*Androl Bul 2017; 19(3):98–107* | doi: 10.24898/tandro.2017.92160

KADIN CİNSEL SAĞLIĞI

# Kanserli hastalarda cinsellik nasıl değerlendirilmeli?

## How to evaluate sexuality in cancer patients?

Dilek Aygin[1], Özge Yaman[2]

**ÖZ**

Kanser, dünyada ve ülkemizde gittikçe artan önemli bir sağlık sorunudur. Hücrelerin kontrolsüz şekilde çoğalması olarak tanımlanan kanser, bireylerin yaşamını birçok yönden etkilemektedir. Yaşamın önemli bir yönü olan cinsellik de büyük oranda etkilenmekte, ancak hem hastalar hem de sağlık personeli, çeşitli sebeplerden dolayı cinsellik hakkında konuşamamaktadır. Halbuki, bütüncül bakımın bir parçası olarak cinselliğin değerlendirilmesi gerekmekte, bu bakımdan sağlık personeline, özellikle hastalarla daha çok zaman geçiren hemşirelere büyük görev düşmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Cinsellik, cinsel değerlendirme, kanser

**ABSTRACT**

Cancer is an increasingly important health problem in the World as well as our country. Cancer which is defined as the uncontrolled growth of cells, affects the lives of individuals in many ways. Sexuality which is an important aspect of life, is also greatly affected, but patients and health personnel both can not talk about sexuality due to various reasons. However, as a part of holistic care sexuality needs to be assessed, and it is a great deal of responsibility for healthcare personnel, especially nurses who spend more time with patients.

**Keywords:** Sexuality, sexual assessment, cancer

Kanser, dünyada ve Türkiye'de morbidite ve mortalite oranlarını arttırması bakımından önemli bir sağlık sorunu haline gelmiştir. Kanser, kontrolsüz bir şekilde büyüyen hücrelerin primer odaktan uzak bölgelere de yayılması ile tüm vücudu etkileyen sistemik bir hastalıktır.[1,2] GLOBOCAN 2012 verilerine göre, dünya çapında 14,1 milyon kişiye yeni kanser tanısı konulduğu, 8,2 milyon kişinin kanserden öldüğü, 32,6 milyon kişinin kanserle yaşadığı (teşhisten sonra beş yıl içinde) belirtilmektedir. Ayrıca, dünyadaki tüm ölümlerin %13'ünün kanserden dolayı meydana geleceği tahmin edilmektedir.[3] Amerika Kanser Derneği'nin 2016 raporuna göre, Amerika'da 1.685.210 yeni vakaya kanser tanısı konulacağı ve 595.690 kişinin kanser sebebiyle öleceği tahmin edilmektedir.[4] Türkiye İstatistik Kurumu'nun 2015 verilerine göre, her yıl yaklaşık 174.000 kişiye yeni kanser tanısı konulduğu, 76.969 kişinin ise kanserden hayatını kaybettiği belirtilmektedir.[5,6]

Son zamanlarda kanser alanındaki gelişmelerle hayatta kalma süresi artarken, kanserli hastanın yaşamında yeni zorluklar da ortaya çıkmaktadır.[7] Son yıllarda, prostat, mesane, uterus ve over kanseri prevalansında azalma göze çarparken, birçok kanserin görülme sıklığı ise giderek artmıştır (%0,3–5,1). Bunun yanı sıra, tedavi ve bakım olanaklarının artmasıyla birlikte, mortalite oranları da (kadınlarda %1,4, erkeklerde %1,8) giderek azalmaktadır.[8] Kanser tanı ve tedavileri, kişinin biyolojik, psikolojik ve duygusal açıdan iyilik haline zarar vermekte ve yaşam kalitesini etkilemektedir.[9–11] Yaşamın önemli bir yönü olan cinsellik de olumsuz yönde etkilenmekte ve bu hastalarda cinsel işlev bozuklukları %40–100 gibi yüksek oranlarda görülmektedir.[9,12,13] Kanser ve tedavileri direkt cinsel organ ile ilgili olmasa bile, insandaki cinsel yanıt döngüsünün istek, uyarılma ve orgazm evrelerindeki fizyolojik süreçlerden bir veya birkaç aşamasının bozulmasına ve/veya cinsel ağrı gibi cinsel işlev bozukluklarına yol açabilmektedir.[10,11]

Cinsel sağlığı koruma ve sürdürme dengesi birçok faktörden etkilenir ve bazı insanlar bu dengeyi sürdürmekte güçlük çeker.[14] Özellikle kanser gibi hastalıklar bu duruma örnek verilebilir. Cinsellikteki değişiklikler, belli bir

[1]*Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Sakarya*
[2]*Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Sakarya*

**Yazışma Adresi** / *Correspondence:*
Doç. Dr. Dilek Aygin
Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Sakarya
Tel. +90 264 295 66 11
E-mail: daygin@sakarya.edu.tr

**Geliş** / *Received:* 04.04.2017
**Kabul** / *Accepted:* 30.04.2017



©2017 Androloji Bülteni

hastalığa, yaşa, cinsiyete, doku kaybının derecesine, beden imajı değişikliklerine, cinselliğe karşı inanç/tutumlarına ve tümörün lokasyonu ile kanserin tedavisine göre farklılaşabilir.[7] Dolayısıyla kanserli hastaların cinsel yaşamı; kanser teşhisinin konulmasından, ilerleyen yaş nedeniyle meydana gelen cinsel işlevlerdeki değişimlerden (örneğin; erkeklerde ereksiyonla ilgili fonksiyon bozuklukları, kadınlarda menopoz nedeniyle oluşan değişiklikler vb.), tedaviler nedeniyle beden imajının bozulmasından, yorgunluk ve infertiliteden, ağrıdan veya kanser teşhisi öncesinde kişinin cinsel partneriyle yaşadığı iletişim problemlerinden de etkilenebilir.[15]

Amerikan Ulusal Sağlık ve Sosyal Yaşam Araştırması verilerine göre; sağlık problemi olmayan 18–59 yaşlarındaki popülasyonda cinsel işlev bozukluğu prevalansı, kadınlarda %43, erkeklerde ise %31 olarak belirlenmiştir.[16–18] Bu oran, kişinin özelliklerine, kanserin tipine ve uygulanan tedavi şekline göre değişiklik gösterebilmektedir.[15,19] Kanserli kadın hastalarda cinsel disfonksiyon %30–100 oranlarında görülürken, erkek hastalarda kanser tanısı konulmasının ardından %49 oranında erektil disfonksiyon, %30 oranında orgazmla ilişkili bozukluklar görülebilir.[20,21]

Kanser hastalarında en çok görülen cinsel problem, her iki cinsiyet için de cinsel isteğin azalmasıdır.[15] Cinsiyete özgü farklar vardır; erkeklerde ereksiyonla ilgili fonksiyon bozuklukları görülürken, kadınlarda disparoni yani cinsel ilişki sırasında ağrı görülmektedir. Erkeklerde ejakülatın üretral meatüsten atılamaması (anejakülasyon), ejakülatın mesaneye boşalması (retrograd ejakülasyon), orgazmın yetersiz olması gibi sorunlar göze çarpar; kadınlarda ise orgazma ulaşmada yetersizlik, duyu hissinde azalma ve ağrıya bağlı olarak genital bölgenin duyarlılığında değişimler görülebilir.[10,11,15]

Cinsel işlev, onkoloji hastalarında uygulanan tedavilere göre etkilenir.[10,11,22] Cerrahi tedavi sonrasında birkaç hafta süresince görülebilen cinsel işlev bozukluklarının başlıca sebepleri, yorgunluk ve ameliyat sonrası ağrıdır. Ayrıca, memenin alınması ya da ekstremite ampütasyonu gibi bir müdahale, beden imajını olumsuz olarak etkileyerek, cinsel işlevlerde bozulmalara sebep olabilir.[11,15]

Her iki cinsiyette de, kemoterapi cinsel isteğin azalmasına/kaybına, ilişkiye girme sıklığında azalmaya ve kemoterapiye bağlı gelişen yan etkiler de bireyin kendisini cinsel olarak çekici hissetmemesine sebep olabilir. Buna özellikle vücut kıllarının dökülmesi, kilodaki değişimler de eklenince, kişinin kendine güveni ve çekicilik hissi daha da azalır. Ayrıca erkeklerde, en azından geçici bir süreliğine, tedavinin yoğunluğu ile doğru orantılı olarak, testislerde Leydig hücrelerinin etkilenmesine bağlı gonadal disfonksiyon gelişebilir. Dolayısıyla, testosteron düzeyinde azalma ile birlikte cinsel disfonksiyon yaşanabilir ve yaşam kalitesi etkilenebilir.[23] Radyoterapi gibi diğer kanser tedavilerinin de benzer yan etkileri olması sebebiyle, bireylerin cinsel yaşamı olumsuz etkilenir.[15]

Kanser tedavisinde sağlık bakım hizmeti veren ekibin içinde anahtar role sahip olan hemşireler, kanser hastasıyla daha fazla zaman geçirmekte ve hastalarla direkt olarak iletişime geçmektedirler. Bu, hastaların cinsel sağlık ve fonksiyonunun değerlendirilmesinde, değişikliklerin belirlenmesinde ve sorunlarla başa çıkmada önemli rol oynar.[7,11] Ancak cinselliğin, hasta merkezli ve bütüncül bakımın bileşenlerinden biri olarak hastaya cinsellik konusunda yardım etmenin, bakım sürecine fayda sağlayacağının hemşireler tarafından bilinmesine rağmen, bu kişilerin hastalarla cinselliği tartışmasının önünde birtakım engeller bulunmaktadır.[11,24] Hemşirelerin hastaları ile cinsel sorunlarını konuşmada yaşadıkları engellerin incelendiği bir çalışmada, hemşireler bu engelleri, zaman yetersizliği (%61,1), kanserin tedavisine odaklanılması (%48,5), cinsel hayatla ilişkili soruların hastayı sinirlendireceği endişesinin duyulması (%41,7), cinsel danışmanlıkla ilişkili bilgi yetersizliği (%39,8), hemşire öykü formlarında cinsel değerlendirmenin yer almaması (%33,9) şeklinde belirtmişler ve hemşirelerin danışmanlık oranının ise %26,2 gibi düşük bir seviyede olduğunu belirtmişlerdir.[25] Başka bir çalışmada da, hemşirelerin cinsel bakım ile ilgili karşılaştıkları en büyük engelin konu ile ilgili konuşurken kendilerini rahat hissetmemeleri, ikinci engelin ise hastanede tedavi gören hastaların cinsellikle ilgilenemeyecek kadar hasta olmalarına inanmaları olarak saptanmıştır.[26]

Onkoloji klinik/polikliniklerinde hastaların cinsellik açısından değerlendirilmesi, endişe duyduğu konuların belirlenmesi ve cinsel danışmanlık hizmeti verilmesi, önemli bakım kriteri olmakla beraber, rutin olarak uygulanan bir işlem değildir.[27,28] Hemşirelerin, kanser hastalarının cinselliğini değerlendirmesi, uygun girişimi planlayabilmesi ve danışmanlık yapabilmesi için birtakım özelliklere sahip olması gerekir.[27] Bu özelliklerin bazılarına kısaca değinecek olursak; hemşireler, cinsellikle ilgili konularda rahat olmalı, etkili iletişim becerilerini kullanabilmeli, kadın ve erkeğe özgü uygun cinsel soru formlarını uygulayabilmeli (Tablo 1, Tablo 2), sağlıklı ve hasta bireylerin cinselliği hakkında temel bilgisi yeterli olmalı, cinselliği değerlendirirken bu konuda geliştirilen modelleri uygun şartlarda kullanabilmelidir. Cinsellikle ilgili yeterli eğitim alt yapısına sahip olan hemşirelerin, cinsellikle ilgili konularda duyarlılıklarının artacağı, diğer fikirlere karşı açık ve saygılı olabileceği, cinsel konularda rahatça konuşabileceği, kişinin cinsel değerlendirmesini kapsamlı olarak yapabileceği,

cinsel sorunları gelişmeden önce fark edip bu konuda gerekli önlemleri alabileceği öngörülür; bu kişiler, cinsellikle ilgili sorunların çözümünde hemşire olarak verebileceği danışmanlığı planlayabilir veya ilgili uzmanlara yönlendirerek tedavi ve bakımının takibini yapabilir.[29]

Cinselliği değerlendirmeye, önce cinsel öykü alarak başlanılmalıdır. Cinsel öyküde hastanın genel sağlık durumu, cinselliğe ilişkin tutumu, geçmişteki ve şu anki cinsel yaşamı, kanser hastalığı ve cinsellikle ilgili inanışları değerlendirilmelidir.[30] Öykü alırken[31];

- bireyin yaşadığı sorunu kendi sözcükleri ile tanımlamasına izin verilmeli,
- sorunun ne zaman başladığı, nasıl ortaya çıktığı, nasıl geliştiği öğrenilmeli,
- sorunun nedenlerine yönelik bireyin değerlendirmeleri sorulmalı, böylece kişinin sorununa yönelik duygusal tepkisi ve tutumları da değerlendirilmeli,
- "Neden?" ile başlayan sorulardan kaçınılmalı (bu tür sorular kişiyi savunmaya yönelteceği için, "Ne?, Nerede?, Nasıl?, Ne zaman?" gibi sorulara daha net cevaplar alınabilmektedir),
- kişinin sorununa yönelik çözme çabaları değerlendirilmeli (bunun için, okuduğu yazılar, uzman olmayan kişilerce önerilen çözümler ve kişinin bu konuya yönelik tutumları değerlendirilir) ve
- kişinin ne istediği sorgulanmalıdır.

Ayrıca, cinsel öykü alırken, kişinin cinsel ilişkide bulunup bulunmadığı, en son ne zaman cinsel ilişkide bulunduğu, cinsel ilişki sırasında veya sonrasında ağrısı olup olmadığı, orgazm olabilme yeteneği, son zamanlarda cinsel ilişkide yaşadığı değişiklikler gibi konular da sorgulanmalıdır.[32]

Kanser ve tedavisinin cinsellik üzerindeki etkisi iki düzeyde değerlendirilebilir.

1. *Birinci düzey değerlendirme:* Bu düzeydeki amaç, kanser ve tedavisi sonucu ortaya çıkan problemleri saptamaktır. Kişiyi zorlamadan, açık uçlu sorularla, tüm hemşireler tarafından kolayca yapılabilir. Değerlendirmeyi yaparken dikkat edilecek en önemli noktalardan biri, beden imajı gibi konuşulması rahat konulardan orgazm yeteneği gibi kişinin kendini rahat ifade edemeyeceği hassas konulara doğru bir sıralama takip etmektir.
2. *İkinci düzey değerlendirme:* Bu değerlendirmede amaç, birinci düzeyde belirlenen probleme odaklanmaktır. Eğer değerlendirme yapan kişi problemi çözmede yetersiz kalıyorsa, bu konuda eğitimli bir uzmana yönlendirmelidir.[28]

Hemşireler cinselliği değerlendirirken, ilk harflerinin kısaltımından oluşmuş **ALARM** (*Activity* - Cinsel aktivite tür ve düzeyi, *Libido* - Cinsel istek, *Arousal* - Orgazma ulaşabilme yeteneği, *Resolution* - Çözülme ve gevşeme, *Medical information* - Sürece eşlik eden şimdiki ve geçmişteki tıbbi bilgiler), **ALLOW** (*Ask* - Soru sorma, *Legitimize* - Onaylama, *Limitations* - Sınırların belirlenmesi, *Open up* - Açmak, *Work together* - Birlikte çalışma), **PLISSIT** (*Permission* - İzin verme, *Limited information* - Sınırlı bilgi, *Spesific suggestion* - Özel öneri, *Intensive therapy* - Yoğun terapi) ve **BETTER** (*Bring up the topic* - Konuyu gündeme getirme, *Explain* - Açıklama, *Telling* - Anlatma, *Timing* - Müdahale zamanlama, *Education* - Eğitim, *Recording* - Kayıt tutma) gibi modelleri kullanmaktadır.[11,29] Bunlar içerisinde cinselliği değerlendirmede özellikle yardımcı olabilecek iki model vardır: PLISSIT (en sık kullanılanıdır) ve BETTER modelleri (kanserli hastaların cinsellik değerlendirmesinde yardım etmek için geliştirilmiştir). İki model de tüm hastalarda kullanılabilir.[33] Yapılan çalışmalarda, özellikle en sık kullanılan PLISSIT modeliyle bakım verilen hastalarda, cinsel fonksiyonlarda önemli derecede düzelme görüldüğü belirtilmiştir.[34–37]

## PLISSIT Modeli; [28,30,33]

*P (permission) (izin verme):* Hastaya cinselliği tartışmak için izin verilmesi kısmıdır. Bu kısımda, hasta ve partneri cinsel aktivitenin kendileri için önemini ve cinselliğe ilişkin duygularını ve düşüncelerini ifade ederler.

Örneğin; *"Birçok çift kalp krizi geçirdikten sonra, sevişmek hakkında endişe duymaktadır. Size yardımcı olabileceğim herhangi bir endişeniz var mı?"*

*LI (limited information) (sınırlı bilgi):* Hastaya cinsel fonksiyonuna yardımcı olacak kadar bilgi verilmesidir. Hastalık ve tedavisinin, cinsel hayat üzerinde oluşturabileceği yan etkiler ve bunlara ilişkin bilgilendirmeyi kapsar.

Örneğin; "*Eğer ilişki sırasında göğüs ağrısı yaşarsanız, durmalı ve ilacınızı almalısınız."*

*SS (spesific suggestion) (özel öneri):* Yüksek derecede uzmanlık gerektirir. Hemşire ilaçların ve diğer tedavilerin muhtemel cinsel sonuçlarını önceden tahmin edebilmelidir. Hastaya ve partnerine cinsel ilişkiden daha fazla doyum alabilmesi için özel önerilerde bulunulur.

Örneğin; *"Meme kanserinin tekrarlamasını önlemek için tamoxifen almanın cinsel istek veya libido üzerinde istenme-*

*yen etkisi olabilir. Eğer tamoxifen alırken cinselliğe ilginizin azaldığını fark ederseniz ve bu sizi endişelendirirse, bir cinsel terapistle konuşmak isteyebilirsiniz. "*

*IT (intensive therapy) (yoğun terapi):* Genellikle bir cinsel terapiste veya özel eğitimli bir danışmana yönlendirme gerektirir.

Örneğin; *"Cerrahi tedaviden beri ereksiyon yetersizliğiniz hakkında üzgün görünüyorsunuz. Yardımcı olabilecek bir dizi tedavi var ve bunları sizinle tartışabilecek cinsel ilaç uzmanımıza yönlendirmek isterim."*

## BETTER Modeli;[30,33]

*B (bringing up the topic):* Cinselliğin gündeme getirilmesi kısmıdır.

Örneğin: "*Prostat kanseri tedavisi sonrası çiftlerin muhtemel cinsel problemlerle ilgili sıklıkla soruları olmaktadır. Eğer sizin de sorularınız varsa, lütfen sormak için tereddüt etmeyin."*

*E (explaining that sex is an important part of life):* Cinsel ilişkinin hayatın ve yaşam kalitesinin önemli bir parçası olduğunun açıklanması kısmıdır. Bu, tartışmayı normalleştirmeye yardımcı olur ve hastaların daha az utanç ve daha az yalnız hissetmelerine yardımcı olabilmektedir.

Örneğin; "*Şu anda aklınızdaki son şey cinsel ilişkiymiş gibi hissedebilirsiniz, fakat ileriki birkaç ay, iyileştikçe kendinizi muhtemelen tekrardan hayatın bu yönüne ilgi duyuyor hale gelmiş olarak bulacaksınız."*

*T (telling patients that resources will be found to address their concerns):* Endişelerini iletmek için bulabilecekleri kaynakların hastalara anlatıldığı kısımdır. Hemşire hemen bir çözümü olmasa bile diğerleri yardım edebilir.

Örneğin; "*Cinsel ilişki sırasında neden ağrı yaşadığınızdan emin değilim. Bu konuyu doktorunuzu gördüğümde ileteceğim."*

*T (timing of intervention):* Müdahalenin zamanlaması kısmıdır. Cinsel konularla ilgilenmek için hazır olmayan hastalar gelecekte bilgilendirme isteyebilir.

Örneğin; "*Endometrium kanseri tedavisi sonrası cinsel problemlerle ilgilenen birtakım kitap ve videolarımız olduğunun farkında olmanızı istedim. Burada iletişime geçebileceğiniz bilgi merkezinin adres ve telefon numarası bulunuyor."*

*E (education regarding sexual side effects of treatment):* Tedavinin cinsel yan etkileri ile ilgili eğitim verme kısmıdır. Hastayı cinsel yan etkiler hakkında bilgilendirmek diğer istenmeyen etkiler hakkında bilgi vermek kadar önemlidir.

Örneğin; "*Bazı kadınlar histerektomi sonrası orgazmlarını farklı hissettiklerini bildirmektedir. Siz bunu yaşamayabilirsiniz, fakat bunun bir olasılık olduğunu bilmenizi istedim."*

*R (recording):* Kayıt tutma kısmıdır. Hasta dosyasının içinde, cinsellik ve meydana gelen cinsel yan etkiler hakkında kısa tartışma notlarını içerir.

Örneğin; *Planmış cerrahi ile ilgili olası cinsel yan etkiler tartışıldı. Hastaya bilgi merkezi için iletişim bilgisine ek olarak okuma materyali verildi.*

Aşağıda, Tablo 1 ve Tablo 2'de kadına ve erkeğe özgü cinselliği değerlendirmede kullanılan ölçeklere (cinsel soru formlarına) yer verildi. Bu tablolarda, ölçekleri geliştirenler ve Türkçe geçerlik ve güvenirlik yapılanlardan ulaşılabilenlere ve halen ülkemizde kullanılan ancak geçerlik ve güvenirliği yapılıp yapılmadığı belli olmayanlara da yer verildi.

Sonuç olarak; cinsellik insan hayatının vazgeçilmez bir parçasıdır. Oldukça yaygın görülen cinsel problemler, insan yaşamının sağlıklı bir döneminde ortaya çıkabileceği gibi, kanser gibi çeşitli hastalıklara veya tedavilerine bağlı olarak da ortaya çıkabilmektedir. Bu durumda, hastaya primer olarak bakım verebilecek kişi çoğunlukla hemşiredir. Hemşireler ise, çoğu zaman bu konuda yaşadıkları bilgi eksiklikleri, kendilerine yardımcı olabilecek bir rehber bulamamaları gibi sebeplerden dolayı bakım verememektedirler.[68] Bu konuda farkındalığın ve duyarlılığın arttırılması için, sistematik ve düzenli olarak eğitimler planlanması, geniş kapsamlı araştırmalar yapılması, hemşirelerin de bu çalışmalarda aktif rol alması gerektiği kanısındayız.

**Tablo 1.** Kadınlarda Cinselliği Değerlendirmek İçin Kullanılan Ölçekler[38]

| *Ölçeğin Adı* | *Uygulama Süresi* | *Geliştirme/Geçerlik ve Güvenirlik* | *Ölçeğin Alt Boyutları ve Amacı* |
|---|---|---|---|
| **Brief Sexual Function Index for Women** (BSFI-W= Kadınlar için Kısa Cinsel Fonksiyon Endeksi) | 15–20 dakika | 1994 yılında Taylor ve ark. tarafından geliştirilmiştir.[39] | 3 alan (libido, cinsel ilişki, doyum), 22 madde ve ayrı 7 alandan oluşur.<br>1. İstek (cinsel düşünceler)<br>2. Uyarılma (lubrikasyon)<br>3. Sıklık (cinsel aktivite)<br>4. Kabul etme (başlatma)<br>5. Zevk (orgazm)<br>6. Doyum (ilişki)<br>7. Cinsel problemler<br>Cinsel düşünce/istek, uyarılma, ilişki sıklığı, ilişkiyi kabul/başlatma, doyum/orgazm, partnerle uyum ve cinsel problemleri belirlemek için kullanılmaktadır. |
| **Female Sexual Function Index** (FSFI=Kadın Cinsel Fonksiyon Endeksi) | 15–20 dakika | 2000 yılında Rosen ve ark. tarafından geliştirilmiştir.[40]<br>Türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenirlik çalışması 2005 yılında Aygin ve Eti-Aslan tarafından yapılmıştır.[41] | 6 alan, 19 maddeden oluşur.<br>1. Cinsel istek veya ilgi<br>2. Uyarılma<br>3. Lubrikasyon (kayganlaşma)<br>4. Orgazm<br>5. Doyum<br>6. Ağrı veya rahatsızlık<br>Cinsel işlev bozukluğunu tanılamak için kullanılmaktadır. |
| **Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction** (GRISS= Golombok Rust Cinsel Doyum Envanteri) | 15–20 dakika | 1985 yılında Rust ve Golombok tarafından geliştirilmiştir.[42]<br>Türkçe versiyonunun güvenirlik ve geçerlik çalışması 1993 yılında Tuğrul ve ark. tarafından yapılmıştır.[43] | 7 alan, 28 maddeden oluşur.<br>1. Anorgazmi (orgazm bozukluğu)<br>2. Dokunma<br>3. Doyum<br>4. Kaçınma<br>5. İletişim<br>6. İlişki sıklığı<br>7. Vajinismus<br>Heteroseksüel kadın ve erkeklerde cinsel ilişkinin niteliğini belirlemek ve cinsel işlev bozukluklarını değerlendirmek için kullanılmaktadır. |
| **Sexual Function Questionnaire** (SFQ= Cinsel Fonksiyon Anketi) | 20–30 dakika | 2004 yılında Quirk ve ark. tarafından geliştirilmiştir.[44] | 7 alan, 31 maddeden oluşur.<br>1. İstek<br>2. Fiziksel uyarılma<br>3. Lubrikasyon (kayganlaşma)<br>4. Zevk alma<br>5. Orgazm<br>6. Ağrı<br>7. Partner doyumu<br>Klinik çalışmalarda kadın cinsel fonksiyonunu değerlendirmek için kullanılmaktadır. |
| **Female Sexual Distress Scale** (FSDS= Kadın Cinsel Distres Ölçeği) | | 2002 yılında Derogatis ve ark. tarafından geliştirilmiştir.[45] | Cinsel fonksiyonla birlikte olan subjektif stres ve psikolojik etkilenmeyi değerlendiren, cinsel fonksiyon bozukluğu olan ve olmayan kadınları belirlemede kullanılmaktadır. |
| **Female Intervention Efficacy Index** (FIEI= Kadın Girişimi Yarar Endeksi) | 10 dakika | | 7 maddeden oluşur.<br>1. Lubrikasyon (kayganlaşma)<br>2. Duygu<br>3. Tedavi sonrası değişiklikler<br>4. Plato sırasında zevk<br>5. Orgazm<br>6. Tedavinin yan etkileri<br>7. Tedavi üzerinde tüm yargı |

*Tablo 1 devamı* ►

**Tablo 1.** Kadınlarda Cinselliği Değerlendirmek İçin Kullanılan Ölçekler[38]

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Profile of Female Sexual Function** (PFSF= Kadın Cinsel Fonksiyonunun Profili) | 25–30 dakika | 2004 yılında McHorney ve ark. tarafından geliştirilmiştir.[46] | 7 alan, 37 maddeden oluşur.<br>1. Cinsel istek<br>2. Uyarılma<br>3. Orgazm<br>4. Cinsel zevk<br>5. Cinsel endişeler<br>6. Cinsel isteklilik<br>7. Cinsel beden imajı<br>Ooferektomi geçiren kadınlarda düşük cinsel isteği değerlendirmek için kullanılmaktadır. |
| **Short form of the Personal Experience Questionnaire** (SPEQ= Kişisel Deneyimler Kısa Form Anketi) | 5–10 dakika | 2001 yılında Dennerstein ve ark. tarafından geliştirilmiştir.[47] | 4 alan, 9 maddeden oluşur.<br>1. Libido<br>2. Uyarılma<br>3. Partnerinin cinsel problemleri<br>4. Disparoni |
| **Changes in Sexual Functioning Questionnaire** (CSFQ= Cinsel Fonksiyonda Değişiklikler Anketi) | 20 dakika | 1997 yılında Clayton ve ark. tarafından geliştirilmiştir.[48] | 5 alan, 35 maddeden oluşur.<br>1. İstek (sıklık)<br>2. İstek (ilgi)<br>3. Zevk<br>4. Uyarılma<br>5. Orgazm<br>Cinsel fonksiyonda hastalık ve ilaçlarla ilgili değişiklikleri ölçmek için geliştirilmiştir. |
| **Derogatis Interview for Sexual Functioning Self Report** (DISF-SR= Derogatis Cinsel Fonksiyon Kişisel Görüşme Formu) | | 1997 yılında Derogatis tarafından geliştirmiştir.[49] | |

**Tablo 2.** Erkeklerde Cinselliği Değerlendirmek İçin Kullanılan Ölçekler[38]

| *Ölçeğin Adı* | *Uygulama Süresi* | *Geçerlik ve Güvenirlik* | *Ölçeğin Alt Boyutları ve Amacı* |
|---|---|---|---|
| **International Index of Erectile Function** (IIEF= Uluslararası Erektil Fonksiyon Endeksi)<br>**IEEF-5 Kısa Formu** | 10–15 dakika<br>5–10 dakika | 1997 yılında Rosen ve ark. tarafından geliştirilmiştir.[50]<br>1999 yılında Rosen ve ark. tarafından 5 maddelik kısa form geliştirilmiştir.[51]<br>2007 yılında Turunç ve ark. tarafından geçerliği güvenirliği yapılmıştır.[52] | 5 ana başlık, 15 maddeden oluşur.<br>1. Cinsel istek<br>2. Erektil fonksiyon<br>3. Orgazm fonksiyonu<br>4. Cinsel ilişkiden doyum alma<br>5. Genel doyum<br>Erkeklerde erektil disfonksiyonu belirlemek amaçlı kullanılmaktadır. |
| **Sexual Health Inventory for Men** (SHIM= Erkekler için Cinsel Sağlık Envanteri) | 5–10 dakika | | 2 ana başlık, 5 maddeden oluşur.<br>1. Erektil fonksiyon<br>2. Cinsel ilişkiden doyum alma |
| **Brief Sexual Function Inventory for Urology** (BSFI= Ürolojik Kısa Cinsel Fonksiyon Envanteri) | 5–10 dakika | 1995 yılında O'Leary ve ark. tarafından geliştirilmiştir.[53] | 5 alan, 11 maddeden oluşur.<br>1. Cinsel istek<br>2. Ejakülasyon<br>3. Erektil fonksiyon<br>4. Cinsel problemlerin algılanması<br>5. Cinsel doyum |
| **Florida Sexual History Questionnaire** (FSHQ= Florida Cinsel Öykü Anketi) | 15–20 dakika | 1991 yılında Geisser ve ark. tarafından geliştirilmiştir.[54]<br>2005 yılında Öksüz ve Malhan geçerlik güvenirliğini yapmıştır.[55] | 4 alan, 20 maddeden oluşur.<br>1. İlgi ve cinsel aktivite için istek<br>2. Cinsel gelişim<br>3. Mevcut cinsel davranışlar<br>4. Doyum<br>Erkek cinsel disfonksiyonunu değerlendirmek için kullanılmaktadır. |

**Tablo 2.** Erkeklerde Cinselliği Değerlendirmek İçin Kullanılan Ölçekler[38]

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Male Sexual Health Questionnaire** (MSHQ= Erkek Cinsel Sağlık Anketi) | 15–20 dakika | 2004 yılında Rosen ve ark. tarafından geliştirilmiştir.[56] | 3 alan, 25 maddeden oluşur.<br>1. Erektil fonksiyon<br>2. Ejakülasyon<br>3. Cinsel doyum<br>Alt üriner sistemin ve cinsel disfonksiyonla ilişkili ürogenital semptomlara sahip yaşlı erkeklerde cinsel fonksiyon ve doyumu değerlendirmek için geliştirilmiştir. |
| **Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction** (GRISS= Golombok Rust Cinsel Doyum Envanteri) | 15–20 dakika | 1985 yılında Rust ve Golombok tarafından geliştirilmiştir.[41] Türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenirlik çalışması 1993 yılında Tuğrul ve ark. tarafından yapılmıştır.[42] | 7 alan, 28 maddeden oluşur.<br>1. Erektil fonksiyon<br>2. Prematür ejakülasyon<br>3. Dokunma<br>4. Kaçınma<br>5. Doyum<br>6. İlişki sıklığı<br>7. İletişim<br>Heteroseksüel kadın ve erkeklerde cinsel ilişkinin niteliğini belirlemek ve cinsel işlev bozukluklarını değerlendirmek üzere kullanılmaktadır. |
| **Erection Quality Scale** (EQS= Ereksiyon Kalite Skalası) | 10–15 dakika | 2004 yılında Wincze ve ark. tarafından geliştirilmiştir.[57] | 1 alan, 15 maddeden oluşur.<br>1. Erektil fonksiyon<br>Penil ereksiyonun kalitesini değerlendirmek için geliştirilmiştir. |
| **Arizona Sexual Experiences Scale** (ASEX= Arizona Cinsel Deneyimler Skalası) | 5–10 dakika | 2000 yılında McGahuey ve ark. tarafından geliştirilmiştir.[58] Türkçe versiyonunun güvenirlik ve geçerlik çalışması 2004 yılında Soykan tarafından yapılmıştır.[59] | 5 alan, 5 maddeden oluşur.<br>1. Cinsel istek<br>2. Cinsel uyarılma<br>3. Erektil fonksiyon<br>4. Orgazm fonksiyonu<br>5. Cinsel doyum<br>Cinsel işlevin beş temel bileşenini değerlendirmek için kullanılmaktadır. |
| **Derogatis Interview for Sexual Functioning Self Report** (DISF-SR= Derogatis Cinsel Fonksiyon Kişisel Görüşme Formu) | 15–20 dakika | 1997 yılında Derogatis tarafından geliştirilmiştir.[48] | 5 alan, 25 maddeden oluşur.<br>1. Cinsel biliş ve fantezi<br>2. Cinsel uyarılma<br>3. Cinsel davranış ve deneyimler<br>4. Orgazm fonksiyonu<br>5. Cinsel istek ve ilişki |
| **Derogatis Sexual Function Inventory** (DSFI= Derogatis Cinsel Fonksiyon Envanteri) | 90–120 dakika | 1979 yılında Derogatis ve Melisarotos tarafından geliştirmiştir.[60] | 10 alan, 245 maddeden oluşur.<br>1. Genel bilgi<br>2. Tecrübeler<br>3. Cinsel istek<br>4. Tutumlar<br>5. Psikolojik semptomlar<br>6. Sevgi<br>7. Cinsiyet rol tanımı<br>8. Fanteziler<br>9. Beden imajı<br>10. Cinsel doyum<br>Cinsel bilgi, cinsel deneyim, cinsel güdü, tutumlar, psikolojik belirtiler, duygulanım, cinsel rol, fantezi, beden imgesi ve cinsel doyumu belirlemek üzere kullanılmaktadır. |
| **Sexual Interaction Inventory** (SII= Cinsel Etkileşim Envanteri) | 50–60 dakika | 1974 yılında LoPiccolo ve Steger tarafından geliştirilmiştir.[61] | 5 alan, 102 maddeden oluşur.<br>1. Doyum alamama sıklığı<br>2. Kendini kabul etme<br>3. Cinsel zevk<br>4. Partnerinin tercih ettiği cinsel aktiviteleri bilme<br>5. Partnerini kabul etme<br>Heteroseksüel çiftlerin cinsel doyumunu ve cinsel uyumunu değerlendirmek için geliştirilmiştir. |
| **Self-Esteem And Relationship Questionnaire** (SEAR= Kişisel imaj ve ilişki Anketi) | 10–15 dakika | 2004 yılında Cappelleri ve ark. tarafından geliştirilmiştir.[62] | 3 alan, 14 maddeden oluşur.<br>1. Cinsel ilişki<br>2. Kendine güven<br>3. Tüm ilişki<br>Erektil disfonksiyonu olan erkeklerde psikososyal değişkenleri ölçmek için geliştirilmiştir. |

*Tablo 2 devamı* ►

**Tablo 2.** Erkeklerde Cinselliği Değerlendirmek İçin Kullanılan Ölçekler[38]

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Psychologycal Impact of Erectile dysfunction** (PIED= Erektil disfonksiyonun Psikolojik Etkileri) | 10–15 dakika | 2002 yılında Latini ve ark. tarafından geliştirilmiştir.[63] | 2 ölçek, 16 maddeden oluşur.<br>1. Erektil disfonksiyonun cinsel deneyim üzerine psikolojik etkisi<br>2. Erektil disfonksiyonun duygusal hayat üzerine psikolojik etkisi<br>Erektil disfonksiyonun psikolojik etkilerini değerlendirmek için geliştirilmiştir. |
| **Erectile Dysfunction Effect on Quality of Life Questionnaire** (ED-EQoL= Erektil Disfonksiyonun Yaşam Kalitesine Etkileri Anketi) | 10–15 dakika | 2004 yılında MacDonagh ve ark. tarafından geliştirilmiştir.[64] | 1 alan, 15 maddeden oluşur.<br>Erektil disfonksiyonun yaşam kalitesi üzerinde etkisini değerlendirmek için geliştirilmiştir. |
| **Quality of Life in Male Erectile Dysfunction Questionnaire** (QoL-MED= Erkek Erektil Disfonksiyonunda Yaşam Kalitesi Anketi) | 15–20 dakika | | 3 alan, 27 maddeden oluşur.<br>1. Maskülenlik<br>2. Duygusal yanıtlar<br>3. Yaşamdan doyum alma |
| **Quality of Sexual Life Questionnaire** (QVS= Cinsel Yaşamın Kalitesi Anketi) | 15–20 dakika | | 3 alan, 27 maddeden oluşur.<br>1. Cinsel yaşam<br>2. Yetenekler<br>3. Psikolojik iyilik hali |
| **Erectile Dysfunction Inventory of Treatment Satisfaction** (EDITS=Tedaviden Doyumun Erektil Disfonksiyon Envanteri) | 10–15 dakika | 1999 yılında Althof ve ark. tarafından geliştirilmiştir.[65] | 11 madde hasta için, 5 madde partneri içindir.<br>Erektil disfonksiyon için medikal tedavi gören hastalarda doyumu değerlendirmek için geliştirilmiştir. |
| **Patient and Partner Treatment Satisfaction Scale** (TSS= Hasta ve Eşinin Tedaviden Doyum Skalası) | Partnerlerin her biri için 15–20 dakika | 2004 yılında Kubin ve ark. tarafından geliştirilmiştir.[66] | 4 modül, 61 maddeden oluşur.<br>Erektil disfonksiyon hastalarında ve partnerlerinde tedaviden doyumu değerlendirmek için geliştirilmiştir. |
| **Chinese Index of Premature Ejaculation** (CIPE-10= Çin Prematüre Ejekülasyon Endeksi) | 10–15 dakika | | 5 alan, 10 maddeden oluşur.<br>1. Libido<br>2. Ereksiyon<br>3. Ejakülasyon zamanı<br>4. Doyum (erkek ve kadın)<br>5. Semptomların psikolojik etkisi |
| **Patient-Reported Outcome** (PRO= Hastanın Bildirdiği Sonuç) | 5–10 dakika | | 5 alandan oluşur.<br>1. Ejakülasyon üzerinde kontrol<br>2. Doyum<br>3. Prematür ejakülasyonun ciddiyeti<br>4. Kişisel sıkıntı<br>5. Kişilerarası zorluklar |
| **Structured Interview on Erectile Dysfunction** (SIEDY= Erektil Disfonksiyon Üzerine Yapılandırılmış Görüşme) | 5–10 dakika | 2003 yılında Petrone ve ark. tarafından geliştirilmiştir.[67] | 3 alan, 17 maddeden oluşur.<br>1. Ölçek 1 (Erektil disfonksiyonun organik bileşeni)<br>2. Ölçek 2 (Erektil disfonksiyonun ilişki bileşeni)<br>3. Ölçek 3 (Erektil disfonksiyonun psikolojik bileşeni)<br>Erektil disfonksiyon üzerindeki patojenik sorunları ölçmek için geliştirilmiştir. |

## KAYNAKLAR


1. Cancer. http://www.who.int/cancer/en/ Erişim tarihi: 31.10.2016
2. Learn About Cancer. http://www.cancer.org/cancer/index Erişim tarihi: 14.11.2016
3. GLOBOCAN 2012: Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012 . http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx Erişim tarihi: 31.10.2016
4. Cancer Facts and Figures 2016. http://www.cancer.org/research/cancerfactsstatistics/cancerfactsfigures2016/ Erişim tarihi: 31.10.2016
5. Ölüm Nedeni İstatistikleri. http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21526 Erişim tarihi: 01.11.2016
6. Türkiye Kanser İstatistikleri. http://kanser.gov.tr/Dosya/ca_istatistik/ANA_rapor_2013v01_2.pdf Erişim tarihi: 23.12.2016
7. Eker F, Acikgoz F. The impact of cancer and its treatment on sexual desire, satisfaction and functioning: findings from an exploratory study in rural Turkey. Eur J Cancer Care (Engl) 2011;20:769–75. doi: 10.1111/j.1365-2354.2011.01262.x
8. Cancer Statistics. www.cancer.gov/about-cancer/understanding/statistics Erişim tarihi: 23.12.2016
9. Katz A. The sounds of silence: sexuality information for cancer patients. J Clin Oncol 2005;23:238–41. doi: 10.1200/JCO.2005.05.101
10. Bober SL, Varela VS. Sexuality in adult cancer survivors: challenges and intervention. J Clin Oncol 2012;30:3712–9. doi: 10.1200/JCO.2012.41.7915
11. Akman G, Aygin D. Kolorektal kanser tanılı kadınlarda cinsel sağlık nasıl etkileniyor? Androloji Bülteni 2015;17:145–51.
12. Pinto AC. Sexuality and breast cancer: prime time for young patients. J Thorac Dis 2013;5 Suppl 1:S81–6. doi: 10.3978/j.issn.2072-1439.2013.05.23
13. Junk D, Kim JH. Effects of a sexual health care nursing record on the attitudes and practice of oncology nurses. Sex Reprod Healthc 2016;9:21–6. doi: 10.1016/j.srhc.2016.06.001
14. Dinçer Y, Oskay Ü. Kanser ve cinsellik. Androloji Bülteni 2015;17:311–4.
15. Can G. Kanserde cinsel sağlık. Androloji Bülteni Hemşire Çalışma Grubu 2004;19:355–6.
16. Barton D, Wilwerding M, Carpenter L, Loprinzi C. Libido as part of sexuality in female cancer survivors. Oncol Nurs Forum 2004;31:599–609. doi: 10.1188/04.ONF.599-609
17. Meston CM, Hull E, Levin RJ, Sipski M. Disorders of orgasm in women. J Sex Med 2004;1:66–8. doi: 10.1111/j.1743-6109.2004.10110.x
18. Rosen RC. Prevelance and risk factors of sexual dysfunction in men and women. Curr Psychiatry Rep 2000;2:189–95.
19. Hautamäki-Lamminen K, Lipiäinen L, Beaver K, Lehto J, Kellokumpu-Lehtinen PL. Identifying cancer patients with greater need for information about sexual issues. Eur J Oncol Nurs 2013;17:9–15. doi: 10.1016/j.ejon.2012.03.002
20. Dizon DS, Suzin D, Mcilvenna S. Sexual health as a survivorship issue for female cancer survivors. Oncologist 2014;19:202–10. doi: 10.1634/theoncologist.2013-0302
21. Dizon DS, Katz A. Overview of sexual dysfunction in male cancer survivors. 2015 Up to Date. http://www.uptodate.com/contents/overview-of-sexual-dysfunction-in-male-cancer-survivors Erişim tarihi: 27.01.2017
22. Althof SE, Parish SJ. Clinical interviewing techniques and sexuality questionnaires for male and female cancer patients. J Sex Med 2013;10 Suppl 1:35–42. doi: 10.1111/jsm.12035
23. Eberhard J, Stahl O, Cohn-Cedermark G, Cavallin-Stahl E, Giwercman Y, Rylander L, et al. Sexual function in men treated for testicuar cancer. J Sex Med 2009;6:1979–89. doi: 10.1111/j.1743-6109.2009.01298.x
24. Gölbaşı Z, Evcili F. Hasta cinselliğinin değerlendirilmesi ve hemşirelik: engeller ve öneriler. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2013;16:182–9.
25. Pınar G. Kanser tedavisi alan hastalarda cinsel disfonksiyon ve danışmanlığa ilişkin hemşirelik yaklaşımları. Gülhane Tıp Dergisi 2010;52:241–7.
26. Bal MD. Hemşirelerin cinsel bakıma ilişkin tutum ve inançları. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 2014;11:38–42.
27. Terzioğlu F, Alan H. Jinekolojik kanser tedavisi sırasında yaşanan psikolojik sorunların kadının cinsel yaşamına etkisi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2015;18:140–7.
28. Reis N. Jinekolojik kanser ve tedavisinin kadın cinsel sağlığına etkileri. C. Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2003;7:35–40.
29. Tuğut N, Gölbaşı Z. Cinselliğin değerlendirilmesi: hemşireler için öneriler ve klinik stratejiler. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 2014;11:59–64.
30. Katz A. Breast cancer and women's sexuality. Am J Nurs 2011;111:63–7. doi: 10.1097/01.NAJ.0000396560.09620.19
31. Üreme Sağlığına Giriş. http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/açsap40.pdf Erişim tarihi: 12.01.2017
32. Fışkın G, Beji NK. Cinsel fonksiyonun değerlendirilmesi ve hemşirenin rolü. Androloji Bülteni 2014;56:73–6.
33. Katz A. Do ask, do tell: why do so many nurses avoid the topic of sexuality? Am J Nurs 2005;105:66–8.
34. Ayaz S. Stomalı bireylerin cinsel sorunlarının değerlendirilmesinde PLISSIT modelinin kullanımı. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2014;17:59–63.
35. Farnam F, Janghorbani M, Raisi F, Merghati-Khoei E. Compare the effectiveness of PLISSIT and sexual health models on women's sexual problems in Tehran, Iran: a randomized controlled trial. J Sex Med 2014;11:2679–89. doi: 10.1111/jsm.12659
36. Rostamkhani F, Jafari F, Ozgoli G, Shakeri M. Addressing the sexual problems of Iranian women in a primary health care setting: A quasi-experimental study. Iran J Nurs Midwifery Res 2015;20:139–46.
37. Nho JH. Effect of PLISSIT model sexual health enhancement program for women with gynecologic cancer and their husbands. J Korean Acad Nurs 2013;43:681–9. doi: 10.4040/jkan.2013.43.5.681
38. Corona G, Jannini EA, Maggi M. Inventories for male and female sexual dysfunctions. International Journal of Impotence Research 2006;18:236–50. doi: 10.1038/sj.ijir.3901410
39. Taylor JF, Rosen RC, Leiblum SR. Self-report assessment of female sexual function: psychometric evaluation of the Brief Index of Sexual Functioning for Women. Arch Sex Behav 1994;23:627–43.
40. Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, et al. The female sexual function index (FSFI): a multidimensional selfreport instrument for the assessment of female sexual function. J Sex Marital Ther 2000;26:191–208. doi: 10.1080/009262300278597
41. Aygin D, Eti-Aslan F. Kadın cinsel işlev ölçeğinin Türkçe'ye uyarlaması. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2005;25:393–9.
42. Rust J, Golombok S. The Golombok-Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS). Br J Clin Psychol 1985;24(Pt 1):63–4.
43. Tuğrul C, Öztan N, Kabakçı E. Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeğinin Standardizasyon Çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi 1993;4:83–8.

44. Quirk FH, Heiman JR, Rosen RC, Laan E, Smith MD, Boolell M. Development of a sexual function questionnaire for clinical trials of female sexual dysfunction. J Womens Health Gend Based Med 2004;11:277–89. doi: 10.1089/152460902753668475

45. Derogatis LR, Rosen R, Leiblum S, Burnett A, Heiman J. The Female Sexual Distress Scale (FSDS): initial validation of a standardized scale for assessment of sexually related personal distress in women. J Sex Marital Ther 2002;28:317–30.

46. McHorney CA, Rust J, Golombok S, Davis S, Bouchard C, Brown C, et al. Profile of Female Sexual Function: a patient-based, international, psychometric instrument for the assessment of hypoactive sexual desire in oophorectomized women. Menopause 2004;11:474–83.

47. Dennerstein L, Lehert P, Dudley E. Short scale to measure female sexuality: adapted from McCoy female sexuality questionnaire. J Sex Marital Ther 2001;27:339–51. DOI: 10.1080/009262301317081098

48. Clayton AH, McGarvey EL, Clavet GJ. The Changes in Sexual Functioning Questionnaire (CSFQ): development, reliability, and validity. Psychopharmacol Bull 1997;33:731–45.

49. Derogatis LR. The derogatis Interview for Sexual Functioning (DISF/DISF-SR): an introductory report. J Sex Marital Ther 1997;23:291–304. doi: 10.1080/00926239708403933

50. Rosen RC, 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. Urology 1997;49:822–30.

51. Rosen RC, Cappelleri JC, Smith MD, Lipsky J, Peña BM. Development and evaluation of an abridged, 5-item version of the International Index of Erectile Function (IIEF-5) as a diagnostic tool for erectile dysfunction. Int J Impot Res 1999;11:319–26.

52. Turunç T, Deveci S, Güvel S, Peşkircioğlu L. Uluslararası cinsel işlev indeksinin 5 soruluk versiyonunun (IIEF-5) Türkçe geçerlik çalışmasının değerlendirilmesi. Türk Üroloji Dergisi 2007;33:45–9.

53. O'Leary MP, Fowler FJ, Lenderking WR, Barber B, Sagnier PP, Guess HA, et al. A brief male sexual function inventory for urology. Urology 1995;46:697–706. DOI: 10.1016/S0090-4295(99)80304-5

54. Geisser ME, Jefferson TW, Spevak M, Boaz T, Thomas RG, Murray FT. Reliability and validity of the florida sexual history questionnaire. J Clin Psychol 1991;47:519–28.

55. Öksüz E, Malhan S. Florida cinsel öykü ölçeği Türkçe uyarlamasının güvenirlik ve geçerlik analizi. Turkiye Klinikleri J Med Sci 2005;25:204–13.

56. Rosen RC, Catania J, Pollack L, Althof S, O'Leary M, Seftel AD. Male Sexual Health Questionnaire (MSHQ): scale development and psychometric validation. Urology 2004;64:777–82. doi: 10.1016/j.urology.2004.04.056

57. Wincze J, Rosen R, Carson C, Korenman S, Niederberger C, Sadovsky R, et al. Erection quality scale: initial scale development and validation. Urology 2004;64:351–6. doi: 10.1016/j.urology.2004.03.041

58. McGahuey CA, Gelenberg AJ, Laukes CA, Moreno FA, Delgado PL, McKnight KM, et al. The Arizona Sexual Experience Scale (ASEX): reliability and validity. J Sex Marital Ther 2000;26:25–40.

59. Soykan A. The reliability and validity of arizona sexual experiences scale in Turkish ESRD patients undergoing hemodialysis. Int J Impotance Research 2004;16:531–4. DOI: 10.1038/sj.ijir.3901249

60. Derogatis LR, Melisarotos N. The DSFI: a multidimensional measure of sexual functioning. J Sex Marital Ther 1979;5:244–81. DOI: 10.1080/00926237908403732

61. LoPiccolo J, Steger JC. The sexual interaction inventory: a new instrument for assessment of sexual dysfunction. Arch Sex Behav 1974;3:585–95.

62. Cappelleri JC, Althof S, Siegel RL, Shpilsky A, Bell SS, Duttagupta S. Development and validation of the self-esteem and relationship (SEAR) questionnaire in erectile dysfunction. Int J Impot Res 2004;16:30–8. doi: 10.1038/sj.ijir.3901095

63. Latini DM, Penson DF, Colwell HH, Lubeck DP, Mehta SS, Henning JM, et al. Psychological impact of erectile dysfunction: validation of a new health related quality of life measure for patients with erectile dysfunction. J Urol 2002;168:2086–91. doi: 10.1097/01.ju.0000034365.57110.b7

64. MacDonagh RP, Porter T, Pontin D, Ewings P. The ED-EQoL. the development of a new quality of life measure for patients with erectile dysfunction. Qual Life Res 2004;13:361–8. doi: 10.1023/B:QURE.0000018471.04066.4c

65. Althof SE, Corty EW, Levine SB, Levine F, Burnett AL, McVary K, et al. EDITS. development of questionnaires for evaluating satisfaction with treatments for erectile dysfunction. Urology 1999;53:793–9.

66. Kubin M, Trudeau E, Gondek K, Seignobos E, Fugl-Meyer AR. Early conceptual and linguistic development of a patient and partner treatment satisfaction scale (TSS) for erectile dysfunction. European Urology 2004;46:768–74. doi: 10.1016/j.eururo.2004.08.001

67. Petrone L, Mannucci E, Corona G, Bartolini M, Forti G, Giommi R, et al. Structured interview on erectile dysfunction (SIEDY©): a new, multidimensional instrument for quantification of pathogenetic issues on erectile dysfunction. Int J Impot Res 2003;15:210–20. doi: 10.1038/sj.ijir.3901006

68. Uslu E, İnfal S, Ulusoy MN. Cinsel sorunların çözümünde PLISSIT modelinin etkisi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2016;8:52–63. doi: 10.18863/pgy.51356