007; 4(6): 1575-1581.

153. Kinzl JF, Trefalt E, Fiala M, Hotter A, Biebl W, Aigner F. Partnership, sexuality and sexual disorders in morbidly obese women: Consequencesof weight loss after gastric banding. Obesity Surgery 2001; 22(11): 455–458.
154. Poorandokht Afshari P, Houshyar Z, Javadifar N, Pourmotahari F, Jorfi M. The relationship between body ımage and sexual function in middle-aged women. Electronic Physician 2016; 8(11): 3302-3308.
155. Ronette L. Kolotkin, Martin Binks, Ross D. Crosby, Truls Østbye, Richard E. Gress, and Ted D. Adams. Obesity and Sexual Quality of Life. Obesity A Research Journal 2006; 14(3): 472-479.
156. Esposito K, Maiorino MI, Bellastella G, Giugliano F, Romano M, GiuglianoD. Determinants of female sexual dysfunction in type 2 diabetes. International Journal of Impotence Research 2010; 22(3): 179-84.
157. Özdemir Çiledağ F, Pehlivan E. Evaluation of sexual function Levels of women between the ages of 20-50 living in central malatya [Malatya il merkezinde yaşayan 20-50 yaş arasındaki kadınların cinsel fonksiyon düzeylerinin değerlendirilmesi] Medicine Science Original Research 2015; 4(4): 2751-2761. doi: 10.5455/medscience.2015.04.8273.
158. Shahvari Z, Raisi F, Yekta ZP, Ebadi A, Kazemnejad A. Married women's sexual satisfaction questionnaire; a developmental and psychometric evaluation. Iranian Red Crescent Medical Journal 2015; 17(4). doi: 10.5812/ircmj.17(4)2015.26488.
159. Erbil N. Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction among Turkish women attending a maternity and gynecology outpatient clinic. Sexuality and Disability 2011; 29: 377-86.
160. Özdemir K, Özerdoğan N,Ünsal A. Türkiye'nin batı bölgesindeki evli kadınlar arasında disparoni ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Türkiye Klinikleri Jinekolojik Obstetrik Dergisi 2013; 23(1): 27-35.
161. Karakoyunlu FB, Öncel S. 15-49 yaş grubu evli kadınlarda cinsel işlev bozukluğu görülme sıklığı (Antalya/Türkiye). Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi 2014; 6(2): 63-74.
162. Saferinejad MR. Female sexual dysfunction in a population-based study in Iran: Prevalence and associated risk factors. International Journal of Impotance Research 2006; 18(4): 382-395.
163. Kim JS, Kang S. A study on body ımage, sexual quality of life, depression, and quality of life in middle-aged adults. Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci) 2015; 9(2): 96-103.

164. Demirezen E, Erdoğan S, Önem K.. Birinci basamak sağlık merkezine başvuran kırk yaşın altındaki kadınlarda cinsel fonksiyonun değerlendirilmesi. Androloji Bülteni 2006; 25: 177–180.
165. Worly B, Gopal M, Arya L. Sexual dysfunction among women of low-income status in an urban setting. International Journal of Gynecology & Obstetrics 2010; 111(3): 241-244.
166. Diehl A, Silva RL, Laranjeira R. Female sexual dysfunction in patients with substance-related disorders. Clinics (Sao Paulo) 2013; 68(2): 205-12.
167. Maseroli E, Fanni E, Cipriani S, Scavello I, Pampaloni F, Battaglia C, Fambrini M, Mannucci E, Jannini EA, Maggi M, Vignozzi L. Cardiometabolic risk and female sexuality: Focus on clitoral vascular resistance. Journal of Sexual Medicine 2016; 13(11): 1651-1661. doi: 10.1016/j.jsxm.2016.09.009.
168. Choi J, Shin DW, Lee S, Jeon MJ, Kim SM, Cho B, Lee SM. Dose-response relationship between cigarette smoking and female sexual dysfunction. Obstetrics & Gynecology Science 2015; 58(4): 302-8. doi: 10.5468/ogs.2015.58.4.302.
169. Bn AK, M S, J SR, Dr P.Sexual dysfunction in women with alcohol dependence syndrome: A study from India. Asian Journal Psychiatry 2017; 28: 9-14. doi: 10.1016/j.ajp.2017.03.007.
170. Worsley R, Bell RJ, Gartoulla P, Davis SR. Prevalence and predictors of low sexual desire, sexually related personal distress, and hypoactive sexual desire dysfunction in a community-based sample of midlife women. Journal of Sexual Medicine 2017; 14(5): 675-686. doi: 10.1016/j.jsxm.2017.03.254.
171. Dişsiz M. Alkol ve madde bağımlılığının kadının yaşam kalitesi ve cinsel yaşamı üzerine etkisi (tez). İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2012.
172. Dişsiz M, Oskay ÜY, Beji NK. Use of alcoholic beverages and other psychoactive substances among women in Turkey: Medical, biological, and socialconsequences. A pilot study. Substance Use&Misuse 2010; 45(7-8): 1060-1076.
173. Yılmaz E. Konya il merkezinde yaşayan evli nüfusta cinsel sorunların araştırılması (tez). Konya: Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi; 2007.

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Masters ve Johnson'a göre kadında cinsel yanıt döngüsü 14
Şekil 2. ROC analizine göre CYKÖ-K toplam puanı için kesme puanı ≤ 62 > olarak hesaplanması 38
Şekil 3. ACYÖ-K toplam puan ortalaması ≥11< kesme değerine göre kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu sıklığı 46
Şekil 4. CYKÖ-K Toplam Puan Ortalaması ≤ 62 > Kesme Değerine Göre Kadınlarda Cinsel Yaşam Kalitesi Durumu 48
Şekil 5. 18-49 yaş arası üreme çağındaki evli kadınların ACYÖ-K toplam puan ortalamaları ile CYKÖ-K toplam puan ortalamaları arasındaki ilişkinin grafiksel gösterimi 55

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1. Duyulara Odaklanma Egzersizi (DOE) 34
Tablo 2. Örneklem sayısının Edirne ve Kırklareli illerinde yaş aralıklarına göre dağılımı 36
Tablo 3. 18-49 yaş arası üreme çağındaki evli kadınların sosyo-demografik özellikleri . 42
Tablo 4. 18-49 yaş arası üreme çağındaki evli kadınların cinsellikle ilgili özellikleri 43
Tablo 5. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği-Kadın (ACYÖ-K) toplam ve alt boyut puan ortalamaları 45
Tablo 6. Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın (CYKÖ-K) maddelerinin puan ortalamaları ve toplam puan ortalaması ile CYKÖ-K toplam puan ortalaması ≤ 62 > kesme değerine göre kadınlarda cinsel yaşam kalitesi durumu 47
Tablo 7. 18-49 yaş arası üreme çağındaki evli kadınların sosyo-demografik özellikleri ile CYKÖ-K ve ACYÖ-K toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması 50
Tablo 8. 18-49 yaş arası üreme çağındaki evli kadınların cinsel fonksiyonlarından memnun olma durumu ve cinsellik ile ilgili özelliklerinin CYKÖ-K toplam ve ACYÖ-K toplam puanlarının karşılaştırılması 53
Tablo 9. 18-49 yaş arası üreme çağındaki evli kadınların ACYÖ-K toplam ve alt boyut puan ortalamaları ile CYKÖ-K toplam puan ortalamaları arasındaki ilişki 54
Tablo 10. 18-49 yaş arası üreme çağındaki evli kadınların yaş gruplarına göre ACYÖ-K toplam ve alt boyut puan ortalamaları ile CYKÖ-K toplam puan ortalamaları arasındaki ilişki 56
Tablo 11. 18-49 yaş arası üreme çağındaki evli kadınların bazı nicelilksel değişkenleri ile CYKÖ-K ve ACYÖ-K toplam puan ortalamaları arasındaki ilişki 57

ÖZGEÇMİŞ

1990 yılında Kırklareli'nde doğan Elçin Zobar ilköğretim, orta ve lise öğretimini Kırklareli'nde tamamlamıştır. 2010 yılında Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik bölümünde başladığı lisans eğitimini 2014 yılında bölüm birincisi olarak tamamlamış ve hemşire ünvanı almıştır. 2014 yılında Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı'nda Yüksek Lisans eğitimine başlamıştır. 2014-2016 yıllarında Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde Çocuk Onkoloji-Hematoloji bölümünde servis hemşiresi, 2016-2017 yıllarında Keşan Devlet Hastanesinde Acil servis hemşiresi olarak çalışmıştır. 2017 yılından itibaren Ortopedi-Kulak Burun Boğaz-Göz servis hemşiresi olarak görevini sürdürmektedir.

EKLER

Ek 1. Etik Kurul İzni

Ek 2. Anket Formu

Ek 3. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği-Kadın Formu (ACYÖ-K)

Ek 4. Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın (CYKÖ-K)

EK 1. ETİK KURUL İZNİ

T.C. TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU Edirne, Türkiye

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYIBAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	TÜTF-BAEK 2015/127	
	PROTOKOL ADI	18-49 Yaş Arası Üreme Çağındaki Evli Kadınların Cinsel Fonksiyonlarından Memnuniyet Durumu, Cinsel Semptomları ve Bu Semptomların Cinsel Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi	
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI / ADI	Yrd. Doç. Dr. Hatice KAHYAOĞLU SÜT	
	ARAŞTIRMA MERKEZİ		
	DESTEKLEYİCİ		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	Tek Merkez Ulusal	Çok Merkez Uluslararası

KARAR BİLGİLERİ	**Karar No: 13/02** **Tarih:15.07.2015**
	Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Fakültesi Yrd. Doç. Dr. Hatice KAHYAOĞLU SÜT'ün sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Yüksek Lisans Öğrencisi Elçin MESTANOĞULLARI'nın tez çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş araştırmaya ilişkin giderlerin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödetilmediği koşullarda ve veri toplanacak yerlerden gerekli izinler alındıktan sonra gerçekleştirilmesinde etik bilimsel standartlar açısından sakınca bulunmadığına mevcudun oy birliği ile karar verilmiştir.
ETİK KURUL BİLGİLERİ	
ÇALIŞMA ESASI	Helsinki Bildirgesi, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TÜTF-BAEK Yönergesi

ÜYELER

Ünvan/Ad/ Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki(*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Ülfet VATANSEVER ÖZBEK Başkan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D	K	E☐ H☐	E☐ H☐	İzinli
Yrd. Doç. Dr. Esin KARLIKAYA Başkan Yardımcısı	Tıp Tarihi ve Etik	T.Ü.T.F. Tıp Tarihi ve Etik A.D.	K	E☐ H☒	E☒ H☐	
Prof. Dr. Ç. Hakan KARADAĞ Üye	Tıbbi Farmakoloji.	T.Ü.T.F Tıbbi Farmakoloji A.D	E	E☐ H☒	E☒ H☐	
Yrd. Doç. Dr. F. Nesrin TURAN Üye	Biyoistatistik	T.Ü.T.F. BiyoistatistikA.D.	K	E☐ H☒	E☒ H☐	
Yrd. Doç. Dr. Hilmi TOZKIR Üye	Tıbbi Genetik	T.Ü.T.F. Tıbbi Genetik A.D.	E	E☐ H☒	E☒ H☐	
Doç. Dr. Hasan ÜMİT Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E☐ H☒	E☒ H☐	
Doç. Dr. Selma Arzu VARDAR Üye	Fizyoloji	T.Ü.T.F. Fizyoloji A.D.	K	E☐ H☐	E☐ H☐	İzinli
Doç. Dr. Salim DÖNMEZ Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E☐ H☒	E☒ H☐	
Prof. Dr. Muzaffer ESKİOCAK Üye	Halk Sağlığı	T.Ü.T.F. Halk Sağlığı A.D.	E	E☐ H☒	E☒ H☐	
Prof. Dr. Koray ELTER Üye	Kadın Hastalıkları ve Doğum	T.Ü.T.F. Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.	E	E☐ H☒	E☒ H☐	
Yrd. Doç. Dr. Rugül KÖSE ÇINAR Üye	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Ruh Sağ. ve Has. A.D.	K	E☐ H☐	E☐ H☐	İzinli
Doç. Dr. Sevtap HEKİMOĞLU ŞAHİN Üye	Anestezi ve Reanimasyon	T.Ü.T.F. Anestezi ve Reanimasyon A.D.	K	E☐ H☒	E☒ H☐	
Doç. Dr. Atakan SEZER Üye	Genel Cerrahi	T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	E☐ H☒	E☒ H☐	
Prof. Dr. Berkan DEMİRAL Üye		T.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi	E	E☐ H☐	E☐ H☐	İzinli
Avukat Baki KURNAZ -Üye		T.Ü. Rektörlüğü	E	E☐ H☒	E☒ H☐	

*Araştırma ile ilişki
**Toplantıda Bulunma

Prof. Dr. Nurettin AYDOĞDU
Dekan a.
Dekan Yrd.

EK 2.ANKET FORMU

18-49 Yaş Arası Üreme Çağındaki Evli Kadınların Cinsel Fonksiyonlarından Memnuniyet Durumu, Cinsel Semptomları ve Bu Semptomların Cinsel Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi

"Sizi, yukarıdaki başlığı yazılı olan araştırmamıza katılmaya davet ediyoruz."

Bu çalışma, 18-49 yaş arası üreme çağındaki evli kadınların cinsel fonksiyonlarından memnuniyet durumunu, cinsel semptomlarını ve bu semptomların cinsel yaşam kalitesi üzerine etkisini belirlemek amacıyla planladığımız bir yüksek lisans tez araştırması olup, çalışmaya katılıp katılmamakta tamamen serbestsiniz. Anket formundaki soruların sizi rahatsız etmesi durumunda istediğiniz zaman anketi doldurmaktan vazgeçebilirsiniz. Elde edilecek bilgiler gizli tutulacak olup bilimsel çalışma dışında başka amaçlar için kullanılmayacaktır. Çalışma kapsamında ad-soyad, açık adres gibi kimliğinizi ortaya çıkarabilecek bilgiler sizden istenmeyecektir. Çalışma Edirne ve Kırklareli il merkezlerinde yaşayan 1004 kadının katılımıyla gerçekleştirilecektir. Çalışmadan elde edilecek veriler özel bir bilgisayar program ile şifrelenecek, çalışma ekibi dışındakilerin ulaşmasına izin verilmeyecektir. Elde edilen bilgiler yalnızca bilimsel amaçlar için kullanılacak, verilerin ve toplanan anket formlarının gizliliğine dikkat edilecektir. Anketler kapalı zarf içerisinde size verlecek olup, yine kapalı zarf içerisinde teslim alınacaktır. Soruları, içtenlikle ve doğru bir biçimde yanıtlamanız araştırmanın başarısı ve güvenilirliği için büyük önem taşımaktadır.

Katılımınız için çok teşekkür ederiz.

Sorumlu Araştırmacı

Yrd. Doç. Dr. Hatice Kahyaoğlu Süt

Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Hemşire Elçin Zobar

Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı Öğrencisi

1. Yaş:……

2.Boy:…….

3.Kilo:……..

4. Yaşadığınız yer: 1 ( ) Edirne/Merkez 2 ( ) Kırklareli/Merkez

5. Evlilik şekliniz: 1 ( ) Anlaşarak 2 ( ) Görücü usulü

6. Kaç yıldır evlisiniz? ……

7. Eğitim durumunuz: 1 ( ) İlköğretim ve altı 2 ( ) Lise ve üstü

8. Aile yapınız: 1 ( ) Çekirdek aile 2 ( ) Geniş aile

9. Çalışma durumunuz:1 ( ) Ev hanımı 2 ( ) Çalışıyor

10. Çalışıyor iseniz mesleğiniz?

1 ( ) İşçi 2 ( ) Memur 3 ( ) Özel sektör 4 ( ) Çiftçi 5 ( ) Diğer: ……..

11. Gelir durumunuz: 1( ) Gelir giderden az 2( ) Gelir gidere eşit 3 ( ) Gelir giderden fazla

12. Sigara kullanma durumunuz: 1( ) Hayır 2( ) Evet

13. Alkol kullanma durumunuz : 1( ) Hayır 2( ) Evet

14. Çocuğunuz var mı? 1 ( ) Hayır 2 ( ) Evet

15. Yaşayan çocuk sayınız:……

16. İlk cinsel ilişki yaşınız?…….

17. Cinsellik konusunda en sık nereden bilgi alırsınız?

1 ( ) Arkadaş 2 ( ) Aile 3 ( ) Televizyon 4 ( ) İnternet 5 ( ) Kitap-Dergi-Gazete vb.

18. Cinsellik sizin için en çok ne ifade ediyor?

1 ( ) Bedenim için doğal bir ihtiyaç 2 ( ) Eşim ile aramızdaki en önemli bağ

3 ( ) Üreme dışında benim için gereksiz 4 ( ) Ayıp-Günah

5 ( ) Aklıma gelince tiksiniyorum 6 ( ) Hayatımda yeri yok

19. Cinsel ilişki sıklığınız nedir?

1 ( ) Her gün 2 ( ) Haftada 3-4 kez 3 ( ) Haftada 1-2 kez 4 ( ) 2 Haftada 1-2 kez

5 ( ) 3 Haftada 1-2 kez 6 ( ) Ayda 1-2 7 ( ) Yazınız……..

20. Sizce eşinizin cinsellik öncesi size dokunması (sarılma, öpüşme gibi) cinsel ilişkiye kendinizi hazır hissetmenizde önemli mi?

1 ( ) Hayır 2 ( ) Evet

21. Mastürbasyon (kendi kendini tatmin etme durumu) yapıyor musunuz?

1 ( ) Hayır 2 ( ) Evet

Ek 3. Arizona Cinsel Yaşantılar

Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği-Kadın (ACYÖ-K)

Lütfen her madde için BUGÜN de dahil GEÇEN HAFTAKİ durumunuzu işaretleyin…

1. Cinsel açıdan ne derece isteklisiniz?

1 □	2 □	3 □	4 □	5 □	6 □
Oldukça istekli	Çok istekli	Biraz istekli	Biraz isteksiz	Çok isteksiz	Tamamen isteksiz

2. Cinsel açıdan ne kadar kolay uyarılırsınız (tahrik olursunuz)?

1 □	2 □	3 □	4 □	5 □	6 □
Oldukça kolay	Çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Çok zor	Oldukça zor

3. Vajinanız (cinsel organınız) ilişki sırasında ne kadar kolay ıslanır?

1 □	2 □	3 □	4 □	5 □	6 □
Oldukça kolay	Çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Çok zor	Asla olmaz

4. Ne kadar kolay orgazm olursunuz (doyuma ulaşırsınız)?

1 □	2 □	3 □	4 □	5 □	6 □
Oldukça kolay	Çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Çok zor	Asla boşalamam

5. Orgazmınız tatmin edici midir?

1 □	2 □	3 □	4 □	5 □	6 □
Oldukça tatmin edici	Çok tatmin edici	Biraz tatmin edici	Pek tatmin etmiyor	Çok tatmin etmiyor	Orgazma ulaşamam

*** Lütfen arka sayfaya devam ediniz…**

Ek 4. Cinsel Yaşam

Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın (CYKÖ-K)

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