

**T.C.
ORDU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**KADINLARIN CİNSEL SIKINTILARI
VE EVLİLİK DOYUMLARI ARASINDAKİ
İLİŐKI**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Dilek ÜRKMEZ

Hemşirelik Anabilim Dalı

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Nölüfer ERBİL**

ORDU-2018

ONAY

Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü öğrencisi Dilek ÜRKMEZ tarafından hazırlanan ve Prof. Dr. Nülüfer ERBİL danışmanlığında yürütülen “*Kadınların Cinsel Sıkıntıları ve Evlilik Doyumları Arasındaki İlişki*” adlı bu tez, jürimiz tarafından 06/07/2018 tarihinde oybirliği ile Hemşirelik Anabilim Dalı Ortak Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programında Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

I. Tez Danışmanı : Prof. Dr. Nülüfer ERBİL

Başkan : Prof. Dr. Nülüfer ERBİL
Hemşirelik Anabilim Dalı
Ordu Üniversitesi

İmza.....


Jüri Üyesi : Dr. Öğr. Üyesi Eda ŞAHİN
Hemşirelik Anabilim Dalı
Giresun Üniversitesi

İmza.....


Jüri Üyesi : Dr. Öğr. Üyesi Ebru ŞAHİN
Hemşirelik Anabilim Dalı
Ordu Üniversitesi

İmza.....


ONAY

Bu tezin kabulü, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun **17/07/2018** tarih ve **2018/63** sayılı kararı ile onaylanmıştır.

25.07.2018


Enstitü Müdürü

Doç. Dr. Alparslan İNCE

TEZ BİLDİRİMİ

Tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu tezin yazılmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğunu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğunu, tezin herhangi bir kısmının bu üniversite veya başka bir üniversitedeki başka bir tez çalışması olarak sunulmadığını beyan ederim.

Dilek ÜRKMEZ



TEŞEKKÜR

Tez çalışmamın her aşamasında özverisiyle, anlayışıyla, gösterdiği hoşgörülle, verdiği destekle, paylaştığı bilgi ve deneyimleriyle, yapıcı eleştirileri ve katkılarıyla beni yönlendiren, zaman ve emeğini esirgemeyen ve çalışmamın titizlikle yürütülmesini sağlayan çok değerli hocam ve danışmanım, Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Sayın Prof. Dr. Nülüfer ERBİL'e,

Yüksek Lisans eğitimime ve tez çalışmama önerileriyle katkı sağlayan Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Sayın Dr. Öğr. Üyesi Ebru ŞAHİN'e,

Tez çalışmama önerileriyle katkı sağlayan Giresun Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Sayın Dr. Öğr. Üyesi Eda ŞAHİN'e,

Araştırmaya gönüllü olarak katılımlarıyla destek veren tüm kadınlara,

Bugünlere gelmemi sağlayan, her konu ve koşulda benden desteklerini esirgemeyen anneme ve babama,

Tüm kalbimle sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dilek ÜRKMEZ

ÖZET

KADINLARIN CİNSEL SIKINTILARI VE EVLİLİK DOYUMLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ

Amaç: Bu araştırma kadınların cinsel sıkıntıları ve evlilik doyumları arasındaki ilişkinin ve etkili faktörlerin incelenmesi amacıyla yapıldı.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı ve kesitsel tipte olan araştırmanın örnekleme, en az 18 yaşında olan, evli ve menapoza girmeyen Jinekoloji Polikliniklerine başvuran ve araştırmaya katılmayı kabul eden 291 kadın alındı. Araştırmanın verileri Kişisel Bilgi Formu, Evlilik Doyum Ölçeği (EDÖ) ve Kadın Cinsel Sıkıntı Ölçeği (KCSÖ) ile toplandı. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemler, Student t-testi, One Way ANOVA testi, Kruskal Wallis testi, Mann Whitney U testi, Sheffe testi ve Pearson korelasyon katsayısı kullanıldı.

Bulgular: Kadınların KCSÖ puan ortalaması 8.02 ± 9.17 , EDÖ puan ortalaması 50.85 ± 8.89 bulundu. Kadınların %26.1'inde cinsel sıkıntı belirlendi. Cinsel sıkıntısı olmayan kadınların, cinsel sıkıntısı olan kadınlara göre evlilik doyum puanlarının daha yüksek olduğu ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ($p=0.000$). Kadınların KCSÖ ve EDÖ puanları arasında negatif yönde orta düzeyde ilişki olduğu belirlendi ($r=-.450$, $p=0.000$). KCSÖ puanları ile eşin yaşı ($r=.118$) ve evlilik süresi ($r=.169$) arasında pozitif yönde "zayıf" düzeyde; evlenme yaşı ile ($r=-.194$) negatif yönde "zayıf" düzeyde ilişki olduğu bulundu. Eşinin ve kendisinin eğitim düzeyi ilkokul-ortaokul mezunu olan, aile baskısıyla evlenen, üriner inkontinans, idrar yolu ve üreme sistemi enfeksiyonu yaşayan, kronik hastalığı olan ve ilaç kullanan, eşinde erken boşalma, sertleşme sorunu olan kadınların KCSÖ puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve gruplar arası farkların anlamlı olduğu bulundu ($p<0.05$). Eşinin ve kendisinin eğitim düzeyi üniversite mezunu olan, çekirdek ailede yaşayan, gelir durumu iyi olan, anlaşarak evlenen, aile planlaması yöntemi kullanan ve modern yöntem kullanan, idrar yolu ve üreme sistemi enfeksiyonu yaşamayan, eşinde erken boşalma, sertleşme sorunu olmayan kadınların EDÖ puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve gruplar arası farkların anlamlı olduğu bulundu ($p<0.05$).

Sonuç: Kadınların cinsel sıkıntı yaşamasının evlilik doyumunu etkilediği, cinsel sıkıntılarının artması ile evlilik doyumlarının azaldığı belirlendi.

Anahtar Kelimeler: Cinsel sıkıntı, evlilik doyumunu, cinsel işlev, kadın.

ABSTRACT

RELATIONSHIP BETWEEN WOMEN'S SEXUAL DISTRESS AND THEIR MARITAL SATISFACTION

Aim: This study was conducted to investigate the relationship between women's sexual distress and marital satisfaction, and the effective factors in this regard.

Material and Method: This descriptive and cross-sectional study was carried out with 291 women, who were at least 18 years old, married, not entered menopause and who applied to gynecology outpatient clinics and agreed to participate in the study. The study data were collected by the Personal Information Form, the Marriage Satisfaction Scale (MSS) and the Female Sexual Distress Scale (FSDS). For data analysis, descriptive statistics, student's t-test, One Way ANOVA, Kruskal Wallis test, Mann Whitney U test, Sheffe test and Pearson correlation coefficient were used.

Results: The average FSDS score of females was 8.02 ± 9.17 , and the mean MSS score was 50.85 ± 8.89 . Sexual distress were found in 26.1% of the women. Women without sexual distress were found to have higher marital satisfaction scores than women with sexual distress and the difference was statistically significant ($p=0.000$). It was determined that there was a moderate correlation between negative FSDS and MSS scores in women ($r = -.450$, $p = 0.000$). Positive correlations were found between FSDS scores and spouse age ($r = .118$), duration of marriage ($r = .169$) and marriage age ($r = -.194$). The average FSDS scores were significantly higher in the women, who was primary and secondary school graduate, married with family repressive, who had urinary incontinence, urinary tract and reproductive system infection, had chronic illness and drug use, who had a spouse with premature ejaculation and erectile dysfunction problems ($p < 0.05$). The average MSS score was higher in the women who had been college graduate, were living in nuclear family, had good income, married with consent, were using modern family planning methods, had no urinary tract and reproductive system infections, and whose spouses had no premature ejaculation and erectile dysfunction problems, and the differences between the groups were significant ($p < 0.05$).

Conclusion: It was determined that women's sexual distress affect marital satisfaction and that increased sexual distress decreases their marital satisfaction.

Keywords: Sexual distress, marital satisfaction, sexual functioning, women.

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

İÇ KAPAK SAYFASI	
ONAY	
TEZ BİLDİRİMİ.....	I
TEŞEKKÜR.....	II
ÖZET	III
ABSTRACT	IV
İÇİNDEKİLER.....	V
ŞEKİLLER DİZİNİ	VIII
TABLolar DİZİNİ	IX
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	X
1. GİRİŞ.....	1
1.1.Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	3
1.3. Araştırmanın Soruları	3
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Cinsellik.....	4
2.2.Kadınlarda Cinsellik.....	5
2.2.1. Kadınlarda Cinsel Anatomi.....	6
2.2.2. Kadınlarda Cinsel İşlev Fizyolojisi.....	8
2.2.3. Kadınlarda Cinsel İşlev Bozukluğu.....	10
2.2.4. Kadınlarda Cinsel İşlev Bozukluğu Nedenleri.....	11
2.2.4.1. Organik Nedenler.....	12
2.2.4.2. Psikolojik Nedenler.....	12
2.2.5. Kadınlarda Cinsel İşlev Bozukluğu Sınıflandırması.....	13
2.2.5.1. Kadın Cinsel İlgi ve Uyarılma Bozukluğu	14
2.2.5.2. Orgazm Bozuklukları	15
2.2.5.3. Genital Pelvik Ağrı/Penetresyon Bozukluğu.....	15
2.2.5.4. Madde ve İlaç Kullanımına Bağlı Cinsel İşlev Bozukluğu.....	15

	Sayfa No
2.2.5.5. Diğer Tanımlanmış ve Tanımlanmamış Cinsel İşlev Bozukluğu	16
2.2.6. Kadın Cinsel İşlev Bozukluğu Görölme Sıklığı.....	16
2.3. Evlilik Doyumu.....	17
2.3.1. Evlilik Doyumunu Etkileyen Faktörler.....	17
2.3.2. Kadınların Cinsel Sıkıntılarının Evlilik Doyumlarına Etkisi.....	19
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	21
3.1. Araştırmanın Türü	21
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	21
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme	21
3.3.1. Araştırmanın Evreni.....	21
3.3.2. Araştırmanın Örnekleme Seçimi.....	21
3.3.2.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri.....	22
3.3.2.2. Araştırmadan Dışlama Kriterleri.....	22
3.4. Veri Toplama Araçları.....	22
3.4.1. Kişisel Bilgi Formu.....	22
3.4.2. Kadın Cinsel Sıkıntı Ölçeği	23
3.4.3. Evlilik Doyum Ölçeği.....	23
3.5. Veri Toplama Formunun Uygulanması.....	24
3.6. Değişkenler.....	24
3.6.1. Bağımlı Değişkenler	24
3.6.2. Bağımsız Değişkenler	24
3.7. Araştırmanın Etik Boyutu	24
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi	25
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	25
3.10. Araştırmanın Uygulanması Sırasında Karşılaşılan Güçlükler.....	26
4. BULGULAR	27
5. TARTIŞMA	44
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	53
6.1. Sonuçlar	53

	Sayfa No
6.2. Öneriler	58
KAYNAKLAR	59
EKLER	71
Ek 1. Kişisel Bilgi Formu	71
Ek 2. Kadın Cinsel Sıkıntı Ölçeği.....	74
Ek 3. Evlilik Doyum Ölçeği.....	77
Ek 4. Bilgilendirilmiş Onam Formu	78
Ek 5. Kadın Cinsel Sıkıntı Ölçeği İzin Yazısı.....	79
Ek 6. Evlilik Doyum Ölçeği İzin Yazısı	80
Ek 7. Kurum İzin Yazısı.....	81
Ek 8. Etik Kurul Onayı	83
ÖZGEÇMİŞ	84

ŞEKİLLER DİZİNİ

Sayfa No

Şekil 2.1.	Kadında Cinsel Yanıt Döngüsü.....	9
------------	-----------------------------------	---



TABLolar DİZİNİ

	Sayfa No
Tablo 4.1. Kadınların Sosyo-demografik Özelliklere Göre Dağılımı.....	28
Tablo 4.2. Kadınların Obstetrik, Jinekolojik ve Üriner Sistem Özelliklerine Göre Dağılımı.....	29
Tablo 4.3. Kadınların Kronik Hastalık ve Hastalıkla İlgili İlaç Kullanma Durumuna Göre Dağılımı.....	30
Tablo 4.4. Kadınların ve Eşlerinin İnfertilite Özelliklerine Göre Dağılımı	31
Tablo 4.5. Kadınların ve Eşlerinin Cinsel Sorunlarına Ait Özelliklerine Göre Dağılımı.....	31
Tablo 4.6. KCSÖ ve EDÖ'nin Alt ve Üst Puanları, İşaretlenen Alt ve Üst Puanlar, Ortalama, Standart Sapma, Cronbach Alfa Değerleri.....	32
Tablo 4.7. Kadınların Cinsel Sıkıntı Varlığına Göre Dağılımı ve KCSÖ ile EDÖ Puanlarının Karşılaştırılması.....	32
Tablo 4.8. Kadınların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre KCSÖ ve EDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	34
Tablo 4.9. Kadınların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre KCSÖ ve EDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	36
Tablo 4.10. Kadınların Obstetrik, Jinekolojik ve Üriner Sistem Özelliklerine Göre KCSÖ ve EDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	38
Tablo 4.11. Kadınların Kronik Hastalık ve Hastalıkla İlgili İlaç Kullanma Durumuna Göre KCSÖ ve EDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	39
Tablo 4.12. Kadınların ve Eşlerinin İnfertilite Sorununa Göre KCSÖ ve EDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	40
Tablo 4.13. Kadınların ve Eşlerinin Cinsel Sorunlarına Göre KCSÖ ve EDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	41
Tablo 4.14. Kadınların ve Eşlerinin Yaşı, Evlilik Yaşı ve Süresi, Çocuk Sayısı, BKİ Puanları ve KCSÖ, EDÖ Puanları Arasındaki Korelasyonlar.....	43

SİMGELER VE KISALTMALAR

ACOG	: American College of Obstetricians and Gynecologists
APA	: Amerikan Psikiyatri Birliği
BKİ	: Beden Kitle İndeksi
CETAD	: Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği
DSM	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EDÖ	: Evlilik Doyum Ölçeği
F	: One Way ANOVA testi
FSDS- R	: Female Sexual Distress Scale-Revised
ICD-10	: International Classification of Diseases – 10
KCSÖ	: Kadın Cinsel Sıkıntı Ölçeği
MEGEP	: Mesleki Eğitim ve Öğretim Sisteminin Güçlendirilmesi Projesi
pH	: Power of Hydrogen
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
SS	: Standart Sapma
t	: Student t testi
TAPV	: Türkiye Aile Sağlığı ve Planlaması Vakfı
WHO	: World Health Organization
χ^2	: Ki-Kare Analiz Testi
KW	: Kruskal Wallis
MWU	: Mann Whitney U

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Cinsellik duygusal, düşünsel, toplumsal bütünlüğü sağlayarak, kişilik gelişimini ve kişilerarası iletişimi olumlu yönde arttıran sağlığın önemli bir parçasıdır (World Health Organization (WHO), 2010). Cinsellik sadece neslin devamının sağlanması için biyolojik bir olay değildir. Bireyler arası duyguların iletişimini sağlayan ve bireylere zevk veren temel bir işlevdir (Rosen, 2000). Bu nedenle cinsel alanda yaşanan sıkıntılar önemli sağlık sorunu olmakta ve yaşam kalitesini önemli ölçüde etkilemektedir (Balcı ve ark., 2012).

Cinsellik yaşamın doğal bir parçasıdır. Bu nedenle biyolojik, psikolojik ve sosyal süreçlerden etkilenmektedir. Cinselliğin şekillenmesinde bireyin kültürü, gelenekleri, dini ve ekonomik yaşamı da etkili olmaktadır (Türkiye Aile Sağlığı ve Planlaması Vakfı (TAPV), 2017). Kadınlarda cinsel işlev, merkezi sinir sistemi ve hormonal sistem ile nöro-kimyasal, nöro-fizyolojik ve psikolojik süreçlerin karşılıklı etkileşiminden oluşan kompleks bir süreçtir (Alkan, 2008). Kişilik özellikleri, iletişim, aile ilişkileri, ebeveynlik, evlilik (Henderson ve ark., 2009; Sanchez ve ark., 2014), eş ve eşin cinsel sorunları, çalışma hayatı, günlük yaşam sorunları gibi pek çok durum da cinsel işlevi dolaylı yoldan etkilemektedir (Dennerstein ve ark., 1999).

Cinsel tepki döngüsünü karakterize eden süreçlerin bozulması ile karşımıza çıkan cinsel işlev bozukluğu, toplumda sık görülen ancak bir o kadar az tanınan bir sağlık sorunudur (Balcı ve ark., 2012). Cinsel işlev bozukluğunun kadınların %30 - %50'sini etkileyen yaygın bir sorun olduğu belirtilmektedir (Berman ve ark., 2000). Moreira ve arkadaşlarının Avrupa ülkelerinde yapmış oldukları çalışmada kadınların %34'ünde cinsel işlev bozukluğu olduğu bulunmuştur (Moreira ve ark., 2008). Ülkemizde 15-49 yaş arasında, sağlıklı kadınlar üzerinde yapılan bir çalışmada cinsel işlev bozukluğu prevalansı %45.6 olarak belirtilmiştir (Ege ve ark., 2010). Başka bir çalışmada ise jinekoloji polikliniğine başvuran 18-56 yaş arası kadınların cinsel işlev bozukluğu prevalansı %52.2 bulunmuştur (Erbil, 2011). Yapılan bir çalışmada, kadın cinsel işlev bozukluğunun, düşük eğitim düzeyi, negatif cinsel ilişki deneyimi, kötü fiziksel ve duygusal sağlık gibi çeşitli psikodemografik özellikler ile ilişkili olduğu belirtilmiş, kadınların %43'ünde bir veya daha fazla cinsel şikayetin olduğu

saptanmıştır (Laumann ve ark., 1999). Ülkemizde yapılan çalışmalarda, eğitim düzeyi düşük olan kadınlarda ve eşlerinde cinsel işlev bozukluklarının daha sık görüldüğü belirtilmektedir (Çayan ve ark., 2004; Ege ve ark., 2010). Yapılan başka bir çalışmada gelir durumu kötü olan kadınların iyi olanlara göre daha fazla ağırlı cinsel ilişki ve cinsel isteksizlik yaşadığı saptanmıştır (Erenel ve Kıtış, 2011).

Cinsel işlev bozuklukları cinsel sıkıntıya neden olabilir, ancak büyük oranda birbirini ile ilişkilidir. Cinsel sıkıntı, kişinin cinselliği ya da cinsel işlevleri hakkında kaygı ya da olumsuz duyguları ile karakterizedir (Witting ve ark., 2008). Cinsel sıkıntı prevalansı Aydın ve ark. (2016) çalışmasında %12.5, Witting ve ark. çalışmasında (2008) %38 bulunmuştur. Cinsel işlev yaşla birlikte değişebilmekte (Hayes ve Dennerstein, 2005) ve cinsel isteğin azalması ile ilişkili olarak ilerleyen yaşla cinsel sıkıntı da azalabilmektedir (Derogatis ve Burnett, 2008).

Kadınlar yüksek oranda cinsel işlev bozukluğu bildirmesine karşın, cinsel işlev bozukluğunu çoğu zaman ilişki memnuniyetsizliği olarak görmemekte, %68'i cinsel ilişkilerini çok tatmin edici olarak tanımlamaktadır (Rosen ve ark., 1993). Kadınlar tarafından cinsel işlev bozukluğuna müsamaha gösterilmesi kadın için bir sıkıntı kaynağı olmasına ve onun sağlıklı olmasına engel teşkil etmektedir (Rosen ve ark., 1993; Kaya ve Aslan, 2013).

Mutsuzluk, hayal kırıklığı, benlik saygısında azalma gibi sonuçlara neden olan cinsel sıkıntılar, sosyal ve mesleki alanlarda kişiyi etkilemekte ve kişinin evliliğine yansımaktadır (Stevenson, 2004). Cinsel sıkıntılarının evlilik doyumuna etkilerinin olduğu yapılan araştırmalarda gösterilmiştir (Stevenson, 2004; Litzinger ve Gordon, 2005). Trudel (2002) cinsel yaşam ve evlilik işleyişi arasındaki ilişkiyi incelediği araştırmasında cinsel davranışlarla evlilik işleyişi arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişkiler bulmuştur. Çağ ve Yıldırım'ın (2013) araştırma bulgularına göre cinsel yaşamdan duyulan memnuniyet, algılanan eş desteği ile eğitim düzeyi bireylerin evlilik doyumlarını etkilemektedir. Yapılan çalışmalarda evlilik sürecinde cinsel alanda sorun yaşayan çiftlerin cinsellikle ilgili yeterli bilgiye sahip olmadığı (Doğan ve Saraçoğlu, 2009) ve evlilik doyumlarının düşük olduğu belirtilmektedir (Erbek ve ark., 2005; Khazaeia ve ark., 2011).

Cinsel sıkıntılar, kadınların özgüven kaybı yaşamasına, kişilerarası ilişkilerinin bozulmasına ve emosyonel stres yaşamasına neden olabilmektedir (Ege ve ark., 2010). Kadınların bireysel varlığını devam ettirmek için cinsel mutluluk ihtiyacının yaşamsal bir işlevi olmasa bile, cinsellik ve evlilik birbirleriyle etkileşimleri açısından araştırılması gereken konulardır (Gülsün ve ark., 2009). Ülkemizde kadınların cinsel sıkıntıları ve evlilik doyumu konusunda çalışmalar sınırlı sayıdadır. Bu nedenle üzerinde durulması gereken bir araştırma alanıdır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmada kadınların cinsel sıkıntıları ve evlilik doyumları arasındaki ilişki ve etkili faktörlerin incelenmesi amaçlanmıştır.

1.3. Araştırmanın Soruları

- Kadınlarda cinsel sıkıntı görülme sıklığı nedir?
- Kadınların evlilik doyumu seviyesi nedir?
- Kadınların cinsel sıkıntıları ve evlilik doyumları arasında ilişki var mıdır?
- Kadınların cinsel sıkıntıları ve evlilik doyumlarını etkileyen faktörler nelerdir?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Cinsellik

Cinsellik, kişinin bedensel ve ruhsal katılımı ile gerçekleşen, doyum ve üreme sağlayıcı doğal bir eylemdir (WHO, 2010). Cinsellik, “cinsiyet, toplumsal cinsiyet, cinsel kimlik, cinsel yönelim, erotizm, sevgi, üreme” gibi birçok alt boyutlardan oluşmaktadır (Gölbaşı, 2003). Cinsellik merak edilen aynı zamanda yasaklanan, çok bilindiği savunulan fakat az bilinen, bir taraftan övülen diğer taraftan ise utanılan bir konu olması nedeni ile öznel olmakla birlikte zorlu bir konudur (Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği (CETAD), 2008). Cinselliğin fiziksel, duygusal, entelektüel ve sosyal alanlarda kişiliği, iletişimi ve aşkı zenginleştirici etkisi bulunmakta ve cinsellik, “psikolojik, sosyal, ekonomik, politik, kültürel, hukuki, tarihi, dini, biyolojik ve ruhsal” faktörlerden etkilenmektedir (WHO, 2010).

Cinsellik nörolojik, vasküler ve endokrin sistemlerin etkileşimi ile birlikte karmaşık bir süreçte oluşmaktadır (Kadri ve ark., 2002). Mahremiyet, duygusal ifade, zevk, şefkat ve aşk gibi temel ihtiyaçları içinde barındırmaktadır. Bu temel ihtiyaçlar doğrultusunda birey ve sosyal yapılar arasında oluşan etkileşim aracılığı ile gerçekleşmektedir (Coleman, 2008; Bozdemir ve Özcan, 2011). İnsan cinselliğini araştıran ilk kapsamlı çalışma Kinsey ve arkadaşları tarafından yayınlanmış ve bu çalışma cinselliğin anlaşılması konusunda bir dönüm noktası sayılmıştır. Master ve Johnson ise ilk kez laboratuvar ortamında insan cinselliğini incelemiştir (İncesu, 1998; Tashbulatova, 2007).

Cinsellik eşler arasında ilgi, yakınlık, sevgi, istek ve zevk duygularının oluşmasını ve üremeyi sağlamaktadır. Sağlıklı bir cinsel yaşam için uyumlu eş, doğru zaman ve uygun ortamın olması gerekmektedir (Elbozan ve ark., 2012). Cinsellik yaşamın vazgeçilmez bir parçası olarak kabul edildiğinde cinsellikle ilgili problem yaşandığında yaşamın başka alanları ve sonuçta bütün yaşam kalitesi olumsuz yönde etkilenmektedir (Scott ve ark., 2012). Cinsel doyumun yüksek olması, fiziksel ve psikolojik sağlığın daha iyi durumda olmasını ve kişinin daha iyi bir yaşam kalitesi sürdürmesini sağlamaktadır (Sanchez ve ark., 2014).

2.2. Kadınlarda Cinsellik

Cinselliğin, sadece erkeklere özgü olduğu dolayısıyla erkeklerin cinselliği istemeye, cinsellikten doyum almaya hakkı olduğu şeklinde genel bir inanç bulunmaktadır. Kadın cinselliğini ve kadınların cinsel davranışlarını belirleyen bu inanç doğrultusunda cinsellik kadınlar için haz ve doyum alanı dışına çıkmakta ve zorunlu görev alanı olmaktadır (İncesu, 2004). Cinsel yaşamda erkek aktif katılımcı, kadın ise pasif katılımcı olarak görülmektedir (Dinçer, 2007). Kadın cinselliğinin çocuk doğurmaya yönelik, haz duygusundan yoksun bir sorumluluk olduğu şeklinde ifade edilmesi, kadının cinselliğini kontrol eden, baskı altında tutarak sınırlandıran ve yok eden bir sosyal yapı oluşmasına neden olmaktadır (Sungur, 1998; Erden ve Akman, 2001). Cinselliğin günah ve ayıp olduğu düşüncesiyle büyütülen kadınlar cinsel yaşamlarında doğal olarak hissedecekleri cinsel isteklerini bastırmak zorunda kalmaktadır. Toplumsal değerler ve normlar, kadınlar için cinsellik ve cinsellik ile ilgili sıkıntılarının dile getirilmesinde önemli bir engeldir (Demirezen, 2006). Buna bağlı olarak kadınlarda cinsellik bir sıkıntı kaynağı olmakta ve onun sağlıklı olmasına engel teşkil etmektedir (Kaya ve Aslan, 2013).

Cinsel yaşamda pasif katılımcı olarak görülen kadınların cinsel sorunları erkeklere kıyasla daha fazla görülmektedir. Yapılan bir çalışmada yaşları 18-59 arasında olan 1749 kadın üzerinden toplanan veriler doğrultusunda erkeklerde cinsel problem görülme prevalansı %31 olarak belirtilmiş, kadınlarda bu oran %43 olarak bulunmuştur (Yaşar ve ark., 2010). Yapılan başka bir çalışmada da kadınların erkeklerden daha fazla cinsel sorunla karşılaştığı bulunmuş ve prevalansın %35-60 arasında olduğu saptanmıştır (Özdemir ve Pehlivan, 2015).

Kadınlarda cinsel sağlığın bozulması yalnızca fiziksel sağlığı etkilememektedir. Aynı zamanda ruhsal sağlığı, sosyal sağlığı ve aile sağlığını da etkilemektedir. Genel sağlık yönünden kadınları fazlaca ilgilendiren cinsel sorunların, kadınları mutsuz eden sağlık sorunlarının başında gelmekte olduğu görülmektedir (Bozdemir ve Özcan, 2011). Cinselliğin yaşam kalitesinin merkezi olduğunun anlaşılması ile birlikte kadın cinselliği ile ilgili araştırmalar yaşam kalitesinin artırılması anlamında önem kazanmaya başlamıştır (Basson ve ark. 2000; McCoy, 2000).

İnsan cinselliğini ve cinsel sağlığını kişinin vücut imajı, kendine güveni, cinsel alan bilgisi, cinsiyet role ilişkin eğilimi ile cinsel eş tercihi, sosyal statüsü, evlilik durumu, aile ve sosyal desteği, mesleği, eğitim düzeyi, kullandığı aile planlaması, geçirdiği hastalık, tıbbi ve cerrahi müdahaleler gibi pek çok faktör etkileyebilmektedir (Alexander ve Larose, 2004; Gölbaşı ve Tuğut, 2010; WHO, 2010). Kadın açısından bakıldığında bu faktörler ile birlikte “menarş, gebelik, doğum, laktasyon, menopoz” gibi gelişimsel yaşam olayları da kadın cinselliğini ve cinsel sağlığını etkilemektedir (Yee ve Sundquist, 2003; CETAD, 2008).

Kadın cinsel sağlığına katkıda bulunan hormonal, psikolojik, kişiler arası ve sosyal ilişki gibi faktörlerin çok sayıda olması nedeni ile uyarılma ve arzunun öznel ve nesnel yönleri arasında göreceli farklılık oluşacağından kadın cinsel sağlığı fizyolojisi ve patofizyolojisini iyi bilmek gerekir (Öztürk ve Gümüş, 2014).

2.2.1. Kadınlarda Cinsel Anatomi

Kadının cinsel organları pelvik kavitede yerleşmiş olan ve pelvik taban tarafından desteklenen iç üreme organları ile perinede yerleşmiş dış üreme organlarından oluşur (Taşkın, 2011).

Kadında iç ve dış üreme organları, over hormonları olan estrogen ve progesteronun etkisi ile gelişir ve olgunlaşır. Bu gelişme, kız çocuğu anne karnında iken başlar, puberte ve kadının doğurganlık çağı boyunca devam eder. Kadının yaşının ilerlemesi ile over hormonlarının seviyesindeki düşme sonucu, üreme organlarında atrofi görülür (Taşkın, 2011).

Kadın cinsel organ anatomisi iki bölüm olarak incelenir (Taşkın, 2011):

- Dış genital organlar
- İç genital organlar

Dış Genital Organlar

Kadının dış genital organları vulva olarak adlandırılır. Vulva, önde simfizis pubis, arkada anal sfinkter, yanlarda tuber iskiadiumlardan oluşmaktadır. Üç temel yapı içermektedir (Taşkın, 2011):

- Labial yapılar
- İnterlabial boşluk
- Erektıl yapılar

Labia major ile minörden oluşan labial yapının temel görevi üretra ve vajen girişini korumaktır. İnnervasyonu, sakral pleksusa bağlı olan pudental sinirin postlabial ile perineal dalları aracılığıyla sağlanmaktadır. Kanlanması ise internal pudental arterin ve internal iliak arterin dalları ile femoral arterin dalı olan eksternal pudental arter yoluyla olur. Venöz drenajı arterlerle birlikte seyreden vajinal venöz pleksus sağlar (Hilliges ve ark., 1995).

Labia minörler arasındaki boşluğa interlabial boşluk denir ve buraya büyük vestibüler glandlar, üretral ve vajinal orifisler açılır (Hilliges ve ark., 1995).

Erektıl yapılar klitoris ve vestibüler bulbusu içerir. Klitorisin kanlanması, internal iliak – internalpudental - ana klitoral – dorsal klitoral ve kavernoözal klitoral arter yoluyla olur. Sinir innervasyonu zengin olan klitorisin sempatik innervasyonu T (Torakal) 11- L (Lumbal) 2, parasempatik innervasyonu ise S (Sakral) 2-4'den olmaktadır (Hilliges ve ark., 1995). Vestibüler bulbus, her iki labia minör derisinin hemen altında perineal membranın inferior yüzeyine yapışık olup bulbokavernoz kasla örtülü 3'er cm'lik yapıdır. Yapısındaki bu kaslar venöz rezerv oluşturarak seksüel arzu sırasında kanla dolar. Bu sayede vajinanın girişi daralır ve birleşme esnasında penis sıkıştırılır (Hilliges ve ark., 1995).

İç Genital Organlar

İç genital organları vajina, uterus, uterin tüpler ile overler oluşturmaktadır. Seksüel anatomide ise vajina ile uterus ön plana çıkar.

Vajina vestibülden serviks kadar uzanan tüp şeklinde bir yapıdır. Duvarı 3 kattan oluşmaktadır. İçerisinde çok sayıda “ruga” denilen mukoza katlantıları bulunur. Bu yapı cinsel ilişki esnasında sürtünmeye bağlı olarak uyarılmayı artırır

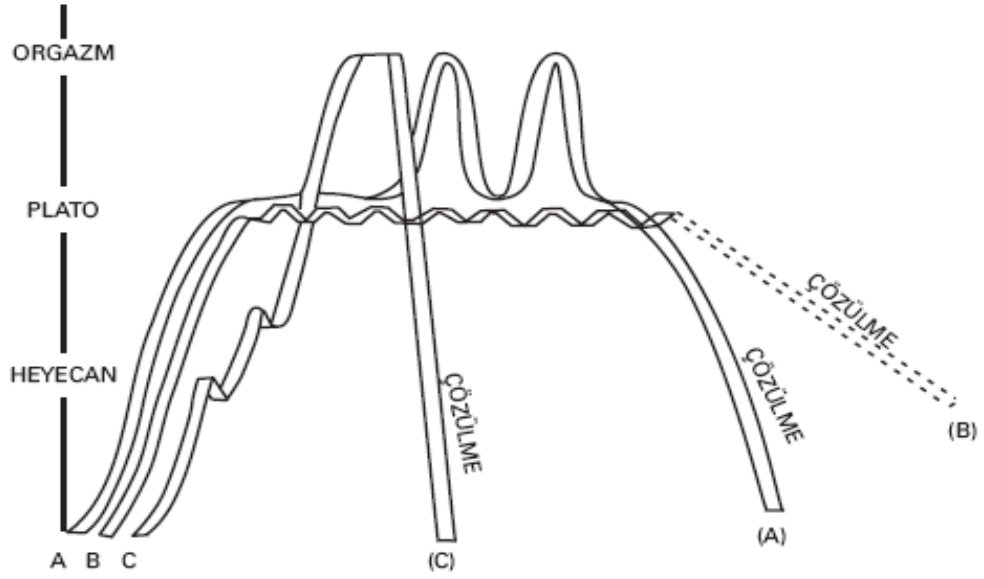
(Hilliges ve ark., 1995). Vajinanın kanlanması üst, orta ve distal olmak üzere 3 bölüme ayrılır ve sırasıyla uterin arter, hipogastrik arter ile orta hemoroidal ve klitoral arterden kanlanır. Otonomik sinirlerini hipogastrik pleksustan (sempatik, T11-L1, nervus hipogastrikus) ve pelvik pleksustan (parasempatik, S2-4, nervus pelvikus) alır somatik siniri ise nervus pudendalistir (Hilliges ve ark., 1995).

Uterus gövde, istmus ve serviksten oluşan üçgen şeklinde musküler bir yapıdır. Üstte fallop tüpleri ile altta ise vajinayla bağlantılıdır. İçten dışa doğru endometrium, myometrium ve seroza olmak üzere 3 tabakadan oluşan uterus, cinsel uyarılma evresinde bünyesinde bulunan glandlar ile vajinal kayganlaşmaya katkıda bulunur. Uterin yapıların kanlanması internaliliak arterin dalı olan uterin arter yoluyla sağlanır (Hilliges ve ark., 1995).

2.2.2. Kadınlarda Cinsel İşlev Fizyolojisi

Kadın cinsel tepkisi, omurilik vasıtasıyla beyin sapının tonik inen engelleyici refleksleri kontrolü altındadır. Klitoral uyarımdan gelen sinyaller pudental sinir yoluyla iletilir. Vajinal stimülasyondan gelen sinyaller, pandemik ve hipogastrik sinirlerin yanında pelvik sinir yoluyla iletilir. Sempatik sinir sistemi aktivasyonu kadın cinsel tepkisini kolaylaştırır (Meston, 2000). Kadın orgazmına yol açan erotik uyarılma, çeşitli genital bölge ve nongenital bölgelerden kaynaklanabilir. Klitoris ve vajina orgazm ile sonuçlanan uyarı alanlarının, zihinsel imgelem, fantezi gibi diğer vücut bölgelerinin uyarılması (periüretalglans, göğüs, meme başı veya mons) orgazm tetikleyebilir. Vajinal kan akışının psikofizyolojik ölçümleri ile cinsel uyarılma hakkında sözel raporlar arasında düşük bir korelasyon olması, kadınların cinsel uyarılma değerlendirmelerinde fizyolojik değişikliklerle birlikte dış uyaran bilgilerine değer verdiklerini göstermektedir (Meston, 2000).

Master ve Johnson, ilk olarak kadın cinsel yanıt döngüsünü “heyecanlanma, plato, orgazm, çözülme” olarak dört bölüme ayırarak incelemiştir (İncesu, 2004).



Şekil 2.1. Kadında Cinsel Yanıt Döngüsü (İncesu, 2004)

Heyecanlanma (Uyarılma) evresi: Cinsel yanıt döngüsünde gelişen, cinsel istekle ilgili ilk evredir. Kadın uyarıldığında vajinada lubrikasyon (ıslanma) ve kabarma olayları gerçekleşmektedir. Göğüsler genişlemekte ve meme ucu sertleşmektedir. Cinsel uyarının süresi ve yoğunluğuna bağlı olarak cinsel yanıtta da farklılıklar olabilmektedir. Cinsel istek sadece fiziksel uyarı şeklinde oluşabileceği gibi fantezi ve zihinsel uyarılar şeklinde de oluşabilmektedir.

Plato evresi: Parasempatik sinir sistemi etkisi ile erotik duygular ve vajinal kayganlığın oluşması ile karakterizedir. Uyarılma yoğunsa plato evresi başlamaktadır. Bu evrede uyarılma, kişinin orgazma geçmesini sağlayacak kadar ilerler ve vazokonjesyon en yüksek noktaya ulaşmaktadır. Cinsel haz duygusu giderek artar ve orgazm evresine geçinceye kadar sürer. Plato evresinde kadınlar, nefes almada hızlanma, kan basıncının artması, göğüslerde gerginlik oluşması, göğüs uçlarının sertleşmesi gibi fizyolojik değişiklikler yaşamaktadır.

Orgazm evresi: Vazokonjesyonla birlikte perine ve vajina kaslarının refleks kasılmaları ile oluşmaktadır. Müsküler ile vasküler gerilimin yerini gevşemeye bıraktığı evredir. En kısa süren evre olmakla birlikte doyurucu özelliği en fazla olan

evredir. Sempatik sinir sistemi etkisi ile gerçekleşen bu evre daha çok haz duygusuyla ilişkilidir. Kadınlarda kalp atışı, kan basıncı ile solunum sayısında artışlar görülmektedir.

Çözülme evresi: Cinsel sıklusta son aşama olan çözülme evresi, orgazm döneminden sonra cinsel gerilimin uyarılma öncesi duruma döndüğü evredir. Yoğunlaşan kan genital bölgeden çekilir. Cinsel gerilim biter ve bütün vücut dinlenme dönemine geçer. Bu evrenin süresi cinsiyet, cinsel uyarı, orgazm gibi faktörlerden etkilenmektedir.

Latif ve Diamond (2013)'ın aktardığına göre Kaplan, tanımlama içine arzu kısmını ekleyerek arzu, uyarılma ve orgazm fazlarını içeren 3 fazlı çizgisel modeli ile kadının cinsel yanıt döngüsünü açıklamıştır. Bu modele göre kadınlarda cinsel ilişki süreci, kadının içsel arzusuyla başlayabileceği gibi, eşinin fiziksel uyarısı, duygusal yakınlığı ya da bilişsel motivasyonu sonrası arzunun tetiklenmesi ile de başlayabilir (Latif ve Diamond, 2013).

Basson (2000), sadece spontan cinsel düşüncelerin ve arzuların varlığı ile başlamayan cinsel ilişkinin, eşin duygusal yakınlığı ve fiziksel uyarıları ile birlikte, kadının cinsel yanıt fazlarının bağımsız değil birbiriyle iç içe olması gerektiğini savunmuştur. Kadının istekliliğindeki ana nokta cinsel uyarı kabul edilmiş, cinsel arzunun nadiren doğuştan var olabilese de çoğunlukla cinsel uyarıya sekonder olarak geliştiği vurgulanmıştır (Basson, 2000).

2.2.3. Kadınlarda Cinsel İşlev Bozukluğu

Kadın cinsel işlev bozukluğu, kompleks bir durum olmakla birlikte her yaşta kadınları etkileyen sosyal, psikolojik, hormonal, çevresel ve biyolojik faktörlerin etkisi ile ortaya çıkmaktadır (Clayton, 2003).

Kadınlarda libido ve cinsel tepkinin düzenlenmesinde hem östrojen hem de androjen hormonlar rol oynar. Testosteron merkezi nörotransmitterlerin işlevlerini düzenleyerek cinsel yanıt döngüsünde görev alan bir hormondur. Testosteron eksikliğinde cinsel istek azalması ile cinsel uyarılma ve genital duyarlılıkta sorunlar oluşabilmektedir (Berman ve ark., 1999). Östradiol düzeylerinde azalma, cinsel ilginin azalması ve uyarılma ile ilişkilendirilmiştir (Dennerstein ve ark., 2003).

Sağlıklı bir kadında östrojen seviyesi menopoz dönemine kadar normal seviyelerde bulunmaktadır. Östrojen eksikliği ürogenital dokuda hücresel disfonksiyon ile vajinal atrofiye yol açmaktadır (Liu ve ark., 2015). Östrojen yetersizliği vajinal ortamda pH değişikliklerine neden olmaktadır. Vajinal florada değişim, vajinal enfeksiyona, akıntı ve kokuya yol açmakta ve zamanla damarsal, kas ve bağ dokusunun atrofisine bağlı olarak, vajen kayganlığının azalmasına neden olmaktadır. Östrojen eksikliğine bağlı klitoriste oluşan fibroz doku yavaşlayan sinir iletimleri nedeniyle kadının uyarılma zamanını uzatmaktadır (Ishak ve ark., 2010).

Kadınlarda cinsel işlev bozukluğu, kişisel ya da kişilerarası stres ile ilişkili olarak cinsel yanıt siklusunda bozulma olduğunda tanı olarak değerlendirilmektedir. Önemli ölçüde cinsellikle ilişki doyumunun azalmasına yol açmaktadır (Fanfulla ve ark., 2013). Kadın cinsel işlev bozukluğu, kişisel olarak subjektiftir. Deneyim ile doğrulanamaz. Cinsel arzu, gücü, kaynağı, yörüngesi ve ifadesi ile karmaşık bir süreçtir. Bu süreçten etkilenen kadınlar özgüven kaybı, kişilerarası ilişkilerde sıkıntılar, emosyonel stres gibi olumsuzluklar yaşayabilmektedir (Laumann ve ark., 1999).

Cinsel sorunlar, kadın için haz ve doyum duygusunu kaybetmekten öte kadında sevilme, terk edilme endişesi, yalnız kalma korkusu, kendine güvensizlik, küçük ve mahçup hissetme, gururun incinmesi gibi sıkıntıların kaynağı olabilmektedir.

Birçok kadın, cinsel işlev bozukluğu yaşayabilmektedir. Kadın cinsel işlev bozukluğu yaşamın herhangi bir aşamasında ortaya çıkabilir. Hayat boyu olabilir veya daha sonra zamanla oluşabilir. Cinsel işlev, fizyolojinin, duyguların, deneyimin, inançların, yaşam biçiminin ve ilişkilerin karmaşık bir etkileşimini içerir. Herhangi bir bileşenin bozulması, cinsel arzu, uyarılma veya memnuniyeti etkileyebilir ve tedavi genellikle birden fazla yaklaşımı içerir (Akarsu ve Beji, 2016).

2.2.4. Kadınlarda Cinsel İşlev Bozukluğu Nedenleri

Kadın cinsel işlev bozuklukları; biyolojik, psikolojik ve daha birçok faktörden etkilendiğinden dolayı tanı ve tedavisi zor ve multidisipliner yaklaşım gerektiren sorunlardır (Stenberg ve ark., 1995; Leiblum, 1999). Psikososyal gelişim, yaşam tarzı ve tıbbi geçmiş üzerinde bazı çalışmalar yapılmıştır. Bu çalışmalarda ilerlemiş yaş, menopoz, düşük eğitim seviyesi, evlenmemiş olma, fiziksel veya ruhsal yönden

yaşanan sağlık problemleri, daha önceden yaşanan olumsuz cinsel deneyimler kadın cinsel işlev bozuklukları için risk faktörü olarak bulunmuştur (Frank ve ark., 1978; Rosen ve ark., 1993). Karmaşık ve çok yönlü boyutları olan cinsel işlev bozukluğu nedenleri, genel olarak organik ve psikolojik nedenler olarak ayrılmaktadır.

2.2.4.1. Organik Nedenler

Solunum sistemi, kalp, böbrek, karaciğer hastalıkları gibi “sistemik hastalıklar”, genital bölge arter ve venlerinde tromboz, lösemi, hipertansiyon gibi “vasküler bozukluklar”, hipotiroidizm, addison, diyabet gibi “hormonal bozukluklar”, paralizi gibi “nörolojik bozukluklar”, üretrit, penis travmaları, üretral patolojiler gibi “lokalgenital hastalıklar”, “cerrahi durumlar” ve hastalıklara bağlı kullanılan sedatifler, hormonlar, antikolinerjikler, trankilizanlar gibi “ilaçlar” cinsel işlev bozukluğuna neden olan organik nedenlerdir (Mesleki Eğitim ve Öğretim Sisteminin Güçlendirilmesi Projesi (MEGEP), 2012).

Yapılan bir çalışmada, fiziksel kronik bir hastalığa sahip olma ile cinsel işlev bozukluğu yaşama durumu arasında anlamlı ilişki olduğu, aynı zamanda kadının ve eşinin yaşı, kadının eğitim süresi ile cinsel işlev bozuklukları yaşama arasında da ilişki olduğu belirtilmektedir (Gölbaşı ve ark., 2014).

2.2.4.2. Psikolojik nedenler

Cinsel işlev bozuklukların bir diğer nedeni olan psikolojik nedenler; hazırlayıcı, başlatıcı ve sürdürücü etkenler olmak üzere üçe ayrılır (MEGEP, 2012);

Hazırlayıcı nedenler: Tutucu bir ortamda yetişme, aile ilişkilerinde bozukluk, cinsel deneyimlerde yaşanan olumsuzluklar, yanlış bilinen yetersiz cinsel bilgiler, kişilik tipi gibi nedenlerdir.

Başlatıcı nedenler: Eşler arası ilişkilerde bozukluklar, eşte cinsel işlev bozukluğu, sadakatsizlik, başarısız cinsel deneyim, depresyon ve anksiyete, cinsel deneyimlerde yaşanan olumsuzluklar, doğum, yaşlanma, organik hastalıklar, yanlış bilinen yetersiz cinsel bilgiler gibi nedenlerdir.

Sürdüren nedenler: Cinsel işlevde performans kaygısı, başarısızlık endişesi, partnerler arasında iletişim bozukluğu, suçluluk duygusu, partnerler arasında

çekicilik kaybı, cinsel alan dışındaki ilişkilerde bozukluklar, yakın ilişkiye girme korkusu, yanlış bilinen yetersiz cinsel bilgiler, depresyon ile anksiyete gibi nedenlerdir.

2.2.5. Kadınlarda Cinsel İşlev Bozukluğu Sınıflandırması

Master ve Johnson (1970) tarafından tanımlanan ve Kaplan (1974) tarafından geliştirilen, cinsel yanıt siklus modelleri üzerine yapılandırılan cinsel işlev bozuklukları; arzu, uyarılma ve orgazmı içeren fazların koordinasyonu esnasında gelişen cinsel şikayet veya problemlere göre tanımlanmıştır (Akarsu ve Beji, 2016).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 1992’de yapılan uluslararası sınıflandırma içinde (ICD 10- International Classification of Diseases-10) “cinsel işlev bozuklukları”; cinsel istek azlığı veya kaybı, cinsel tiksinti bozukluğu, genital yanıt eksikliği, orgazmik disfonksiyon, organik olmayan vajinismus, disparoni ve aşırı cinsel dürtü olarak yer almıştır (Akarsu ve Beji, 2016).

Amerikan Psikiyatri Birliği, DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fourth Edition) Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayısal El Kitabı’nda cinsel işlev bozukluklarını şu şekilde sınıflandırmıştır (APA, 2000):

- Cinsel istek bozuklukları,
- Cinsel uyarılma bozuklukları,
- Orgazmla ilgili bozukluklar,
- Cinsel ağrı bozuklukları,
- Genel bir tıbbi duruma bağlı cinsel işlev bozukluğu,
- Madde ve ilaç kullanımının yol açtığı cinsel işlev bozukluğu,
- Başka türlü adlandırılmayan cinsel işlev bozuklukları.

Her grup da kendi içinde yaşam boyu tip, edinilmiş tip, yaygın tip, durumsal tip gibi alt belirleyenlere ayrılmıştır.

2013 yılında yayımlanan DSM-V’de, erkek ile kadın cinsel disfonksiyonu tamamen ayrılmış, Masters ve Johnson’un lineer modeline dayanan sınıflama değiştirilmiştir. Cinsel tiksinti hastalığı, çok nadir görülmesi nedeniyle cinsel istek bozukluğu grubundan çıkarılmıştır. Cinsel istek ve uyarılma bozuklukları

birleştirilerek kadın cinsel ilgi ve uyarı bozukluğu şeklinde tanımlanmıştır. DSM-IV’de bulunan vajinismus ve dispareni genitopelvik ağrı/penetrasyon bozukluğu başlığı altında tanımlanmıştır. Genel bir tıbbi duruma bağlı cinsel işlev bozukluğu çıkarılmıştır. Madde ve ilaç kullanımının yol açtığı cinsel işlev bozukluğu değiştirilmemiştir. Başka türlü adlandırılmayan cinsel işlev bozuklukları ise “diğer tanımlanmış cinsel işlev bozuklukları ve tanımlanmamış cinsel işlev bozukluğu” başlığı ile yer almıştır (APA, 2013):

- Kadın cinsel ilgi ve uyarı bozukluğu,
- Orgazmla ilgili bozukluklar,
- Genitopelvik ağrı/penetrasyon bozukluğu,
- Madde ve ilaç kullanımının yol açtığı cinsel işlev bozukluğu,
- Diğer tanımlanmış ve tanımlanmamış cinsel işlev bozukluğu.

Bu gruplara yaşam boyu tip, edinilmiş tip, yaygın tip, durumsal tip alt belirleyenlerin yanısıra partner etkeni, bireysel etkenler, kültürel etkenler, dinsel etkenler, tıbbi etkenler gibi daha kapsayıcı ve tanımlayıcı alt belirleyenler de eklenmiştir (Akarsu ve Beji, 2016).

2.2.5.1. Kadın Cinsel İlgi ve Uyarılma Bozukluğu

Cinsel aktivite sıklığının, cinsel fantezilerin azalması veya yokluğu, partneriyle cinsel ilişkiyi başlatamaması veya partnerinin ilişkiyi başlatma girişimlerine tepkisinin azalması, tüm cinsel ilişkilerinde (yaklaşık %75’inde) cinsel heyecan ve zevkin azalması, genital veya genital olmayan duyumların azalması ya da yokluğu durumlarından en az üç tanesinin 6 ay boyunca devam etmesi ile karakterize cinsel işlev bozukluğudur (APA, 2013).

Depresyon, obsesif kompulsif bozukluk ve travma sonrası stres bozuklukları gibi psikiyatrik bozukluklar, ilaç kullanımı, menopoz, atrofik vajinit, pelvik bölgeye radyoterapi uygulanması, hipertansiyon, ateroskleroz, yüksek kolesterol, diyabet, sigara kullanımı ve kalp hastalıkları gibi organik nedenlerin geçmiş travma öyküsü, ilişkideki çatışmalar, kendine güven yetersizliği ve beden imajı ile ilgili endişeler cinsel ilgi ve uyarılma bozukluklarının nedenleri arasında gösterilmektedir (Hallward ve Ellison, 2001; İncesu, 2004). Kadınlarda görülen cinsel uyarılma bozukluğunun

batı ülkelerinde genel popülasyonda %13 ile %18 arasında, psikiyatrik popülasyonda ise %40 ile %80 arasında değiştiği bildirilmektedir (Hallward ve Ellison, 2001).

2.2.5.2. Orgazm Bozuklukları

Orgazm bozukluğu, yeterli cinsel uyarı olmasına rağmen orgazm evresinin yaşanmaması, gecikmesi veya güçlkle yaşanabilmesidir (APA, 2013). Orgazm bozukluğu sonradan da ortaya çıkabilmektedir. Eşler arası uyumsuzluk görölmesi, evlilik içi yaşanan çatışmalar, cinsel travmalar, jinekolojik ve sistemik hastalıklar, kullanılan ilaçlar, alkol ya da uyuşturucu madde kullanımı, psikiyatrik hastalıklar, menopo, yaşlılık ve başka cinsel işlev bozukluklarının varlığı orgazm bozukluklarına neden olabilmektedir (İncesu, 2004).

2.2.5.3. Genital Pelvik Ağrı/Penetresyon Bozukluğu

Genital pelvik ağrı/penetresyon bozukluğu, vajinal ilişki/penetrasyon sırasında; belirgin bir zorluk, vulvavajinal ya da pelvik ağrı, vulvavajinal veya pelvik ağrı konusunda belirgin bir korku ve anksiyete, pelvik kasların belirgin bir şekilde kasılması ile ortaya çıkmaktadır. Tanı koyulabilmesi için bu durumlardan bir ya da daha fazlasının en az 6 ay boyunca sürekli veya tekrarlayan şekilde yaşanması gerekir (APA, 2013).

Vajinal mukozanın epitel yüzeyinde atrofi, azalmış sıvı sekresyonu, düşük laktobasil seviyeleri ve artmış vajinal pH, menopo, vajinal veya pelvik enfeksiyon, over patalojileri, endometriozis; olumsuz cinsel tutum, fiziksel travma ve ilişki güçlükleri gibi etkenler genital pelvik ağrı/penetresyon bozukluğuna neden olabilmektedir (Boyacıoğlu, 1999).

2.2.5.4. Madde ve İlaç Kullanımına Bağlı Cinsel İşlev Bozukluğu

Serotonerjik ilaçlar, dopamin antagonistleri, prolaktin yükseltici ilaçlar ve otonom sinir sistemini etkileyen ilaçlar, uzun süreli madde kullanımları ve maddenin yoksunluğunda, cinsel işlevde orgazmik ve ejakülatuar bozulmalara yol açmaktadır. Doğum kontrol hapları, bazı kadınlarda libidonun azalmasına yol açarak kadınların cinsel yaşantılarını olumsuz yönde etkilemektedir. Antikolinerjik yan etkileri olan

ilaçlar uyarılmayı ve orgazm olmayı engelleyerek cinsel işlev sorunlarına neden olabilmektedir (Köroğlu ve Güleç, 2007).

2.2.5.5. Diğer Tanımlanmış ve Tanımlanmamış Cinsel İşlev Bozukluğu

Diğer tanımlanmış ve tanımlanmamış cinsel işlev bozukluğu, normal bir uyarılma ve orgazm olmasına karşın öznel erotik duyguların olmaması veya önemli ölçüde azalması durumlarında cinsel işlev bozukluğu tanısı konulduğu halde, nedeninin primer ya da genel tıbbi bir duruma veya madde kullanımına bağlı olup olmadığının belirlenemediği durumlarda tanımlanır (APA, 2013).

2.2.6. Kadın Cinsel İşlev Bozukluğu Görülme Sıklığı

Yapılan çalışmalar, kadın cinsel işlev bozukluğu prevalansının %39-%73.3 arasında değiştiğini ortaya koymuştur (Laumann ve ark., 1999; Hullfish ve ark., 2009). Mercer ve arkadaşlarının İngiltere’de yapmış olduğu çalışmada kadınların %54’ü son bir yılda en az bir cinsel problem yaşadıklarını belirtmişlerdir. Bu problemlerden dolayı cinsel ilişkiden kaçındıklarını ifade etmişlerdir (Mercer ve ark., 2003). Blümel ve arkadaşlarının 11 Latin Amerika ülkesini kapsayan çalışmasında, cinsel yönden aktif 5391 kadının %56.8’inde cinsel işlev bozukluğu saptanmıştır (Blümel ve ark., 2009). Türkiye’de yapılan çalışmalarda kadın cinsel işlev bozukluğu prevalansının %28.6-%68.8 arasında olduğu belirtilmektedir (Çayan ve ark., 2004; Öksüz ve Malhan, 2006; Demir ve ark., 2007; Aslan ve ark., 2008; Özerdoğan ve ark., 2009; Ege ve ark., 2010; Erbil, 2011).

Yapılan bir araştırmada, kadınlarda en sık rastlanan cinsel işlev bozukluğu vajinismus iken, ikinci sırada cinsel ilgi ve istekte azalma yer almaktadır (Boyacıoğlu, 1999). Başka bir araştırmada, kronik genital ağrı şikayeti olan kadınların %60’ının bu sorundan dolayı tedavi arayışı içine girdiği, %40’ının ise tanı almadığını ve tedavi arayışı içine girmediği görülmüştür (Harlow ve ark., 2001). Bu sonuçlar dünyada ve ülkemizde cinsel işlev bozukluğunun azımsanmayacak boyutta yaşanan ve çözüm bekleyen önemli bir kadın sağlığı sorunu olduğunu göstermektedir.

2.3. Evlilik Doyumu

Evlilik genel olarak toplum yapısından temel alan düzenlemiş kurallar ve yükümlülükler çerçevesinde bir erkek ve bir kadının resmi ve sürekli cinsel birlikteliğidir. Evlilik, bir ailenin meydana gelmesini ve sonraki neslin devamını sağlayan en temel insan ilişkisinin başladığı süreçtir (Larson ve Holman, 1994). Evlilik bireylerin mutluluğunu sağlayan ve kişiliklerinin gelişmesinde önemli rol oynayan, yaşam kalitesi ve yaşam doyumlarını etkileyen önemli bir birimdir (Glenn, 1991).

Evlilik doyumu, evlilik kurumunun içinde varlığını sürdüren çevresel ve kişisel değişkenlerden eşlerin elde ettiği psikolojik tatmin olarak tanımlanmaktadır. Eşlerin, kararlarda eşitliği, paylaşımları, sevgi tarzı tutumları, cinsel doyumları, iletişim biçimi, kendilerini ifade edebilmeleri gibi faktörleri içinde barındıran evlilik doyumu, bu kavramların bir ahenk içinde olmasını kapsamaktadır (Sokolski ve Hendrick, 1999). Evlilik doyumu bireylerin ilişkilerinin tüm yönlerinde hissettikleri öznel mutluluk ve hoşnutluk duyguları ile yaşamından doyum sağlaması, sorumluluklarını en iyi şekilde yerine getirmesi ve çevresine uyum sağlaması eylemlerinde önemli katkıları bulunan bir olaydır (Çelik ve Yazgan İnanç, 2009).

2.3.1. Evlilik Doyumunu Etkileyen Faktörler

Evlilik doyumunu etkileyen değişkenler, bireysel değişkenler, aileye ilişkin değişkenler ve sosyo-ekonomik değişkenler olarak sınıflanmaktadır (Özgüven, 2001).

Bireysel değişkenler: Cinsiyet, yaş, evlilik sayısı, ilk evlenme yaşı, sağlık durumu, fiziki görünüş ve eşin fiziki görünüşünden mutlu olmaktır.

Aileye ilişkin değişkenler: Eşler arasındaki yaş farkı, çocuk sahibi olma veya olmama, çocuk sayısı, evlilik biçimi, eşle ev işlerini paylaşma, eşle duygu ve düşünceleri paylaşma, aileden sağlanan destek, ailede yapılan tartışma ve kavga sayısı, akrabalık derecesi, çocukların bakımı ve eğitimi ile eşlerin cinsel yaşamdaki doyumlarıdır.

Sosyo-ekonomik değişkenler: Ailelerin sosyo-ekonomik düzeyi, ailenin aylık gelir düzeyi, gelirin yeterliliği, eşlerin meslek durumu, eşlerin aile gelirine katkısı ve işlerinden aldıkları doyum gibi özellikleri kapsar.

Evlilik ilişkisinin niteliği, evlilikten sağlanan doyum ve eşler arasındaki uyum evlilikte mutluluğu belirlemede önem kazanmaktadır. Bireyin benlik saygısı, eşinin ve kendisinin aile ilişkisi, cinsel doyumunu ya da cinsel sıkıntıları evlilik doyumunun yordayıcıları arasındadır (Çelik ve Yazgan İnanç, 2009).

Evlilik Doyumu ve Benlik İlişkisi

Benlik saygısı evlilik doyumuyla ilişkili değişkenlerden birisidir. Bireyin kendisine karşı olumlu ya da olumsuz tutumunu ifade eden benlik saygısı bireyin tüm yaşamında iyi oluş kavramı ile yakından ilişkilidir. Yüksek benlik saygısı olan kişilerin düşük benlik saygısına sahip kişilere göre daha çok mutlu oldukları, daha az psikiyatrik sorun yaşadıkları ve yaşanan olumsuz olaylardan daha az etkilendikleri (Guindon, 2009), benlik saygısı ile evlilik doyumunun anlamlı bir şekilde ilişkili olduğu görülmüştür (Yadalijamaloye ve ark., 2013; Zarbakhsh ve ark., 2013).

Evlilik Doyumu ve Aile

Literatürde eşlerinden destek alan bireylerin evlilik doyumlarının yüksek olduğu, algılanan eş desteği ve sosyal desteğinin evlilik doyumunu ile güçlü derecede ilişkili olduğu görülmüştür (Julien ve Markman, 1991; Çağ ve Yıldırım, 2013). Eşler arasındaki olumsuz duygu dışavurumlarının evlilik doyumlarını olumsuz yönde etkilediği, empatinin ise olumlu yönde etkilediği yapılan araştırmalarda belirlenmiştir (Tutarel-Kışlak ve Göztepe, 2012). Uçan'ın (2007) çalışmasında, boşanmak için başvuran kadınların %37.3'ü eşinin sadakatsizliğine bağlı sorunlar yaşadığını, %40'ı eşinin ailesiyle ilgili sorunlar yaşadığını belirtmişlerdir. Sosyo-demografik özelliklerin evlilik doyumunu üzerine etkisinin araştırıldığı bir araştırmada aile tipi çekirdek aile ya da geniş aile olma durumuna göre kadınların evlilik doyumları arasında anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir (Yalçın, 2014).

Evlilik Doyumu ve Cinsellik

Evliliğin amacı ve nedenleri arasında, iki bireyin biyolojik, psikolojik ve sosyal yönden ihtiyaç ve güdülerini doyumayı amaçladığı görülmektedir. Bu yönlerden doyuma ulaşamayan bireylerin evlilik ve aile içi ilişkileri olumsuz yönde etkilenmektedir (Abalı ve Kömürcü, 2008). Cinsel yaşam ve evlilik memnuniyetine yönelik yapılan bir çalışmada kadınların %46.7'si evliliklerini kötü olarak değerlendirmiş, %30.8'i eşlerine karşı genellikle sevgi hissetmediklerini belirtmiştir (Yalçın, 2014).

2.3.2. Kadınların Cinsel Sıkıntılarının Evlilik Doyumlarına Etkisi

Kadın cinselliği üzerinde toplumsal kontrolün baskın olması kadınların cinsel ilgi ve aktivitelerini kısıtlamalarına, cinsel arzularını bastırmalarına, cinsel ilişkilerde sorumluluk almamalarına neden olmuştur. Kadınların cinsel ilgi ve ilişkilerinde suçluluk ve utanç duygusu ortaya çıkmakta ve cinsellik kadınlar için bir sıkıntı kaynağı olmaktadır. Kadın cinsel işlev bozukluğuna zemin hazırlayan cinsel sıkıntılar, olumsuz duygular ve cinsel aktivite hakkında endişe ile karakterize olup cinsel işlev sürecini olumsuz yönde etkilemektedir (Derogatis ve ark., 2002).

Kadınların cinsel sıkıntılarının evlilik doyumlarına etkisini inceleyen Witting ve arkadaşlarının (2008) yaptıkları çalışmada, cinsel sıkıntı hisseden veya cinsel işlev bozukluğuna sahip olan kadınların eşi ile daha fazla uyumsuzluk yaşadığı belirtilmektedir. Altmış evli çift ile yapılan bir çalışmada cinsel arzunun evlilik doyumunu etkilediği ve cinsel arzu ile evlilik doyumunu arasında anlamlı pozitif bir ilişkinin olduğu saptanmıştır (Brezsnyak ve Whisman, 2004). Yapılan bazı araştırmalarda ise bireylerin cinsel sıkıntıları olmasına rağmen evliliklerini tatmin edici olarak değerlendirdikleri görülmektedir (Hartman, 1980; Tuğrul ve Kabakçı, 1997). Hartman (1980) çalışmasında cinsel işlev bozukluğu ile eşler arasındaki uyum ilişkisini incelemiş ve cinsel işlev bozukluğu olan çiftlerin karşılıklı saygı çerçevesinde, esnek, paylaşımcı bir anlayış taşıdıklarını, tavır ve tutumlarında her türlü sorumluluğu kabul edip, kendilerinin ve eşlerinin duygu, düşünce ve davranışlarına uyum gösterdiklerini saptamıştır. Tuğrul ve Kabakçı'nın (1997) çalışmasına göre, cinsel sıkıntı oluşturan vajinismusun tedavisi için başvuran

vajinistik kadınların %85'inin ve kocalarının %90'ının evliliklerini tatmin edici olarak değerlendirdikleri görülmüştür.

Evlilikte uyumun daha çok çiftler arasındaki ciddi sorunlardan kaynaklanabileceği ve cinsel sıkıntılarının bu sorunlara ikincil olarak gelişebileceği olasıdır. Evlilik içi çatışmalar nedeniyle eşine karşı kırgınlık hissedilen kadınların çatışmalarını bu sebeple cinsel alana çekmeleri olası bir durum olarak görülmektedir (Erbek ve ark., 2005). Bu bilgiler doğrultusunda kadın cinsel sıkıntıları, hem evliliği etkileyen, hem de evlilik sürecinden etkilenen bir olgu olarak kadın yaşamında belirleyici bir rol oynar (Gülsün ve ark., 2009).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma tanımlayıcı ve kesitsel tiptedir.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Bu araştırma Ordu ili Sağlık Bakanlığı- Ordu Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Jinekoloji Polikliniklerinde yürütülmüştür.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

3.3.1. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini Sağlık Bakanlığı- Ordu Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Jinekoloji Polikliniklerine başvuran kadınlar oluşturmuştur.

3.3.2. Araştırmanın Örneklem Seçimi

Örneklem ise tam sayım tekniği kullanılarak araştırmaya katılmaya gönüllü olan ve araştırmaya alınma kriterlerine uygun olan 291 kadın alınmıştır.

Örneklem büyüklüğü bilinmeyen evren formülü kullanılarak hesaplanmıştır. Aydın ve arkadaşlarının (2016) çalışmasında sağlıklı kadınlarda görülen kadın cinsel sıkıntı prevalansı %12.5'dir. Bu oran kullanılarak örneklem büyüklüğü belirlenmiştir.

Formül:

$$n = t^2pq / d^2$$

$$p = 0.125, q = 0.875 (1-0.125), t = 2.58, d = 0.01$$

$$n=?$$

$$n = (2.58)^2 (0.125*0.875) / (0.01)^2 = \mathbf{291}$$
 kadının örneklem alınması gerekir.

3.3.2.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- Evli olan,
- En az 18 yaşında olan,
- Okuryazar olan,
- Menopozda olmayan,
- Gebe olmayan,
- Son doğumundan bu yana 6 ay geçmiş olan,
- Eşi ile birlikte yaşayan,
- Sözel iletişim kurabilen,
- Araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden kadınlar araştırma

kapsamına alınmıştır.

3.3.2.2. Araştırmadan Dışlama Kriterleri

- Bekar olan,
- 18 yaşın altında olan,
- Okuma yazma bilmeyen,
- Menopozda olan,
- Gebe olan,
- 6 ay ve altında bebeğe sahip olan,
- Eşi olmayan,
- Sözel iletişim kuramayan kadınlar araştırma kapsamına dahil

edilmemiştir.

3.4. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında literatür bilgileri doğrultusunda geliştirilen (Çayan ve ark., 2004; Witting ve ark., 2008; Çelik ve Yazgan İnanç, 2009; Ege ve ark., 2010; Aydın ve ark., 2016) Kişisel Bilgi Formu (**Ek 1**), Kadın Cinsel Sıkıntı Ölçeği (KCSÖ) (**Ek 2**) ve Evlilik Doyum Ölçeği (EDÖ) (**Ek 3**) kullanılmıştır.

3.4.1. Kişisel Bilgi Formu

Kadınların tanıtıcı özelliklerini içeren kişisel bilgi formu, evli ve eşi ile birlikte yaşayan kadınların sosyo-demografik özellikleri, obstetrik ve jinekolojik özellikleri, kronik hastalıkları, ilaç kullanımları ve infertilite problemleri ile ilgili soruları içerir.

Sosyo-demografik özellikler bölümünde yaş, boy, kilo, eşinin ve kendisinin eğitim durumu, mesleği, eşinin yaşı, evlilik şekli, evlilik süresi, evlilik yaşı, aile tipi, ekonomik durumu ve yaşadığı yer ile ilgili sorular yer almaktadır.

Obstetrik özellikler bölümünde çocuk sayısı, en son doğum şekli, kullanılan aile planlaması yöntemi soruları yer almaktadır.

3.4.2. Kadın Cinsel Sıkıntı Ölçeği (Female Sexual Distress Scale–Revised)

Kadın Cinsel Sıkıntı Ölçeği, Derogatis ve ark. (2008) tarafından “Female Sexual Distress Scale-Revised (FSDS- R)” ismi ile cinsel işlev bozukluğu olan kadınlarda cinsellikle ilgili kişisel sıkıntıyı ölçmek için geliştirilmiştir. KCSÖ, Aydın ve ark (2016) tarafından Türkçe’ye uyarlanarak geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. KCSÖ kadınlarda cinsel aktivite ile ilgili sıkıntının farklı yönlerini değerlendiren 13 maddeden oluşan bir ölçme aracıdır. Cinsel işlevle birlikte olan subjektif stres ve psikolojik etkilenmeyi değerlendiren, cinsel fonksiyon bozukluğu olan ve olmayan kadınları belirlemede kullanılmaktadır. Likert tipteki ölçekteki maddelere verilen cevaplar, asla (0), nadiren (1), bazen (2), sık sık (3), ya da her zaman (4) seçeneklerinden oluşmaktadır. KCSÖ’den alınabilecek en düşük puan “0”, en yüksek puan “52” dir. Yüksek puanlar cinsel sıkıntının daha yüksek seviyelerini göstermektedir. Türk kadınlarda cinsellikle ilişkili kişisel sıkıntının varlığını tespit etmek için ölçeğin kesme noktası ≥ 11.5 olarak önerilmiştir (Aydın ve ark., 2016). Ölçeğin özgün formunda, Cronbach Alpha katsayısı 0.86 (Derogatis ve ark. 2008), Türkçe formunda 0.98 bulunmuştur (Aydın ve ark., 2016).

3.4.3. Evlilik Doyum Ölçeği

Evlilik Doyumu Ölçeği, Çelik ve Yazgan İnanç (2009) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek 5’i olumlu, 8’i olumsuz toplam 13 maddeden oluşmaktadır. Örneklem grubundaki evli bireylerden bu maddelerde belirtilen (1) bana hiç uygun değil ile (5) bana tamamen uygun arasında değişen likert tipi bir derecelendirmeyi kullanarak yanıtlamaları istenmiştir. Ölçekten alınacak en yüksek puan 65, en düşük puan ise 13’tür. Ölçekteki olumsuz anlam içeren 1., 2., 5., 8., 10., 11., 12., 13. maddeler ters çevrilerek puanlanmaktadır. Yüksek puan evli kişilerin evlilik

doyumlarının yüksekliğine işaret etmektedir. Evlilik Doyumu Ölçeği'nin, aile, cinsellik ve benlik alt boyutları bulunmaktadır.

Özgün çalışmada EDÖ'nün iç tutarlık katsayıları, hesaplanmış ve bütün ölçeğin iç tutarlık katsayısının .79, aile alt boyutunun iç tutarlık katsayısının .83, cinsellik alt boyutunun iç tutarlık katsayısının .81, benlik alt boyutunun iç tutarlık katsayısının .75 olduğu belirlenmiştir.

3.5. Veri Toplama Formunun Uygulaması

Çalışmanın verileri 01 Şubat-28 Nisan 2017 tarihleri arasında toplanmıştır. Verilerin toplanmasında yüz yüze görüşme tekniği kullanılmış, kişisel bilgi formu ve ölçekler kadınların kendileri tarafından doldurulmuştur. Kadınların soruları cevaplama süresi yaklaşık 20-25 dakika sürmüştür.

3.6. Değişkenler

3.6.1. Bağımlı Değişkenler

- Kadın Cinsel Sıkıntı Ölçeği puanı
- Evlilik Doyum Ölçeği puanı

3.6.2. Bağımsız Değişkenler

- Sosyo-demografik özellikler
- Obstetrik özellikler
- Jinekolojik problemler
- Kronik hastalıklar ve ilaç kullanımları
- İnfertilite problemleri

3.7. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmaya katılmayı kabul eden kadınlara araştırma ile ilgili açıklamalar yapılarak bilgilendirilmiş yazılı onamları alınmıştır (**Ek-4**). Bilgilendirilmiş onam formunda, araştırmaya katılmanın gönüllülük esasına dayandığı, verilen cevapların gizli tutulacağı, istediği zaman araştırmadan ayrılacağı konusunda bilgi verilmiştir. Araştırmada kullanılan ölçeklerin yazarlarından ölçek kullanımı için yazılı izin alınmıştır (**Ek-5, 6**). Araştırmanın Sağlık Bakanlığı- Ordu Üniversitesi

Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın-Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hizmet Binası'nda yürütülebilmesi için Ordu İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'nden yazılı izin alınmıştır (27.09.2016 Tarihli ve E.356 Sayılı) (**Ek-7**). Araştırma uygulamaları için Ordu Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (26.01.2017 Tarihli ve 2017/112 Sayılı) onay alınmıştır (**Ek-8**).

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesinde, sayı, yüzde, aritmetik ortalama, standart sapma, alt ve üst değerleri içeren tanımlayıcı istatistiksel yöntemler, bağımsız gruplar arasındaki farklılıklar parametrik değişkenlerde Student *t*-testi, One Way ANOVA testi ile; nonparametrik değişkenlerde Kruskal Wallis testi ile değerlendirilmiştir. Gruplararası farkların hangi gruplar arasında olduğunu bulmak için Scheffe testi ve Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Ölçeklerden alınan puanların, değişkenlerle ilişkisinin değerlendirilmesinde Pearson korelasyon testi kullanılmıştır. Korelasyon katsayısının, mutlak değer olarak 0.70-1.00 arasında olması "yüksek", 0.70-0.30 arasında olması "orta", 0.30-0.00 arasında olması ise "düşük" düzeyde ilişki olarak tanımlanmaktadır (Büyüköztürk, 2007). Ölçeklerin güvenilirliği Cronbach Alfa katsayısı ile değerlendirilmiştir. Anlamlılık düzeyi olarak $p < 0.05$ alınmıştır.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırmanın bazı sınırlılıkları vardır. Bu sınırlılıklardan birincisi, sadece şehir merkezinde ve hastane tabanlı olarak değerlendirilmiş olmasıdır. İkinci sınırlılık, araştırmaya evli olan, en az 18 yaşında olan, okuryazar olan, menopozda olmayan, gebe olmayan, son doğumundan bu yana 6 ay geçmiş olan, eşi ile birlikte yaşayan, sözel iletişim kurabilen ve araştırmaya katılmayı gönüllü olma özelliklerini taşıyan kadınların alınmasıdır. Üçüncü sınırlılık, veri toplama formu çalışmaya katılan kadınların kendileri tarafından doldurulmuş, cinsel sıkıntılarına ve evlilik doyumları ile ilgili sorunlarına tıbbi muayene ile tanı konulmamıştır. Bu sınırlılıklardan dolayı araştırmanın sonuçları sadece araştırma yapılan kadınlara genellenebilir.

3.10. Araştırmanın Uygulanması Sırasında Karşılaşılan Güçlükler

Cinsel yaşam ve cinsel sıkıntılar, toplumsal bir tabu olarak görülmesi sonucu rahat ve açık bir şekilde ifade edilemeyen konular olduğu için kadınların araştırmaya gönüllü olmada isteksizlik göstermesi araştırmanın uygulanması sırasında karşılaşılan güçlüktür.



4. BULGULAR

Evli, en az 18 yaşında olan, menopoza girmeyen kadınların cinsel sıkıntıları ve evlilik doyumlarına etkisini incelemek amacıyla yapılan bu çalışmada elde edilen bulgular aşağıda yer almaktadır.

Tablo 4.1’de araştırma kapsamına alınan kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımları sunulmuştur. Araştırmaya katılan kadınların yaş ortalamalarının 33.48 ± 7.31 yaş (18-52 yaş), evlilik yılı ortalamalarının 12.27 ± 7.86 yıl (1-34 yıl) olduğu, evlenme yaşı ortalamalarının 21.11 ± 3.73 yaş (13-36 yaş) ve eşlerinin yaş ortalamalarının ise 37.74 ± 8.14 (21-60 yaş) olduğu bulunmuştur. Kadınların Beden Kitle İndeksi (BKİ) ortalamaları 26.10 ± 4.53 (14.61-43.70) bulunmuştur. Kadınların %55.4’ünün ilkokul-ortaokul mezunu, %76.3’ünün ev hanımı olduğu, eşlerinin %48.2’sinin ilkokul-ortaokul mezunu olduğu, eşlerinin %45.7’sinin işçi olarak çalıştığı, %66.4’ünün şehirde yaşadığı, %71.1’inin çekirdek ailede yaşadığı, %77.7’inin “orta” düzeyde gelire sahip olduğu, %69.8’inin eşleri ile anlaşarak evlendiği belirlenmiştir.

Tablo 4.1. Kadınların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Dağılımı (n=291)

Kişisel Özellikler	Ortalama	SS	Alt-Üst Değer
Yaş	33.48	7.31	18-52
Evlilik süresi	12.27	7.86	1-34
Evlenme yaşı	21.11	3.73	13-36
Eşin Yaşı	37.74	8.14	21-60
BKİ	26.10	4.53	14.61-43.70

	n	%
Kadının yaşı		
18-24 yaş	30	10.3
25-32 yaş	103	35.4
33-40 yaş	102	35.1
41 yaş ve üzeri	56	19.2
Eğitim Durumu		
İlkokul-Ortaokul mezunu	161	55.4
Lise mezunu	89	30.5
Üniversite mezunu	41	14.1
Çalışma Durumu		
Ev Hanımı	222	76.3
Memur	13	4.5
İşçi	54	18.5
Emekli	2	0.7
Eşin Eğitim Durumu		
İlkokul-Ortaokul mezunu	140	48.2
Lise mezunu	111	38.1
Üniversite mezunu	40	13.7
Eş çalışma durumu		
Memur	26	8.9
İşçi	133	45.7
Emekli	15	5.2
Serbest Meslek	102	35.1
Çiftçi	15	5.1
En uzun yaşanılan yer		
Köy	90	30.9
Kasaba	8	2.7
Şehir	193	66.4
Aile tipi		
Çekirdek Aile	207	71.1
Geniş Aile	84	28.9
Aile gelir seviyesi		
İyi	49	16.8
Orta	226	77.7
Kötü	16	5.5
Evlenme şekli		
Anlaşarak	203	69.8
Görücü usulü	85	29.2
Aile baskısı	3	1.0

Tablo 4.2’de araştırmaya katılan kadınların obstetrik, jinekolojik ve üri­ner sistem özelliklerine göre dağılımları sunulmuştur. Kadınların gebelik sayısı ortalamaları 2.02±1.09 (0-6 gebelik) ve en son doğumdan ge­çen süre 5.86±5.84 yıl (0.10-30 yıl) bulunmuştur. Kadınların %63’ünün sezaryen ile doğumlarını ger­çekleştirdiği saptanmıştır. Kadınların %72.5’inin aile planlaması yöntemi kullandığı ve %68.1’inin modern yöntem tercih ettiği belirlenmiştir. Araştırmaya katılan kadınların %15.8’inin üri­ner inkontinansı olduğu, %56.7’sinin idrar yolu enfeksiyonu, %57.4’ünün üreme sistemi enfeksiyonu ve %76.3’ünün premenstural sendrom semptomlarını yaşadığı saptanmıştır.

Tablo 4.2. Kadınların Obstetrik, Jinekolojik ve Üri­ner Sistem Özelliklerine Göre Dağılımı (n=291)

Obstetrik, Jinekolojik ve Üri­ner Sisteme Ait Özellikler	Ortalama	SS	Alt-Üst Değer
Çocuk sayısı	2.02	1.09	0–6
En son doğumdan ge­çen süre (n=271)*	5.86	5.84	0.10–30
En son doğum şekli (n=270)*	n		%
Vajinal doğum	100		37.0
Sezaryen	170		63.0
Aile planlama yöntemi kullanımı			
Evet	211		72.5
Hayır	80		27.5
Kullanılan aile planlaması (n=213)*			
Modern yöntem	145		68.1
Geleneksel yöntem	68		31.9
Üri­ner inkontinans şikayeti			
Evet	46		15.8
Hayır	245		84.2
İdrar yolu enfeksiyonu			
Evet	165		56.7
Hayır	126		43.3
Üreme sistemi enfeksiyonu			
Evet	167		57.4
Hayır	124		42.6
Premenstural semptom yaşama			
Evet	222		76.3
Hayır	69		23.7

*Yüzdeler belirtilen “n” sayısı üzerinden alınmıştır.

Tablo 4.3’de araştırmaya katılan kadınların kronik hastalık ve hastalıkla ilgili ilaç kullanma durumuna göre dağılımı sunulmuştur. Kadınların %24.7’sinde kronik hastalığı olduğu saptanmıştır. Kronik hastalığı olan kadınlarda (n=72), troid hastalığı (%23.6), hipertansiyon (%22.2), depresyon (%13.9), astım (%12.4) ve diyabet (%11.1)’in en fazla görülen hastalıklar olduğu belirlenmiştir. Kadınların %28.9’unun kronik hastalıkla ilgili ilaç kullandığı belirlenmiştir.

Tablo 4.3. Kadınların Kronik Hastalık ve Hastalıkla İlgili İlaç Kullanma Durumuna Göre Dağılımı (n=291)

Kronik Hastalık ve İlaç Kullanma Durumu	n	%
Kronik hastalık varlığı		
Evet	72	24.7
Hayır	219	75.3
Kronik hastalık (n=72)*		
Troid hastalığı	17	23.6
Hipertansiyon	16	22.2
Depresyon	10	13.9
Astım	9	12.4
Diyabet	8	11.1
Kalp Hastalığı	4	5.6
Romatoid Artrit	4	5.6
Hemofili	1	1.4
Epilepsi	1	1.4
Hepatit	1	1.4
Kronik Böbrek Yetmezliği	1	1.4
İlaç kullanımı (n=190)*		
Evet	55	28.9
Hayır	135	71.1

*Yüzdeler belirtilen “n” sayısı üzerinden alınmıştır.

Tablo 4.4’te kadınların ve eşlerinin infertilite özelliklerine göre dağılımı sunulmuştur. Bulgulara göre kadınların %6.2’sinin kendisinden kaynaklı çocuk sahibi olamadığı, %2.7’sinin ise eşinden kaynaklı çocuk sahibi olamadığı saptanmıştır.

Tablo 4.4. Kadınların ve Eşlerinin İnfertilite Özelliklerine Göre Dağılımı (n=291)

İnfertilite ile ilgili özellikler	n	%
Çocuk sahibi olamama durumu		
Evet	18	6.2
Hayır	273	93.8
Eş kaynaklı çocuk sahibi olamama durumu		
Evet	8	2.7
Hayır	283	97.3

Tablo 4.5'te kadınların ve eşlerinin cinsel sorunlarına ait özelliklerine göre dağılımı sunulmuştur. Araştırmaya katılan kadınların %32'si cinsel ilişki esnasında ağrı yaşadığını belirtmiştir. Kadınların %23.7'si eşinde cinsel ilişki sırasında erken boşalma sorunu olduğunu ve %13.4'ü eşinde sertleşme sorunu olduğunu belirtmiştir.

Tablo 4.5. Kadın ve Eşlerinin Cinsel Sorunlarına Ait Özelliklerine Göre Dağılımı (n=291)

Cinsel Sorunlarına Ait Özellikler	n	%
Cinsel ilişkide ağrı yaşama durumu		
Evet	93	32.0
Hayır	198	68.0
Eşte erken boşalma sorunu		
Evet	69	23.7
Hayır	222	76.3
Eşte sertleşme sorunu		
Evet	39	13.4
Hayır	252	86.6

Tablo 4.6'da kadınların KCSÖ ve EDÖ'nin Alt ve Üst Puanları, İşaretlenen Alt ve Üst Puanlar, Ortalama, Standart Sapma, Cronbach Alfa Değerleri sunulmuştur. KCSÖ'nin işaretlenen en düşük ve en yüksek puanlarının 0-48 olduğu, ölçeğin puan ortalamasının 8.02 ± 9.17 olduğu ve Cronbach Alfa değerinin 0.92 olduğu

bulunmuştur. EDÖ'nin işaretlenen en düşük ve en yüksek puanlarının 25-65 olduğu ölçeğin puan ortalamasının 50.85±8.89 olduğu ve Cronbach Alfa değerinin 0.82 olduğu bulunmuştur.

Tablo 4.6. KCSÖ ve EDÖ'nin Alt ve Üst Puanları, İşaretlenen Alt ve Üst Puanlar, Ortalama, Standart Sapma, Cronbach Alfa Değerleri

Ölçekler	Alt ve Üst Puanları	İşaretlenen Alt ve Üst Puanları	Ort.±SS	Cronbach Alfa
KCSÖ	0- 52	0-48	8.02± 9.17	0.92
EDÖ	13-65	25-65	50.85±8.89	0.82

Tablo 4.7'de kadınların cinsel sıkıntı varlığına göre dağılımı ve cinsel sıkıntı durumuna göre KCSÖ ve EDÖ puanlarının karşılaştırılması verilmiştir. Araştırma kapsamına alınan kadınların %26.1'inde cinsel sıkıntı varlığı belirlenmiş ve KCSÖ puan ortalamaları 20.30±8.96 bulunmuştur. Cinsel sıkıntı yaşayan kadınların EDÖ puan ortalamaları 45.43±8.51 bulunmuş, cinsel sıkıntı varlığı ile evlilik doyumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir (**p=.000**).

Tablo 4.7. Kadınların Cinsel Sıkıntı Varlığına Göre Dağılımı ve KCSÖ ile EDÖ Puanlarının Karşılaştırılması

Cinsel Sıkıntı Varlığı	n	%	KCSÖ Ort.±SS	EDÖ Ort.±SS
Hayır (KCSÖ ≥ 11.5)	215	73.9	3.68±3.65	52.77±8.22
Evet (KCSÖ < 11.6)	76	26.1	20.30±8.96	45.43±8.51
Toplam	291	100	8.02±9.17	50.85±8.89
Test ve p değeri			t=-15.703/p=.000	t=6.625/p=.000

Tablo 4.8'de kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre KCSÖ ve EDÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir. Araştırma kapsamına alınan kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre KCSÖ puan ortalamaları dağılımı

incelendiğinde; yaşı 41 yaş ve üzeri olan, ilkokul-ortaokul mezunu olan (9.69 ± 10.27), ev hanımı olan (8.57 ± 9.58), eşinin eğitim durumu ilkokul-ortaokul mezunu olan (9.33 ± 10.11), eşinin mesleği çiftçi olan (12.46 ± 8.20) kadınların KCSÖ puan ortalamalarının diğer kadınlara göre yüksek olduğu ve KCSÖ puan ortalamaları farkının kadının eğitim durumuna ($p=.002$) ve eşin eğitim durumuna ($p=.048$) göre istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Kadının eğitim düzeyine göre KCSÖ puanları farkının “ilkokul-ortaokul mezunu” ve “lise mezunu”, “lise mezunu” ve “üniversite mezunu” olan gruplar arasında olduğu bulunmuştur. Eşin eğitim düzeyine göre KCSÖ puanları farkının hangi gruptan olduğu saptanamamıştır.

Araştırma kapsamına alınan kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre EDÖ puan ortalamaları dağılımı incelendiğinde; 25-32 yaşında olan, eğitim durumu üniversite mezunu olan (54.31 ± 8.28), mesleği memur olan (55.15 ± 6.61), eşinin eğitim durumu üniversite mezunu olan (55.15 ± 6.61), eşinin mesleği memur olan (53.19 ± 7.53) kadınların EDÖ puan ortalamalarının diğer kadınlara göre yüksek olduğu ve EDÖ puan ortalamaları farkının kadının eğitim durumuna ($p=.001$) ve eşinin eğitim durumuna ($p=.001$) göre istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Yapılan ileri analizde, kadınların eğitim düzeyine göre EDÖ puanları farkının “ilkokul-ortaokul mezunu” ve “üniversite mezunu” olan kadınlar arasında; eşlerinin eğitim düzeyine göre EDÖ puanları farkının ise “ilkokul-ortaokul mezunu” ve “üniversite mezunu” ile “lise mezunu” ve “üniversite mezunu” olan gruplar arasında olduğu saptanmıştır (Tablo 4.8).

Tablo 4.8. Kadınların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre KCSÖ ve EDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=291)

Sosyo-demografik Özellikler	n	KCSÖ Ort.±SS	EDÖ Ort.±SS
Yaş Grupları			
18-24 yaş	30	8.90±8.65	47.50±9.44
25-32 yaş	103	6.71±8.57	51.54±8.46
33-40 yaş	102	8.10±9.65	50.86±9.71
41 yaş ve üzeri	56	9.82±9.46	51.39±7.53
Test ve p değeri		F=1.515/p=.211	F= 1.708/p=.166
Eğitim Durumu*			
İlkokul-ortaokul mezunu ^a	161	9.69±10.27	49.29±8.74
Lise mezunu ^b	89	6.35±7.70	52.10±8.89
Üniversite mezunu ^c	41	5.09±5.52	54.31±8.28
Test ve p değeri		F=6.463/p=.002	F= 6.715/p=.001
Çalışma Durumu			
Ev Hanımı	222	8.57±9.58	50.51±8.90
Memur	13	4.23±3.24	55.15±6.61
İşçi	54	6.85±8.25	51.31±9.32
Emekli	2	4.00±2.82	49.00±4.24
Test ve p değeri		KW=3.450/p=.327	KW =3.387/p=.336
Eşin Eğitim Durumu**			
İlkokul-Ortaokul mezunu ^a	140	9.33±10.11	48.96±8.75
Lise mezunu ^b	111	7.14 ± 7.49	51.92±9.02
Üniversite mezunu ^c	40	5.90 ± 9.44	54.52±7.45
Test ve p değeri		F=3.059/ p=.048	F=7.711/p=.001
Eşin çalışma durumu			
Memur	26	6.15±7.10	53.19±7.53
İşçi	133	8.21±9.75	50.30±9.31
Emekli	15	10.06±11.25	52.26±6.18
Serbest Meslek	102	7.30±8.52	51.18±8.93
Çiftçi	15	12.46±8.20	48.06±9.05
Test ve p değeri		KW=8.459/p=.076	KW=3.577/p=.466

*Kadının eğitim düzeyine göre KCSÖ puanları farkı "a" ve "b", "b" ve "c" grupları arasında; EDÖ puanları farkı "a" ve "c" grupları arasındadır.

**Eşin eğitim düzeyine göre EDÖ puanları farkı "a" ve "c", "b" ve "c" grupları arasındadır.

Tablo 4.9’da kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre KCSÖ ve EDÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir. Araştırma kapsamına alınan kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre KCSÖ puan ortalamaları dağılımı incelendiğinde; en uzun süre kasabada yaşayan (11.62 ± 9.45), aile tipi geniş aile olan (8.94 ± 9.58), aile gelir seviyesi kötü olan (10.75 ± 13.57), aile baskısı ile evlenen (17.33 ± 6.50) kadınların KCSÖ puan ortalamalarının diğer kadınlara göre yüksek olduğu ve KCSÖ puan ortalamaları farkının evlenme şekline ($p=.001$) göre istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Kadının evlenme şekline göre KCSÖ puanları farkının “anlaşarak” evlenenler ile “görücü usulü” ve “aile baskısı” ile evlenen kadınlar arasında olduğu saptanmıştır.

Araştırma kapsamına alınan kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre EDÖ puan ortalamaları dağılımı incelendiğinde; en uzun süre şehirde yaşayan (51.53 ± 8.93), aile tipi çekirdek aile olan (51.64 ± 9.00), aile gelir seviyesi “iyi” olan (53.48 ± 9.06), anlaşarak evlenen (51.82 ± 9.18) kadınların EDÖ puan ortalamalarının diğer kadınlara göre yüksek olduğu ve EDÖ puan ortalamaları farkının aile tipine ($p=.017$), aile gelir düzeyine ($p=.017$), evlenme şekline ($p=.008$) göre istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Yapılan ileri analizde, kadının gelir seviyesine göre EDÖ puanları farkının “iyi” düzeyde gelir seviyesindeki kadınlar ile “orta” ve “kötü” düzeyde gelir seviyesine sahip kadınlar arasında olduğu; evlenme şekline göre EDÖ puanları farkının “anlaşarak” evlenenler ile “görücü usulü” ve “aile baskısı” ile evlenen kadınlar arasında olduğu bulunmuştur (Tablo 4.9).

Tablo 4.9. Kadınların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre KCSÖ ve EDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=291)

Sosyo demografik özellikler	n	KCSÖ Ort.±SS	EDÖ Ort.±SS
En uzun yaşanılan yer			
Köy	90	9.56±10.29	49.50±8.65
Kasaba	8	11.62±9.45	49.87±10.19
Şehir	193	7.16±8.50	51.53±8.93
Test ve p değeri		KW=4.470/p=.107	KW=2.580/p=.275
Aile tipi			
Çekirdek Aile	207	7.65±8.99	51.64±9.00
Geniş Aile	84	8.94±9.58	48.91±8.37
Test ve p değeri		t=-1.08/p=.280	t=-2.39/p=.017
Aile gelir seviyesi*			
İyi ^a	49	5.77±7.23	53.48±9.06
Orta ^b	226	8.32±9.12	50.64±8.67
Kötü ^c	16	10.75±13.57	45.87±9.44
Test ve p değeri		KW=4.655/p=.098	KW=8.187/p=.017
Evlenme şekli**			
Anlaşarak ^a	203	7.03±8.58	51.82±9.18
Görücü usulü ^b	85	10.07±10.11	48.87±7.70
Aile baskısı ^c	3	17.33 ± 6.50	41.66± 8.38
Test ve p değeri		KW=13.319/p=.001	KW=9.667/p=.008

*Kadının gelir seviyesine göre EDÖ puanları farkı "a" ve "b", "a" ve "c" grupları arasındadır.

**Kadının evlenme şekline göre KCSÖ puanları farkı "a" ve "b", "a" ve "c" grupları arasında; EDÖ puanları farkı "a" ve "b", "a" ve "c" grupları arasındadır.

Tablo 4.10'da kadınların obstetrik, jinekolojik ve üriner sistem özelliklerine göre KCSÖ ve EDÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir. Araştırma kapsamına alınan kadınların obstetrik, jinekolojik ve üriner sistem özelliklerine göre KCSÖ puan ortalamaları dağılımı incelendiğinde; vajinal doğum yapan (9.38±10.74), aile planlaması yöntemi kullanmayan (9.58±10.53), aile planlaması yöntemi olarak geleneksel yöntem kullanan (8.17±9.56), idrar kaçırma şikayeti olan

(12.41±12.59), idrar yolu enfeksiyonu yaşayan (9.78±10.03), üreme sistemi enfeksiyonu yaşayan (9.58±10.07) ve adet öncesi sorun yaşama durumu olan (8.07±9.53) kadınların KCSÖ puan ortalamalarının diğer kadınlara göre yüksek olduğu ve KCSÖ puan ortalamaları farkının kadının idrar kaçırma şikayeti (**p=.009**), idrar yolu enfeksiyonu yaşama durumu (**p=.000**), üreme sistemi enfeksiyonu yaşama durumuna (**p=.000**) göre istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur.

Araştırma kapsamına alınan kadınların obstetrik, jinekolojik ve üriner sistem özelliklerine göre EDÖ puan ortalamaları dağılımı incelendiğinde; sezaryen doğum yapan (51.21±8.69), aile planlama yöntemi kullanan (51.65±9.05), aile planlama yöntemi olarak modern yöntem kullanan (52.82±8.68), idrar kaçırma şikayeti olmayan (51±9.06), idrar yolu enfeksiyonu yaşamayan (52.30±8.95), üreme sistemi enfeksiyonu yaşamayan (52.16±8.87), adet öncesi sorun yaşama durumu olan (51.07±9.02) kadınların EDÖ puan ortalamalarının diğer kadınlara göre yüksek olduğu ve EDÖ puan ortalamaları farkının kadının aile planlama yöntemi kullanma (**p=.013**), aile planlama yöntemi olarak modern yöntem kullanma (**p=.004**), idrar yolu enfeksiyonu yaşama (**p=.015**) ve üreme sistemi enfeksiyonu yaşama durumuna (**p=.030**) göre istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (Tablo 4.10).

Tablo 4.10. Kadınların Obstetrik, Jinekolojik ve Üriner Sistem Özelliklerine Göre KCSÖ ve EDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=291)

Obstetrik, Jinekolojik, Üriner Sistem ile ilgili Değişkenler	n	KCSÖ Ort.±SS	EDÖ Ort.±SS
En son doğum şekli (n=270)			
Vajinal doğum	100	9.38±10.74	50.04±9.08
Sezaryen	170	7.48±8.30	51.21±8.69
Test ve p değeri		t=1.51/p=.131	t=-1.05/p=.294
Aile planlaması yöntemi kullanma			
Evet	211	7.43±8.55	51.65±9.05
Hayır	80	9.58±10.53	48.76±8.28
Test ve p değeri		t=-1.63/p=.105	t= 2.49 /p=.013
Aile planlaması yöntemi (n=213)			
Modern yöntem	145	7.22±8.09	52.82±8.68
Geleneksel yöntem	68	8.17±9.56	49.00±9.12
Test ve p değeri		t= -.752/p=.453	t=2.94/p=.004
Üriner inkontinans			
Evet	46	12.41±12.59	50.08±7.99
Hayır	245	7.20±8.14	51.00±9.06
Test ve p değeri		t=2.70/p=.009	t=-.641/p=.522
İdrar yolu enfeksiyonu			
Evet	165	9.78±10.03	49.75±8.72
Hayır	126	5.72±7.32	52.30±8.95
Test ve p değeri		t=3.99/p=.000	t=-2.43/p=.015
Üreme sistemi enfeksiyonu			
Evet	167	9.58±10.07	49.88±8.81
Hayır	124	5.93±7.32	52.16±8.87
Test ve p değeri		t=3.57/p=.000	t=-2.17/p=.030
Adet öncesi sorun yaşama			
Evet	222	8.07±9.53	51.07±9.02
Hayır	69	7.86±7.95	50.17±8.51
Test ve p değeri		t=.163/p=.870	t=.732/p=.465

Tablo 4.11’de kadınların kronik hastalık ve hastalıkla ilgili ilaç kullanma durumuna göre KCSÖ ve EDÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması sunulmuştur. Araştırma kapsamına alınan kadınların kronik hastalık ve hastalıkla ilgili ilaç kullanma durumuna göre KCSÖ puanlarının dağılımı incelendiğinde; kronik hastalığı olan (11.02±11.14), kronik hastalıkla ilgili ilaç kullanan kadınların (49.34±8.65) KCSÖ puan ortalamalarının diğer kadınlara göre yüksek olduğu ve KCSÖ puan ortalamaları farkının kronik hastalığın olması (p=.007) ve kronik

hastalıkla ilgili ilaç kullanma ($p=.017$) durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Araştırma kapsamına alınan kadınların kronik hastalığı olma ve hastalıkla ilgili ilaç kullanma durumuna göre EDÖ puanlarının dağılımı incelendiğinde; kronik hastalığı olmayan (51.14 ± 9.00) ve kronik hastalıkla ilgili ilaç kullanmayan (50.09 ± 9.00) kadınların EDÖ puan ortalamalarının, kronik hastalığı olan (49.95 ± 8.56) ve kronik hastalıkla ilgili ilaç kullanan (49.34 ± 8.65) kadınlardan daha yüksek olduğu, fakat farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı saptanmıştır (Tablo 4.11).

Tablo 4.11. Kadınların Kronik Hastalık ve Hastalıkla İlgili İlaç Kullanma Durumuna Göre KCSÖ ve EDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=291)

Değişkenler	n	KCSÖ Ort.±SS	EDÖ Ort.±SS
Kronik hastalık varlığı			
Evet	70	11.02±11.14	49.95±8.56
Hayır	221	7.07±8.25	51.14±9.00
Test ve p değeri		$t=2.73/p=.007$	$t=-973/p=.331$
İlaç kullanımı (n=190)			
Evet	55	49.34±8.65	49.34±8.65
Hayır	135	7.62±8.99	50.09±9.00
Test ve p değeri		$t=2.43/p=.017$	$t=-.52/p=.599$

Tablo 4.12’de kadınların ve eşlerinin infertilite sorununa göre KCSÖ ve EDÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir. Kadınların ve eşlerinin infertilite sorununa göre KCSÖ puanlarının dağılımı incelendiğinde; kadınların kendinden kaynaklı infertilite sorunu olanlarda (12.61 ± 11.63) ve eşinden kaynaklı infertilite sorunu olmayanlarda (8.03 ± 9.23) KCSÖ puan ortalamalarının diğer kadınlara göre yüksek olduğu ve KCSÖ puan ortalamaları farkının kadınların ve eşlerinin infertilite sorununa göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı olmadığı saptanmıştır.

Araştırmaya katılan kadınların ve eşlerinin infertilite sorununa göre EDÖ puanlarının dağılımı incelendiğinde; kadınların kendinden kaynaklı infertilite sorunu olmama (50.98 ± 8.88) ve eş kaynaklı çocuk sahibi olmama durumuna (50.96 ± 8.89) göre EDÖ puan ortalamalarının diğer kadınlardan daha yüksek olduğu ve EDÖ puan

ortalamları farkının kadınların ve eşlerinin infertilite sorununa göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı olmadığı saptanmıştır (Tablo 4.12).

Tablo 4.12. Kadınların ve Eşlerinin İnfertilite Sorununa Göre KCSÖ ve EDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=291)

Değişkenler	n	KCSÖ Ort.±SS	EDÖ Ort.±SS
Çocuk sahibi olamama durumu			
Evet	18	12.61±11.63	49.00±9.18
Hayır	273	7.72±8.92	50.98±8.88
Test ve p değeri		MWU=1905.50 p=.108	MWU=2268.50 p=.585
Eş kaynaklı çocuk sahibi olamama durumu			
Evet	8	7.75±6.98	47.00±8.76
Hayır	283	8.03±9.23	50.96±8.89
Test ve p değeri		MWU=1077.00 p=.813	MWU=856.00 p=.239

Tablo 4.13’de kadınların ve eşlerinin cinsel sorunlarına göre KCSÖ ve EDÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir. Kadınların ve eşlerinin cinsel sorunlarına göre KCSÖ puanlarının dağılımı incelendiğinde; cinsel ilişkide ağrı yaşanması (11.96±11.28),eşte erken boşalma sorununun olması (10.75±12.34), eşte sertleşme sorununun olması (13.43±12.86) durumunda KCSÖ puan ortalamalarının diğer kadınlara göre daha yüksek olduğu ve KCSÖ puan ortalamaları farkının cinsel ilişkide ağrı yaşama (**p=.000**), eşte erken boşalma (**p=.026**) ve eşte sertleşme sorunu (**p=.005**) olmasına göre istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Araştırma kapsamındaki kadınların ve eşlerinin cinsel sorunlarına göre EDÖ puanlarının dağılımı incelendiğinde; cinsel ilişkide ağrı yaşamayan (52.20±8.64), eşinde erken boşalma sorunu olmayan (51.77±8.69), eşinde sertleşme sorunu olmayan (51.36±8.58) kadınların EDÖ puan ortalamalarının diğer kadınlardan daha yüksek olduğu ve EDÖ puan ortalamaları farkının cinsel ilişkide ağrı yaşama durumuna

($p=.000$), eşte erken boşalma sorununa ($p=.002$), eşte sertleşme sorununa ($p=.013$) göre istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (Tablo 4.13).

Tablo 4.13. Kadınların ve Eşlerinin Cinsel Sorunlarına Göre KCSÖ ve EDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=291)

Kadınların ve Eşlerinin Cinsel			
Sorunlara Ait Özellikleri	n	KCSÖ Ort.±SS	EDÖ Ort.±SS
Cinsel ilişkide ağrı yaşama			
Evet	93	11.96±11.28	48.00±8.79
Hayır	198	6.17±7.31	52.20±8.64
Test ve p değeri		t=4.52/p=.000	t=-3.84/p=.000
Eşte erken boşalma sorunu			
Evet	69	10.75±12.34	47.92±8.98
Hayır	222	7.18±7.77	51.77±8.69
Test ve p değeri		t=2.26/p=.026	t=-3.18/p=.002
Eşte sertleşme sorunu			
Evet	39	13.43±12.86	47.58±10.24
Hayır	252	7.19±8.17	51.36±8.58
Test ve p değeri		t=2.94/p=.005	t=-2.48/p=.013

Tablo 4.14’de kadınların yaş, eşinin yaşı, evlenme yaşı, evlilik süresi, çocuk sayısı, BKİ’leri ve KCSÖ, EDÖ puanları arasındaki korelasyon analizi sonuçları verilmiştir. Kadınların KCSÖ ile EDÖ puanları arasında yaş, eşinin yaşı, evlenme yaşı, evlilik süresi, çocuk sayısı, beden kitle indeksi özelliklerinin puanları ile KCSÖ ve EDÖ’den aldığı puanlar arasında zayıf ve orta düzeyde pozitif ve negatif ilişkiler olduğu saptanmıştır.

KCSÖ puanları ile EDÖ puanları arasında negatif yönde “orta” düzeyde ($r=-.450$); eşin yaşı ($r=.118$) ve evlilik süresi ($r=.169$) arasında pozitif yönde “zayıf” düzeyde; evlenme yaşı ile ($r=-.194$) negatif yönde “zayıf” düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler olduğu belirlenmiştir. KCSÖ puanları ile kadının yaşı, çocuk sayısı ve beden kitle indeksi arasında anlamlı ilişki olmadığı saptanmıştır (Tablo 4.14).

EDÖ puanları ile evlenme yaşı arasında pozitif yönde “zayıf” düzeyde ($r=.173$); kadının ve eşinin yaşı, çocuk sayısı, evlilik süresi ve beden kitle indeksi arasında anlamlı ilişki olmadığı saptanmıştır (Tablo 4.14).

Korelasyon analizi sonuçları, kadınların KCSÖ’den aldığı puanlar artarken, EDÖ’den aldığı puanların da istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde azaldığını göstermiştir. Bu sonuç kadınların cinsel sıkıntılarının artması ile evlilik doyumlarının azalması arasında ilişki olduğunu göstermektedir.



Tablo 4.14. Kadınların ve Eşlerinin Yaşı, Evlilik Yaşı ve Süresi, Çocuk Sayısı, BKİ Puanları ve KCSÖ, EDÖ Puanları Arasındaki Korelasyonlar

Değişkenler	KCSÖ	EDÖ	Yaş	Eşin yaşı	Evlenme yaşı	Evlilik süresi	Çocuk sayısı	BKİ
	r	r	r	r	r	r	r	r
KCSÖ	1							
EDÖ	-,450**	1						
Yaş	,078	,052	1					
Eşin yaşı	,118*	,030	,886**	1				
Evlenme yaşı	-,194**	,173**	,069	-,128*	1			
Evlilik süresi	,169**	-,030	,873**	,859**	-,399**	1		
Çocuk sayısı	,096	-,106	,399**	,377**	-,322**	,530**	1	
BKİ	-,059	,074	,252**	,225**	-,052	,249**	,141*	1

r: Pearson korelasyon analiz testi, * $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

5. TARTIŞMA

Kadın cinsel işlev bozukluğuna zemin hazırlayan cinsel sıkıntılar, olumsuz duygular ve cinsel aktivite hakkında endişe ile karakterize olup, cinsel işlev sürecini olumsuz yönde etkilemektedir (Derogatis ve ark., 2002). Kadında cinsel sıkıntı veya cinsel işlev bozukluğu olması, eşi ile daha fazla uyumsuzluk yaşamasına neden olmakta (Witting ve ark., 2008) ve evli çiftlerin ilişkisinde sorunlara yol açmaktadır. Türkiye’de yapılan çalışmalarda kadın cinsel işlev bozukluğu prevalansının %28.6- %68.8 arasında olduğu belirtilmektedir (Çayan ve ark., 2004; Öksüz ve Malhan, 2006; Demir ve ark., 2007; Aslan ve ark., 2008; Özerdoğan ve ark., 2009; Ege ve ark., 2010; Erbil, 2011). Breznsnyak ve Whisman (2004) çalışmalarında, cinsel doyum ile evlilik doyumu arasında anlamlı pozitif bir ilişkinin olduğunu saptamıştır. Abalı ve Kömürcü (2008) eşlerin cinsel anlamda yaşadıkları sıkıntıların, evlilik ve aile içi ilişkileri olumsuz yönde etkilediğini belirtmektedir. Cinsel yaşam kalitesinin bozulmasına neden olan cinsel sıkıntılar, evlilik ilişkilerini etkileyerek boşanmalar ile ailelerin dağılmasına ve toplumsal sorunlara neden olabilmektedir (Gülsün ve ark., 2009; Kütmeç, 2009). Kadınların cinsel sıkıntıları ve evlilik doyumları arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan bu çalışmada, kadınların %26.1’inin cinsel sıkıntı yaşadığı, cinsel sıkıntı yaşayanların cinsel sıkıntı yaşamayan kadınlara göre evlilik doyum düzeyi farkının istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (**p=.000**). Kadınların KCSÖ ve EDÖ puanları arasında negatif yönde orta düzeyde ilişki olduğu bulunmuştur ($r=-.450$).

Cinsel işlev yaşla birlikte değişebilmektedir (Hayes ve Dennerstein, 2005). İlerleyen yaşa bağlı yaşanan hormonal değişiklikler ile doku ve organlardaki fonksiyonel kapasitenin azalması nedeni ile ileri yaştaki kadınlarda cinsel işlev bozukluğu genç yaştakilere göre daha yüksek oranda görülebilmektedir (Salonia ve Zanni, 2004). Yapılan çalışmalarda 46-55 yaş grubu kadınlarda cinsel işlev bozukluğu prevalansı %67.9 (Öksüz ve Malhan, 2006), 30-39 yaş grubu kadınlarda %39.7, 40-49 yaş grubunda %50.2, 50-59 yaş grubu kadınlarda %71.3, 60-64 yaş grubu kadınlarda %82.9 olarak bulunmuştur (Aslan ve ark., 2008). Cinsel fonksiyon problemlerin yaşla birlikte arttığı ancak kadın cinsel sıkıntı sorunlarının daha genç ya da yaşlı kadınlara göre orta yaşlılarda daha fazla olduğu belirtilmektedir (Palacios ve ark., 2009; Aydın ve ark., 2016). Azalan cinsel istekle ilişkili cinsel sıkıntının yaşla

azaldığı bulunmuştur (Derogatis ve Burnett, 2008). Eşlerin ilerleyen yaşa paralel olarak cinsel deneyimleri ile birlikte birbirlerini daha iyi tanımaları ve birbirlerine güven duymaları kadın cinsel sıkıntı sorunlarının azalmasında etkili olabilir. Bu çalışmanın bulguları Güvel ve arkadaşlarının (2003) çalışmasına benzer bulunmuş; KCSÖ puanları ve EDÖ puanları ile kadının yaşı arasında anlamlı ilişki olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Özerdoğan ve arkadaşlarının (2009) çalışmasına benzer şekilde eşin yaşı ile KCSÖ puanları arasında pozitif yönde zayıf düzeyde ilişki olduğu bulunmuştur ($r=.118$, $p=.044$). Eşin yaşı ile EDÖ puanları arasında ise anlamlı ilişki olmadığı saptanmıştır (Tablo 4.14).

Erken yaşta yapılan evliliklerde bireylerin henüz zevkleri, idealleri, standartları ve değerleri kararlılık kazanmamış, hedeflerini ve düşüncelerini tam olarak belirleyememiş olması, cinsel yaşama etki ederek evlilik doyumuna olumsuz bir etki yapabilmektedir (Özerdoğan ve ark., 2009; Demir, 2014). Demir (2014)'in evlilik yaşı ile evlilik doyumunun ilişkisine baktığı çalışmasında, 25- 30 yaş arasında evlenmiş olan bireylerin 18 yaş ve altı ve 18- 24 yaş arasında evlenmiş olan bireylere oranla daha yüksek evlilik doyumuna sahip olduğu bulunmuştur. Çalışmamızda kadınların evlenme yaşı ortalamalarının 21.11 ± 3.73 (13-36 yaş) olduğu, evlilik yaşı ile EDÖ puanları arasında pozitif yönde ($r=.173$, $p=.003$) anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. KCSÖ puanları ile kadınların evlilik yaşı arasında negatif yönde ($r=-.194$, $p=.001$) anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur. Bu sonuç literatüre benzerdir (Erbek ve ark., 2005; Özerdoğan ve ark., 2009).

Evlilik süresi arttıkça ileri yaş, menopoz gibi faktörlerinde etkisi ile cinsel ilişki sıklığının azaldığı düşünülmektedir (Özerdoğan ve ark., 2009). Evlilik süresi uzadıkça cinsel işlev bozukluğu sıklığının arttığını bulan araştırma sonuçları vardır (Güvel ve ark., 2003; Özerdoğan ve ark., 2009; Singh ve ark., 2009). Araştırmalar, evlilik süresinin eşlerin evlilik doyumunun azalmasında da önemli bir değişken olduğunu göstermektedir (Karney ve Bradbury, 2000; Demiray, 2006). Araştırmamıza katılan kadınların evlilik yılı ortalamalarının 12.27 ± 7.86 yıl (1-34 yıl) olduğu bulunmuştur. Literatüre paralel olarak KCSÖ puanları ile evlilik süresi arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($r=.169$, $p=.004$). Çalışmamızda literatürden farklı olarak EDÖ puanları ile evlilik süresi arasında anlamlı ilişki olmadığı saptanmıştır.

Beden kitle indeksi, kilogram cinsinden ölçülen beden ağırlığının santimetre cinsinden ölçülen boyun karesine bölünmesi ile elde edilebilmekte ve 30'un üstü olanlar obez olarak değerlendirilmektedir (Gönenir ve ark., 2017). Obeziteye bağlı ortaya çıkan cinsel işlev bozukluğunun oluşum mekanizması multifaktöryeldir (Laumann ve ark., 1999). Obezitenin psikolojik ve sosyal etkileri bireyin özgüveni, cinsel ilişkinin başlamasının ve sakınmanın davranışsal yönelimini etkilemektedir (Gönenir ve ark., 2017). Smith ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında, kadın cinsel işlev bozukluğunun beden kitle indeksinden ziyade vücut imajıyla daha fazla ilişkili olduğu bildirilmekte, kadınların vücutlarının eşleri için cazip olmadığını düşündüklerini ve bu nedenle cinsel birleşmeden kaçındıklarını belirtmektedir. Araştırmamızda katılan kadınların beden kitle indeksi ortalamalarının 26.10 ± 4.53 olduğu, %18.9'unun "şişman" grupta olduğu bulunmuştur (Tablo 4.1). Literatüre benzer olarak bu çalışmada KCSÖ puanları ve EDÖ puanları ile kadının beden kitle indeksi arasında anlamlı ilişki olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$) (Kolotkin ve ark., 2008; Smith ve ark., 2012; Gönenir ve ark., 2017).

Ülkemizde ve diğer ülkelerde yapılan çalışmalar öğrenim düzeyi düşük olan kadınlarda cinsel işlev bozukluğunun daha sık görüldüğünü belirtmektedir (Laumann ve ark., 1999; Çayan ve ark., 2004; Aslan ve ark., 2008; Singh ve ark. 2009). Çalışmamızda, literatüre benzer şekilde, kendileri ve eşleri ilkökul-ortaokul mezunu olan kadınların KCSÖ puan ortalamalarının diğer kadınlara göre yüksek olduğu ve KCSÖ puan ortalamaları farkının kadının ($p = .002$) ve eşinin ($p = .048$) eğitim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (Tablo 4.8). Kadınların eğitim düzeyinin yükselmesinin cinsel bilgilerinin artmasına katkı sağlayarak, cinsel yaşamları ile ilgili problemlerle baş etme yeteneklerinin geliştirdiği söylenebilir (Arıdoğan ve ark., 2013).

Yapılan çalışmalarda, eşlerin eğitim düzeyinin artmasıyla, evlilikte yaşanan sorunlara yönelik problem çözme stratejisi kazandıkları ve evlilik doyumunun yükseldiği belirtilmektedir (Pimentel, 2000; Trudel, 2002; Yıldız ve Büyükşahin, 2016; Üncü, 2007; Çağ ve Yıldırım, 2013). Literatüre benzer olarak bu çalışmada kadınların ($p = .001$) ve eşlerinin eğitim düzeyi ($p = .001$) yükseldikçe evlilik doyumunun da arttığı bulunmuştur (Tablo 4.8).

İncesu (2004)'ya göre kadın cinselliği için eşiyile kurduğu duygusal yakınlık çok önemlidir. Görücü usulü ya da kendi isteği olmadan yapılan evliliklerde eşe karşı oluşan olumsuz duygu ve düşünceler olağandır (İncesu, 2004). Görücü usulü ya da aile baskısı ile evlenmede eşler arasında uyumsuzluğun daha fazla yaşanabileceği bunun da cinsel sorunları artırabileceği düşünülmektedir. Yapılan araştırmalarda evlenme şeklinin kadın cinselliği üzerinde anlamlı derecede etkisi olduğu belirtilmektedir (Özerdoğan ve ark., 2009; Mert ve Erberk Özen, 2011; Yıldız ve Büyüksahin, 2016). Özerdoğan ve arkadaşları (2009) görücü usulü ile evlenmenin anlaşarak evlenmeye göre cinsel işlev bozukluğu için önemli bir risk faktörü olduğunu belirtmiştir. Bu çalışmanın sonuçları literatüre benzerlik göstermektedir. Çalışma kapsamına alınan kadınların %69.8'i anlaşarak, %29.2'si görücü usulü, %1'i aile baskısı ile evlendiğini ifade etmiştir. Araştırmada aile baskısı ile evlenen (17.33±6.50) kadınların KCSÖ puan ortalamalarının anlaşarak (7.03±8.58) veya görücü usulü (10.07±10.11) ile evlenen kadınlara göre daha yüksek olduğu ve KCSÖ puan ortalamaları farkının istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (**p=.001**). Araştırmamızda aile baskısı ile evlenen kadınların EDÖ puan ortalamalarının anlaşarak veya görücü usulü ile evlenen kadınlara göre daha düşük olduğu ve EDÖ puan ortalamaları farkının istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (**p=.008**), (Tablo 4.9).

Özerdoğan ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında geniş aileye sahip olanlarda çekirdek ailede yaşayanlara oranla cinsel işlev bozukluklar daha sık bulunmuş fakat istatistiksel açıdan fark anlamlı bulunmamıştır. Singh ve arkadaşlarının çalışmasında (2009) da aile tipi cinsel işlevle ilişkili bulunmamıştır. Çalışmamızda geniş ailede yaşayan kadınların KCSÖ puan ortalamaları (8.94±9.58), diğer kadınlara göre yüksek saptanmış, fakat istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Bu sonuç literatüre benzerdir (Özerdoğan ve ark., 2009; Singh ve ark., 2009).

Eşlerin aileleri ile ilişkinin niteliği ve onlara karşı hissedilen duygular evlilik doyumunu etkilemektedir (Çelik ve Yazgan İnanç, 2009). Yalçın (2014) araştırmasında aile tipinin evlilik doyumunu etkilemediğini belirtmiştir. Bu araştırma sonuçlarına göre çekirdek ailede yaşayan kadınların EDÖ puan ortalamaları (51.64±9.00), diğer kadınlara göre yüksek saptanmış ve istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (**p=.017**).

Ekonomik güçlülere bağlı cinsel sağlık etkilenebilmektedir. Yapılan çalışmalarda ailenin gelir düzeyi düştükçe cinsel sıkıntılarının görülme sıklığı artmıştır (Kütmeç, 2009; zerdoğan ve ark., 2009; Singh ve ark. 2009). Çalışmamızda aile gelir düzeyi kötü olan kadınların KCS puan ortalamaları yüksek bulunmuş (10.75±13.57) fakat literatürden farklı olarak istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (p=.098). Çalışmamızda aile gelir düzeyi iyi olan kadınların ED puan ortalamaları yüksek bulunmuş (53.48±9.06) ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (p=.017). Pimentel (2000) ve Trudel (2002)'in çalışma sonuçları araştırma bulgumuzu desteklemektedir. Yapılan bazı araştırmalarda ise aile gelir düzeyinin evlilik doyumu düzeyi açısından farklı gelir grupları arasında anlamlı düzeyde bir fark bulunmamıştır (ağ ve Yıldırım, 2013; Yıldız ve Büyükşahin, 2016). Aile gelir seviyesine göre evlilik doyumunun farklılaşmamasının nedeni kültürel ve toplumsal nedenlere bağlı olduğu düşünülmektedir. Kültürel ve toplumsal faktörler, bireylerin isteklerinin derecesini düzenleyerek öznel iyi oluş üzerinde etki yapabilmektedir (Diener, 2000).

Bazı araştırmalarda doğum sayısı cinsel işlev bozukluğu için önemli bir risk faktörü olarak gösterilmektedir (ayan ve ark., 2004; Safarinejad, 2006). Güvel ve arkadaşlarının (2003) alışmasında ise doğum sayısı ve cinsel sıkıntı arasında ilişki bulunmamıştır. Araştırmamızda kadınların gebelik sayısı ortalamaları 2.02±1.09 (0-6 gebelik) bulunmuştur. Bulgulara göre KCS puanları ile doğum sayısı arasında anlamlı ilişki olmadığı saptanmıştır. Çocuğun varlığı ve sayısının artması sorumlulukların artması ve paylaşılması hususunda eşler arasında anlaşmazlığa neden olabilmektedir (Demir, 2014). Ayrıca eşlerin birbirlerine ayırdıkları zamanın azalması sonucu evlilik doyumunun azalabileceği düşünülmektedir (Demir, 2014). Yıldız ve Büyükşahin (2016) ocuk sayısı artıka evlilik doyumu ve evlilik süresinin düştüğünü bulmuştur. elik ve Yazgan İnanç (2009) ise evli bireylerin ocuk sayısı değişkenine göre evlilik doyumlarında anlamlı fark olmadığını saptamıştır. Bizim alışmamızda da ED puanları ile doğum sayısı arasında anlamlı ilişki olmadığı bulunmuştur.

Araştırmalarda sezaryen ve normal doğum yapan kadınlar arasında doğum sonrası cinsel sıkıntı yaşama, cinsel arzu, cinsel rol, cinsel işlevde ağrı yaşama açısından anlamlı bir ilişki rapor edilmediği belirtilmektedir (Barett ve ark., 1999;

Wang ve ark., 2003; Baytur ve ark., 2005; Lurie ve ark., 2013). Kasap ve ark. (2016) prospektif çalışmalarında vajinal doğum yapan ya da sezaryen olan kadınları doğum sonu 6. - 24. haftalarda cinsel işlevleri açısından karşılaştırmış ve vajinal doğum ile sezaryen arasında anlamlı bir farklılık olmadığını saptamıştır. Bu araştırmada en son vajinal doğum yapan kadınların (9.38 ± 10.74) sezaryen olan kadınlara (7.48 ± 8.30) göre cinsel sıkıntı yaşama riskinin daha yüksek olduğu, ancak istatistiksel olarak fark olmadığı bulunmuştur. Bulunan sonuç literatüre benzerdir (Lurie ve ark., 2013; Kasap ve ark., 2016).

Kadının üreme ve cinsel işlevlerini düzenlemede kullandığı aile planlaması yöntemi eşlere gebelik endişesi olmadan cinselliklerini özgürce yaşama fırsatı sunmaktadır (Taşkın, 2011; American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), 2011). Kullanılan aile planlaması yöntemi cinselliği ve cinsel sağlığı etkileyen faktörlerden biri olarak görülmektedir (Kılıç ve ark., 2009; Gabalcı ve Terzioğlu, 2010). Araştırma bulgularımıza göre aile planlama yöntemi kullanmayan kadınların (9.58 ± 10.53) KCSÖ puan ortalamaları, kullananlara göre yüksek bulunmuş ancak fark istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır ($p > 0.05$). Aile planlama yöntemleri sayesinde gebe kalma korkusu ile yaşanan sorunlar azalmakta ve doyumlu bir evlilik sağlanmaktadır. Ertop ve Altay (2012)'in çalışmasında aile planlamasının eş uyumunu artırdığı, modern yöntem kullanan kadınların eş uyumunun ve evlilik doyumlarının daha fazla olduğu belirtilmiştir. Bu araştırmada da aile planlama yöntemi kullanan kadınların (51.65 ± 9.05) EDÖ puan ortalamaları kullanmayanlara göre yüksek bulunmuş ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (**$p = .013$**). Aile planlama yöntemi olarak modern yöntem kullanan kadınların (52.82 ± 8.68) EDÖ puan ortalamaları geleneksel yöntem kullananlara göre yüksek bulunmuş ve puan farkının önemli olduğu bulunmuştur (**$p = .004$**), (Tablo 4.10).

Kadınların kronik hastalığa sahip olmaları ile cinsel problemleri arasında ilişki olduğu yapılan araştırmalarda gösterilmektedir. Kronik hastalıklar kadınlarda, cinsel isteklilikte azalma ya da kaybolma, uyarılma ve lubrikasyonda azalmaya bağlı ağırlı cinsel ilişki, orgazma ulaşmada sıkıntılar gibi cinsel sorunlara neden olabilmektedir (Steinke, 2005). Hipertansiyon hastalığı olan kadınların cinsel işlev bozukluğu oranının sağlıklı kadınlara göre daha fazla olduğu yapılan çalışmalarda belirtilmiştir

(Steinke, 2005; Kütmeç ve Yurtsever, 2011). Tip-2 diyabet hastalığı olan kadınlarda cinsel işlev bozuklukları oranının %53.4 olduğu ve Tip-2 diyabetin kadın cinselliğini olumsuz etkilediği görülmüştür (Esposito ve ark., 2010). Hipotiroid hastalığının kadınların cinsel işlevlerine etkisinin araştırıldığı bir çalışmada, klinik hipotiroidizmi olan kadınların cinsel işlev bozuklukları oranı yüksek bulunmuştur (Atış ve ark., 2010). Çalışmamızda kadınların %24.7'sinde kronik hastalık varlığı saptanmıştır. Kronik hastalığı bulunan kadınlarda en fazla %23.6'sında tiroid hastalığı, %22.2'sinde hipertansiyon, %13.9'unda depresyon, %12.5'inde astım, %11.1'inde diyabet görülmüştür. Kronik hastalığı var olan (11.02 ± 11.14) ve kronik hastalıkla ilgili ilaç kullanan (49.34 ± 8.65) kadınların KCSÖ puan ortalamalarının kronik hastalığı olmayan ve ilaç kullanmayanlara göre yüksek olduğu bulunmuştur. KCSÖ puan ortalamaları farkının kadının kronik hastalığın var olma ($p=.007$) ve ilaç kullanma durumuna ($p=.017$) göre istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (Tablo 4.11). Bu çalışmada bulunan kronik hastalıkların kadınlarda cinsel sıkıntıyı etkileyen faktörlerden olması sonucu literatüre benzerdir (Steinke, 2005; Atış ve ark., 2010; Esposito ve ark., 2010; Kütmeç ve Yurtsever, 2011).

Üriner inkontinans hem vajinal yapıda değişikliklere hem de utanma gibi psikolojik sorunlara neden olarak kadında cinsel sıkıntılara zemin hazırlamaktadır (Norton ve Brubaker, 2006). Cinsel ilişki sürecinde idrar kaçırma, penetrasyon sırasında orgazm ile ilgili sıkıntılara neden olarak disparoni şikayetlerine ve sekonder gelişen idrar dermatitine neden olabilir (Dalpiaz ve ark., 2008). Sen ve arkadaşlarının (2006) araştırmasında idrar kaçırma şikayeti olan cinsel yönden aktif kadınların yarısından fazlasında cinsel işlev bozukluğu saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda üriner inkontinansın cinsel sorunlar için risk grubu olduğu görülmektedir (Aslan ve ark., 2005; Ghezzi ve ark., 2006). Bu çalışmada idrar kaçırma şikayeti olan kadınların KCSÖ puan ortalamaları (12.41 ± 12.59) yüksek bulunmuş ve idrar kaçırma ile kadın cinsel sıkıntı yaşama durumu arasında anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($p=.009$). Bu çalışmanın bulguları literatüre benzerlik göstermektedir (Sen ve ark. 2006; Dalpiaz ve ark., 2008).

Kadınlarda anatomik yapıdan dolayı anüs, vajen ve üretra birbirine yakın genital organlardır ve enfeksiyon için riskli bölgelerdir. Genital enfeksiyonlar yanlış ve yetersiz hijyen uygulamaları sonucu ortaya çıkmaktadır. Genital enfeksiyonlar

tedavi edilmediği zaman pelvik inflamatuvar hastalığa ve hatta genital organ kanserlerine neden olabilmektedir (Taşkın, 2011). Vajinal florada bozulma, ağrı, sık idrara gitme isteği, kaşıntı gibi sıkıntılara neden olmaktadır. Genital enfeksiyonlar kadının cinsel yaşamını ve aile hayatını olumsuz etkilemektedir (Yağmur, 2007). Reid ve Bruce (2004) kadınların yaklaşık %75'inin genital enfeksiyon hikayesi olduğunu bildirmektedir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise kadınların %65.6'sında genital enfeksiyon tespit edilmiştir (Özkan ve Sevil, 2004). Bu çalışmada idrar yolu ve üreme sistemi enfeksiyonu yaşayan kadınların KCSÖ puan ortalamaları farkının yaşamayanlara göre yüksek olduğu bulunmuştur. KCSÖ puan ortalamaları farkının idrar yolu enfeksiyonu yaşama (**p=.000**), üreme sistemi enfeksiyonu yaşama (**p=.000**) durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 4.10). Evlilik doyumuna bakıldığında; idrar yolu ve üreme sistemi enfeksiyonu yaşamayan kadınların EDÖ puan ortalamaları farkının yaşayanlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. EDÖ puan ortalamaları farkının idrar yolu enfeksiyonu yaşamama (**p=.015**), üreme sistemi enfeksiyonu yaşamama (**p=.030**) durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (Tablo 4.10).

Üreme çağındaki çiftlerin bir yıl boyunca haftada üç dört kez cinsel ilişkide bulunmalarına rağmen gebeliğin oluşmaması olarak tanımlanan infertilite emosyonel, tıbbi, sosyal ve psikolojik sorunları beraberinde getirerek cinsel istek, doygunluk ve ilişki sıklığında azalmaya yol açmaktadır (Aşıcı ve Kızılkaya, 2012). Kamacı (2003) araştırmasında infertilite sorunundan dolayı yaklaşık 4 çiftten birinin cinsel yaşamının olumsuz etkilendiğini saptamıştır. İnfertilite ağırlı cinsel ilişki, cinsel ilgi azlığı, depresyon, suçluluk hisleri ve ambivalans duygularının ortaya çıkmasına neden olabilmektedir. Yapılan çalışmalarda infertilitenin neden olduğu sıkıntıların kadınlarda erkeklere oranla daha yoğun olduğu belirtilmektedir (Kamacı, 2003; Volgsten ve ark., 2010). Bizim çalışmamızda çocuk sahibi olamayan kadınların KCSÖ puan ortalaması (12.61±11.63) yüksek bulunmuş fakat literatürden farklı olarak infertilitenin kadın cinsel sıkıntılar için anlamlı fark yaratmadığı saptanmıştır ($p>0.05$) (Kamacı, 2003; Aşıcı ve Kızılkaya, 2012).

Cinsel eşte görülen cinsel sorunlar, kadınlarda düşük cinsel istek ve düşük cinsel tatmin gibi negatif etkiler oluşturmaktadır (Oberge ve Fugl-Meyer, 2005; Aslan

ve ark., 2008). Ege ve arkadaşlarının çalışmasında (2010) cinsel ilişki sırasında eşinde erken boşalma, sertleşme sorunu olan kadınların daha fazla cinsel sıkıntı yaşadığı ve cinsel ilişki sırasında ağrı yaşayanların (%45.1) ağrı yaşamayanlara göre 5 kat daha fazla cinsel işlev bozukluğu yaşama riski olduğu saptanmıştır. Araştırma kapsamına aldığımız kadınların %32'si cinsel ilişki sırasında ağrı yaşadığı, %23.7'si eşinde cinsel ilişki sırasında erken boşalma sorunu olduğunu, %13.4'ü eşinde sertleşme sorunu olduğunu bildirmişlerdir (Tablo 4.5). Çalışmamızda cinsel ilişki sırasında ağrısı olan ($p=.000$), eşinde erken boşalma sorunu olan ($p=.026$) ve eşinde sertleşme sorunu olan ($p=.005$) kadınların diğer kadınlara göre KCSÖ puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Bu çalışmanın bulguları literatüre benzerdir (Elnashar ve ark., 2007; Valadares ve ark., 2008; Ege ve ark., 2010).

Evlilikte cinsel yaşam eşlerin birbirleriyle iletişimi için önemli bir konudur. Cinsel alanda yaşanan sorunlar iletişim sorunlarına veya duygusal uzaklaşmalara yol açabilmektedir. Gülsün ve arkadaşları (2009), cinsel işlev bozukluğunun evlilik yaşamını olumsuz yönde etkilediğini bildirmektedir. Araştırmamızda, eşi erken boşalma veya sertleşme sorunu yaşamayan kadınların, diğer kadınlara göre EDÖ puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve eşte erken boşalma sorunu yaşamama ($p=.002$), eşte sertleşme yaşamama ($p=.013$) durumuna göre EDÖ puan ortalamaları farkının istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 4.13). Sonuç olarak cinsellik ve evlilik yaşamı birbiri ile etkileşim içindedir. Bu araştırmanın sonuçları literatüre benzerdir (Oberg ve Fugl-Meyer, 2005; Aslan ve ark., 2008).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. SONUÇLAR

Kadınların cinsel sıkıntıları ve evlilik doyumlarına etkisini incelemek amacıyla yapılan bu çalışmada elde edilen bulgular doğrultusunda ulaşılan sonuçlar;

- Araştırmaya katılan kadınların yaş ortalaması 33.48, beden kitle indeksi ortalaması 26.10, evlilik yılı ortalaması 12.27 yıl, evlenme yaşı ortalaması 21.11 yaş ve eşlerinin yaş ortalaması 37.74 yaş bulunmuştur.
- Kadınların %55.4'ünün ilkokul-ortaokul mezunu, eşlerinin ise %48.2'sinin ilkokul-ortaokul mezunu olduğu saptanmıştır.
- Kadınların %71.1'inin çekirdek ailede yaşadığı, %77.7'inin "orta" düzeyde gelire sahip olduğu, %76.3'ünün ev hanımı olduğu eşlerinin ise %45.7'sinin işçi olarak çalıştığı belirlenmiştir. Kadınların %69.8'inin eşleri ile anlaşarak evlendiği belirlenmiştir.
- Kadınların gebelik sayısı ortalamaları 2.02 ve en son doğumdan geçen süre 5.86 yıl bulunmuştur.
- Kadınların %72.5'inin aile planlaması yöntemi kullandığı ve %68.1'inin modern yöntem tercih ettiği belirlenmiştir.
- Araştırmaya katılan kadınların %57.4'ünün üreme sistemi enfeksiyonu, %56.7'ünün idrar yolu enfeksiyonu, %76.3'ünün premenstrual sendrom semptomlarını yaşadığı ve %15.8'inin üriner inkontinansı olduğu saptanmıştır.
- Kadınların %24.7'sinin kronik hastalığı olduğu saptanmıştır. Kadınların %28.9'u kronik hastalıkla ilgili ilaç kullandığını belirtmiştir. Hipertrodi (%23.6), hipertansiyon (%22.2) ve depresyonun (%13.9) en fazla görülen hastalıklar olduğu belirlenmiştir.
- Kadınların % 6.2'sinin kendisinden kaynaklı çocuk sahibi olamadığı, %2.7'sinin ise eşinden kaynaklı çocuk sahibi olamadığı saptanmıştır.
- Kadınların %32'si cinsel ilişki esnasında ağrı yaşadıklarını belirtmiştir.
- Kadınların %23.7'si eşinde cinsel ilişki sırasında erken boşalma sorunu olduğunu, %13.4'ü eşte sertleşme sorunu olduğunu belirtmiştir.
- Kadınların KCSÖ puan ortalaması 20.30 ± 8.96 (0-48) olarak belirlenmiştir.

- Cinsel sıkıntı sıklığının kadınların %26.1'inde görüldüğü belirlenmiştir.
- Cinsel sıkıntı yaşayan kadınların EDÖ puan ortalamaları 45.43 ± 8.51 bulunmuş, cinsel sıkıntı varlığı ile evlilik doyumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir (**p=.000**).
- Çalışmamızda ilkokul-ortaokul mezunu olan kadınların KCSÖ puan ortalamaları diğer kadınlara göre yüksek bulunmuş ve gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (**p=.002**).
- Çalışmamızda eşi ilkokul-ortaokul mezunu olan kadınların KCSÖ puan ortalamaları diğer kadınlara göre yüksek bulunmuş ve gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (**p=.048**).
- Aile baskısı ile evlenen kadınların KCSÖ puan ortalamaları diğer kadınlara göre yüksek bulunmuş ve gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (**p=.001**).
- Ev hanımı olan, eşinin mesleği çiftçi olan, en uzun süre kasabada yaşayan, aile tipi geniş aile olan, aile gelir seviyesi “kötü” olan kadınların KCSÖ puan ortalamalarının diğer kadınlara göre yüksek olduğu belirlenmiş, fakat gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).
- Üreme sistemi enfeksiyonu yaşayan kadınların KCSÖ puan ortalamalarının diğer kadınlara göre yüksek olduğu belirlenmiş ve gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (**p=.000**).
- İdrar kaçırma şikayeti olan kadınların KCSÖ puan ortalamalarının diğer kadınlara göre yüksek olduğu belirlenmiş ve gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (**p=.009**).
- İdrar yolu enfeksiyonu yaşayan kadınların KCSÖ puan ortalamalarının diğer kadınlara göre yüksek olduğu bulunmuş ve gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (**p=.000**).
- Vajinal doğum yapan, aile planlama yöntemi kullanmayan, aile planlama yöntemi olarak geleneksel yöntem kullanan, adet öncesi sorun yaşama durumu olan kadınların KCSÖ puan ortalamalarının diğer kadınlara göre yüksek olduğu bulunmuş, ancak gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

- Kronik hastalığı olan kadınların KCSÖ puan ortalamalarının diğer kadınlara göre yüksek olduğu ve KCSÖ puan ortalamaları farkının istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (**p=.007**).
- Kronik hastalıkla ilgili ilaç kullanan kadınların KCSÖ puan ortalamalarının diğer kadınlara göre yüksek olduğu ve KCSÖ puan ortalamaları farkının istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (**p=.017**).
- Çalışmamızda eşinde erken boşalma sorunu olan kadınların KCSÖ puan ortalamalarının diğer kadınlara göre yüksek olduğu ve KCSÖ puan ortalamaları farkının istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (**p=.026**).
- Eşinde sertleşme sorunu olan kadınların KCSÖ puan ortalamalarının diğer kadınlara göre yüksek olduğu ve KCSÖ puan ortalamaları farkının istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (**p=.005**).
- Cinsel ilişkide ağrı yaşayan kadınların KCSÖ puan ortalamalarının diğer kadınlara göre yüksek olduğu ve KCSÖ puan ortalamaları farkının istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (**p=.000**).
- Kendisi ve eşinin öğrenim durumu üniversite mezunu olan kadınların EDÖ puan ortalamalarının diğer kadınlara göre yüksek olduğu ve EDÖ puan ortalamaları farklarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (**p=.001**).
- Çekirdek aileye sahip olan kadınların EDÖ puan ortalamalarının diğer kadınlara göre yüksek olduğu ve EDÖ puan ortalamaları farkının istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (**p=.017**).
- Aile gelir seviyesi iyi olan kadınların EDÖ puan ortalamalarının diğer kadınlara göre yüksek olduğu ve EDÖ puan ortalamaları farkının istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (**p=.017**).
- Anlaşarak evlenen kadınların EDÖ puan ortalamalarının diğer kadınlara göre yüksek olduğu ve EDÖ puan ortalamaları farkının istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (**p=.008**).
- Aile planlama yöntemi kullanan kadınların EDÖ puan ortalamalarının diğer kadınlara göre yüksek olduğu ve EDÖ puan ortalamaları farkının istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (**p=.013**).

- Aile planlama yöntemi olarak modern yöntem kullanan kadınların EDÖ puan ortalamalarının diğer kadınlara göre yüksek olduğu ve EDÖ puan ortalamaları farkının istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (**p=.004**).
- İdrar yolu enfeksiyonu yaşamayan kadınların EDÖ puan ortalamalarının diğer kadınlara göre yüksek olduğu ve EDÖ puan ortalamaları farkının istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (**p=.015**).
- Üreme sistemi enfeksiyonu yaşamayan kadınların EDÖ puan ortalamalarının diğer kadınlara göre yüksek olduğu ve EDÖ puan ortalamaları farkının istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (**p=.030**).
- Kronik hastalığı olmayan ve kronik hastalıkla ilgili ilaç kullanmayan kadınların EDÖ puan ortalamalarının, kronik hastalığı olan ve kronik hastalıkla ilgili ilaç kullanan kadınlardan daha yüksek olduğu fakat farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).
- Eşinde erken boşalma sorunu olmayan kadınların EDÖ puan ortalamalarının diğer kadınlara göre yüksek olduğu ve EDÖ puan ortalamaları farkının istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (**p=.002**).
- Eşinde sertleşme sorunu olmayan kadınların EDÖ puan ortalamalarının diğer kadınlara göre yüksek olduğu ve EDÖ puan ortalamaları farkının istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (**p=.013**).
- Cinsel ilişkide ağrı yaşamayan kadınların EDÖ puan ortalamalarının diğer kadınlara göre yüksek olduğu ve EDÖ puan ortalamaları farkının istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (**p=.000**).
- KCSÖ puanları ile EDÖ puanları arasında negatif yönde “orta” düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur ($r=-.450$, **p=.000**).
- KCSÖ puanları ile eşin yaşı ($r=.118$) ve evlilik süresi ($r=.169$) arasında pozitif yönde “zayıf” düzeyde; evlenme yaşı ile ($r=-.194$) negatif yönde “zayıf” düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler olduğu belirlenmiştir.
- KCSÖ puanları ile kadının yaşı, çocuk sayısı ve beden kitle indeksi arasında anlamlı ilişki olmadığı saptanmıştır.

- EDÖ puanları ile evlenme yaşı arasında pozitif yönde “zayıf” düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler olduğu belirlenmiştir ($r=.173$).
- EDÖ puanları ile kadının ve eşinin yaşı, çocuk sayısı, evlilik süresi ve beden kitle indeksi arasında anlamlı ilişki olmadığı saptanmıştır.
- Korelasyon analizi sonuçları, kadınların KCSÖ’den aldığı puanlar artarken, EDÖ’den aldığı puanların azaldığını göstermiştir. Bu sonuç kadınların cinsel sıkıntılarının artması ile evlilik doyumlarının azalması arasında ilişki olduğunu göstermektedir ($p=.000$).



6.2.ÖNERİLER

- Sağlık personellerine “cinselliğin” bakımın önemli bir boyutu olduğu konusunda farkındalık hizmetiçi eğitimlerle sağlanmalı,
- Hemşireler kişiye özgü cinselliği tanımlayabilmeli, cinsellik ve cinsel fonksiyon konusunda danışmanlık yapabilmeli,
- Hemşireler, kadınlara ergenlik döneminde ve evlilik öncesinde cinsel danışmanlık hizmeti vermeli, yanlış bilinen inanç ve uygulamaları belirlemeli, gerekli eğitimleri vererek uygun birimlere yönlendirmeli,
- Kadın ve eşlerinin cinsel sıkıntılarını rahat ifade edebileceği ortamlar oluşturulmalı ve cinsel sağlığın korunmasına, geliştirilmesine yönelik eğitimlere daha geniş yer verilmeli,
- Hemşireler cinsel sıkıntı ve cinsel fonksiyon bozukluğu açısından risk altında olduğunu düşündüğü kadınları uzmana yönlendirmeli,
- Cinsel sağlığı etkileyen faktörler kapsamlı bir şekilde araştırılmalı ve sorunların çözümü için uygun girişimlerde bulunulmalı,
- Hemşire kadınlara eşi, kendi ailesi ve eşinin ailesi ile iletişim sorunlarının en aza indirilmesi konusunda danışmanlık yapmalı ve aynı zamanda aile üyelerini kadına destek olmaları konusunda bilgilendirmeli,
- Kadınların kendilerine yönelik saygılarını geliştirebilmesi, cinsel yaşantılarıyla ilgili bilinçli seçimler yapabilmesi, kapsamlı bilgi ve beceriler kazanması için eğitim düzeyinin artırılmasına destek olunmalı,
- Kadınların erken yaşta zevkleri, idealleri, standartları ve değerleri kararlılık kazanmamış, hedeflerini ve düşüncelerini tam olarak belirleyememiş olması nedeni ile erken yaşta yapılan evliliklerin önüne geçilmeli,
- Kadınların yaşam kalitesini ve evlilik doyumlarını artırmak amacıyla cinsel fonksiyon bozuklukları ve cinsel sıkıntılar ile ilgili geniş ölçekli çalışmalar yapılmalıdır.

KAYNAKLAR

- Abalı S, Kömürcü N. (2008). Evlilikte cinsel sorunlar boşanma nedeni midir? Kadın Cinsel Sağlığı Derleme, 1, 270-272.
- Akarsu NH, Beji NK. (2016). Kadın cinsel fonksiyon bozuklukları sınıflandırılmasında DSM-V kapsamında yapılan değişiklikler. *Androloji Bülteni*, 18(65), 134–137.
- Alexander LL, LaRose JH. (2004). Sexual and Reproductive Dimensions of Women's Health, New Dimensions in Women Health, Third Edition, USA.
- Alkan E. (2008). Cinsel İşlev Bozuklukları ve Kişilerarası Tarz, Öfke, Kendilik Algısı. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Uygulamalı Psikoloji Anabilim Dalı, Ankara.
- American College of Obstetricians and Gynecologists (2011). Female sexual dysfunction. Practice Bulletin. *Obstetrics Gynecology*, 117, 996–1007.
- American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th edition. Washington.
- American Psychiatric Association (2013). DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders. 5th edition. American Psychiatric Press, USA.
- Arıdoğan İA, Tashbulatova D, İzol V, Seydaoğlu G, Ürünsak İF, Doran Ş. (2013). İnfertil kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu: depresyon ve demografik faktörler ile ilişkisi. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 33(1), 91-97.
- Aslan E, Beji NK, Güngör I, Kadioğlu A, Dikencik BK. (2008). Prevalence and risk factors for low sexual function in women: a study of 1,009 women in an outpatient clinic of a university hospital in Istanbul. *Journal of Sexual Medicine*, 5(9), 2044-2052.
- Aslan G, Köseoğlu H, Sadık Ö. (2005) Sexual function in women with urinary incontinence. *International Journal of Impotence Research*, 17, 248-251.
- Aşçı Ö, Kızılkaya B. (2012). İnfertilite Danışmanlığı. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 20(2), 154-159.
- Atış G, Dalkılınç A, Altuntaş Y, Atış A, Çaşkurlu T, Ergenekon E. (2010). Sexual dysfunction in women with clinical hypothyroidism and subclinical hypothyroidism. *Journal Sexual Medicine*, 7, 2583-2590.

- Aydın S, Onaran İ, Topalan K, Arıoğlu Aydın Ç, Dansuk R (2016). Development and validation of Turkish version of the female sexual distress scale-revised. *Sexual Medicine*, 4(1), 43–50.
- Balcı M, Aslan Y, Aydın A, Kayalı M, Tuncel A, Atan A. (2012). Türk erkeklerinde cinsel fonksiyon bozukluğu taraması. *Ortadoğu Tıp Dergisi*, 4(3), 108-113.
- Barrett G, Pendry E, Peacock J, Victor C, Thakar R, Manyonda I. (1999). Women's sexuality after childbirth: a pilot study. *Archives of Sexual Behavior*, 28(2), 179-191.
- Basson R, Berman J, Burnett A. (2000). Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: Definitions and classifications. *Journal of Urology*, 163, 888-893.
- Basson R. (2000). The female sexual response: a different model. *Sexual Marital Therapy*, 26(1), 51-65.
- Baytur YB, Deveci A, Uyar Y, Ozçakır HT, Kızılkaya S, Çağlar H. (2005). Mode of delivery and pelvic floor muscle strength and sexual function after childbirth. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 88, 276-280.
- Berman J, Adhikari S, Goldstein I. (2000). Anatomy and physiology of female sexual dysfunction and dysfunction: classification, evaluation and treatment options. *European Urology*, 38, 20-29.
- Berman J, Berman L, Goldstein I. (1999). Female sexual dysfunction incidence, pathophysiology, evaluation and treatment options. *Urology*, 54, 385.
- Blümel JE, Chedraui P, Baron G, Belzares E, Bencosme A, Calle A ve ark. (2009). Collaborative Group for Research of the Climacteric in Latin America. Sexual dysfunction in middle-aged women: A multicenter Latin American study using the Female Sexual Function Index. *Menopause*, 16, 1139-1148.
- Boyacıoğlu GS. (1999). Kadın cinsel işlev bozuklukları. *Psikiyatri Dünyası*, 3(2), 54-59.
- Bozdemir N, Özcan S. (2011). Cinselliğe ve cinsel sağlığa genel bakış. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 5(4), 37–46.
- Breznysnyak M, Whisman MA. (2004). Sexual desire and relationship functioning: the effects of marital satisfaction and power. *Journal of Sexual & Marital Therapy*, 30(3), 199-217.

- Büyüköztürk Ş. (2007). Veri Analizi El Kitabı İstatistik, Araştırma Deseni, SPSS Uygulamaları ve Yorum (7. bs.). Ankara: Pegem A Yayıncılık. S: 32.
- CETAD (2008). Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Alanında Ulusal ve Yerel Medya Yoluyla Savunuculuk Projesi Bilgilendirme Dosyası 1: Cinsel Yaşam ve Sorunları. Erişim Tarihi: 05.04.2018.
<http://www.cetad.org.tr>.
- Clayton AH. (2003). Sexual function and dysfunction in women. *Psychiatric Clinics of North America*, 26(3), 673-682.
- Coleman E. (2008). Sexual Health for the Millennium: An Introduction. *International Journal of Sexual Health*, 20(1), 1-6.
- Çağ P, Yıldırım İ. (2013). Evlilik doyumunu yordayan ilişkisel ve kişisel değişkenler. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 4(39), 13-23.
- Çayan S, Akbay E, Bozlu M, Canpolat B, Acar D, Ulusoy E. (2004). The prevalence of female sexual dysfunction and potential risk factors that may impair sexual function in Turkish women. *Urology International*, 72(1), 52-57.
- Çelik M, Yazgan İnanç B. (2009). Evlilik doyum ölçeği: geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları. Çukurova Üniversitesi. *Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 18(2), 247-269.
- Dalpiazo O, Kerschbaumer A, Mitterberger M, Pinggera GM, Colleselli D, Bartsch G, Strasser H. (2008). Female sexual dysfunction: a new urogynaecological research field. *British Journal of Urology International*, 101, 717-721.
- Demir E. (2014). Farklı Denetim Odağına Sahip Evli Bireylerin Evlilik Doyumunun İncelenmesi. Yüksek lisans tezi. Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Demir Ö, Parlakay N, Gök G, Esen AA. (2007). Hastane çalışanı bayanlarda cinsel işlev bozukluğu. *Türk Üroloji Dergisi*, 33, 156-160.
- Demiray Ö. (2006). Evlilikte Uyumun Demografik Özelliklere Göre İncelenmesi. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. Dicle Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Diyarbakır.
- Demirezen E. (2006). Birinci basamakta kadın cinselliğinin değerlendirilmesi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 15(5), 79-81.

- Dennerstein L, Alexander JL, Kotz K. (2003). The menopause and sexual functioning: a review of the population-based studies. *Annual Review of Sex Research*, 14, 64-82.
- Dennerstein L, Lehert P, Burger H. (1999). Factors affecting sexual functioning of women in the mid-life years. *Climacteric*, 2, 254-262.
- Derogatis L, Rosen R, Leiblum S, Burnett A, Heiman J. (2002). The Female Sexual Distress Scale (FSDS): Initial validation of a standardized scale for assessment of sexually related personal distress in women. *Journal of Sexual & Marital Therapy*, 28(4), 317-330.
- Derogatis LR, Burnett AL. (2008). The epidemiology of sexual dysfunctions. *Journal of Sexual Medicine*, 5, 289-300.
- Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 55(1), 34-43.
- Dinçer Ö. (2007). Namus ve Bekaret: Kuşaklar Arasında Değişen Ne? İki Kuşaktan Kadınların Cinsellik Algıları. Yüksek Lisans Tezi. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Ankara.
- Doğan S, Saraçoğlu GV. (2009). Yaşam boyu vajinismus olan kadınlarda cinsel bilgi, evlilik özellikleri, cinsel işlev ve doyumun değerlendirilmesi. *Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 26(2), 151-158.
- Ege E, Akın B, Yaralı Arslan S, Bilgili N. (2010). Sağlıklı kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu sıklığı ve risk faktörleri. *Türk Bilim Araştırma Vakfı Bilim Dergisi*, 3, 137-144.
- Elbozan BC, Karlıdağ R, Almış BH. (2012). Fiziksel Engellilerde Cinsellik. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, 4(1), 84-98.
- Elnashar AM, İbrahim ME, Desoky MM, Ali OM, Hassan ME. (2007). Female sexual dysfunction in lower Egypt. *An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 114, 201-206.
- Erbek E, Beştepe E, Akar H, Alpkan L, Eradamlar N. (2005). Cinsellik ve çift uyumu arasındaki ilişki: üç grup evli çiftte karşılaştırmalı bir çalışma. *Düşünen Adam*, 18(2), 72-81.

- Erbil N. (2011). Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction among Turkish women attending a maternity and gynecology outpatient clinic. *Sexual Disability*, 29, 377-386.
- Erden M, Akman Y (2001). Gelişim ve öğrenme. Ankara: Özkan Matbaacılık. S: 86-87.
- Erenel A, Kıtış Y. (2011). Kadın cinsel fonksiyonunun belirlenmesine yönelik bir çalışma. *Türkiye Klinikleri Journal of Obstetrics and Gynecology*, 21(4), 251-259.
- Ertop NG, Altay B. (2012). 15-49 yaş arası evli kadınların kullandıkları aile planlaması yönteminin eş uyumuna etkisinin incelenmesi. *Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 14(3), 1302-3314.
- Esposito K, Maiorino MI, Bellastella G. (2010). Determinants of female sexual dysfunction in type 2 diabetes. *International Journal of Impotence Research*, 22, 179-184.
- Fanfulla F, Camera A, Fulgoni P, Chiovato L, Nappi R. (2013). Sexual dysfunction in obese women: does obstructive sleep apnea play a role? *Sleep Medicine*, 14(3), 252-256.
- Frank E, Anderson C, Rubenstein D. (1978). Frequency of sexual dysfunction in normal couples. *The New England Journal of Medicine*, 299, 111-115.
- Gabalıcı E, Terzioğlu F. (2010). The effect of family planning methods used by women of reproductive age on their sexual life. *Sexuality and Disability*, 28(4), 275-285.
- Ghezzi F, Serati M, Cromi A, Uccella S, Triacca P, Bolis P (2006). Impact of tension-free vaginal tape on sexual function: results of a prospective study. *International Urogynecol*, 17, 54-59.
- Glenn ND. (1991). The recent trend in marital success in the United States. *Journal of Marriage and The Family*, 53(1), 261-270.
- Gölbaşı Z, Tuğut N, Erenel AŞ, Eroğlu K. (2014). Jinekoloji polikliniğine başvuran evli kadınlarda cinsel işlev bozukluğu yaygınlığı ve ilişkili bazı faktörler. *Cumhuriyet Tıp Dergisi*, 36, 1-10.

- Gölbaşı Z, Tuğut N. (2010). Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği - Kadın Türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Cumhuriyet Tıp Dergisi*, 32, 172-180.
- Gölbaşı Z. (2003). Sağlıklı gençlik ve toplum için bir adım: cinsel sağlık eğitimi. *T.C Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu Başkanlığı Eğitim-Kültür Araştırma Dergisi*, 5(2), 33-41.
- Gönenir LE, Özlü M, Şahin İ, Evren B, Kayaalp B, Karlıdağ R. (2017). Morbid obez kadın hastalarda vücut kitle indeksinin cinsel işlevler üzerine etkisi. *Düşünen Adam*, 30, 338-334.
- Guindon MH. (2009). What is self-esteem?, M. H. Guindon (Ed.), *Self-esteem across the lifespan: Issues and interventions*. New York: *Taylor and Francis*, S: 3-25.
- Gülsün M, Ak M, Bozkurt A. (2009). Psikiyatrik açıdan evlilik ve cinsellik. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 1, 68-79.
- Güvel S, Yaycıoğlu Ö, Bağış T, Savaş N, Bulgan E, Öz kardeş H. (2003). Evli kadınlarda cinsel fonksiyonlara etkin faktörler. *Türk Üroloji Dergisi*, 29(1), 43-48.
- Hallward A, Ellison JM. (2001). Sexual Dysfunction In: Antidepressants and Sexual Function. *Harcourt Health Communications*, S: 28-57.
- Harlow BL, Wise LA, Stewart EG (2001). Prevalence and predictors of chronic lower genital tract discomfort. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 185, 545-550.
- Hartman MC. (1980). The Interface between sexual dysfunction and marital conflict. *American Journal of Psychiatry*, 137(5), 576-579.
- Hayes R, Dennerstein L. (2005). The impact of aging on sexual function and sexual dysfunction in women: A review of population-based studies. *Journal Sexual Medicine*, 2, 317-330.
- Henderson AW, Lehavot K, Simoni JM. (2009). Ecological models of sexual satisfaction among lesbian/bisexual and heterosexual women. *Archives of Sexual Behavior*, 38(1), 50-65.
- Hilliges M, Falconer C, Ordeberg CE, Johansson O. (1995). Innervation of the human vaginal mucosa as revealed by PGP 9.5 immunohistochemistry. *Cells Tissues Organs*, 153(2), 119-126.

- Hullfish KL, Pastore LM, Mormon AJ, Wernecke Y, Bovbjerg VE, Clayton AH. (2009). Sexual functioning of latino women seeking outpatient gynecologic care. *Journal Sexual Medicine*, 6, 61-69.
- Ishak IH, Low WY, Othman S. (2010). Prevalence, risk factors, and predictors of female sexual dysfunction in a primary care setting: a survey finding. *Journal Sexual Medicine*, 7(9), 3080-3087.
- İncesu C. (1998). Cinsel işlevler ve cinsel işlev bozuklukları. *Klinik Psikiyatri*, 3, 3-13.
- İncesu C. (2004). Cinsel işlevin fizyolojisi. Cinsel işlev bozuklukları monograf serisi. *Türk Psikiyatri Dizini*, 1, 3-11.
- Julien D, Markman HJ. (1991). Social support and social networks as determinants of individual and marital outcomes. *Journal of Social and Personal Relationships*, 8, 549-568.
- Kadri N, Alami KH, Tahiri M. (2002). Sexual dysfunction in women: population based epidemiological study. *Archives Women Health*, 5, 59-63.
- Kamacı S. (2003). Primer İnfertil Çiftlerde İnfertilitenin Aile Yaşamına Etkisinin İncelenmesi. Mezuniyet tezi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, İzmir.
- Karney BR, Bradbury TN. (2000). Attributions in marriage: State or trait? A growth curve analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78, 295-309.
- Kasap E, Aksu EE, Şahin N, Güçlü S, Gür EB. (2016). Doğum şeklinin seksüel fonksiyon üzerine etkisi var mıdır? *Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dergisi*, 26(3), 201-206.
- Kaya Y, Aslan E. (2013). Kadın Cinselliğinde Gelenekler ve Kültür. Erişim Tarihi: 24.02.2017.
https://www.journalagent.com/androloji/pdfs/AND_2013_54_214_217.pdf.
- Khazaeia M, Rostamib R, Zaryabic A. (2011). The Relationship between sexual dysfunctions and marital satisfaction in Iranian married students. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*; 30, 783-785.
- Kılıç A, Akyüz A, Yavan T, Güvenç G. (2009). Kontraseptiflerin cinsel yaşantıya etkileri üzerine niteliksel bir çalışma. *Turkish Journal Of Obstetrics and Gynecology*, 19(3), 131-141.

- Kolotkin RL, Crosby RD, Gress RE, Hunt SC, Engel SG, Adams TD. (2008). Health and health-related quality of life: differences between men and women who seek gastric bypass surgery. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 4, 651-658.
- Köroğlu E, Güleç C. (2007). *Psikiyatri Temel Kitabı* (2.bs). Ankara: Hekimler Yayın Birliği. Ankara.
- Kütmeç C, Yurtsever S. (2011). Effects of sexual function of essential hypertension in women. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 10(1), 56-63.
- Kütmeç C. (2009). Kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu ve hemşirelik bakımı. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 4(12), 111-136.
- Larson JH, Holman TB. (1994). Predictors of marital quality and stability. *Family Relations*, 43, 228-237.
- Latif EZ, Diamond MP. (2013). Arriving at the diagnosis of female sexual dysfunction. *Fertility and Sterility*, 100(4), 898-904.
- Laumann EO, Paik A, Rosen RC. (1999). Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *Journal of the American Medical Association*, 281, 537-544.
- Leiblum S. (1999). What every urologist should know about female sexual dysfunction. *International Journal of Impotence Research*, 11, 39-40.
- Litzinger Z, Gordon K. (2005). Exploring relationships among communication, sexual satisfaction, and marital satisfaction. *Journal of Sexual and Marital Therapy*, 31(5), 409-429.
- Liu P, Yuan Y, Liu M, Wang Y, Li X, Yang M ve ark. (2015). Factors associated with menopausal symptoms among middle-aged registered nurses in Beijing. *Gynecological Endocrinology*, 31(2), 119-124.
- Lurie S, Aizenberg M, Sulema V, Boaz M, Kovo M, Golan A ve ark. (2013). Sexual function after childbirth by the mode of delivery: a prospective study. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 288(4), 785-792.
- McCoy NL. (2000). Questionnaires to measure sexual quality of life. *The McCoy Female Sexuality Questionnaire*, 9, 739-745.

- Mercer CH, Fenton KA, Johnson AM, Wellings K, Macdowall W, McManus S ve ark. (2003). Sexual function problems and help seeking behaviour in Britain: national probability sample survey. *British Medical Journal*, 327, 426-427.
- Mert DG, Erberk Özen N. (2011). Hastalarda cinsel işlev bozukluğu ve ilişkili sosyokültürel parametrelerin değerlendirilmesi. *Klinik Psikiyatri*, 14, 85-93.
- Meston CM. (2000). Sympathetic nervous system activity and female sexual arousal. *American Journal of Cardiology*, 86(2), 30-34.
- Millî Eğitim Bakanlığı (2012). Meslekî Eğitim ve Öğretim Sisteminin. Güçlendirilmesi Projesi (MEGEP). Psikiyatride Görülebilecek Diğer Bozukluklar. Ankara.
- Moreira ED, Glasser DB, Nicolosi A. (2008). Sexual problems and help-seeking behaviour in adults in the United Kingdom and continental Europe. *British Journal of Urology International*, 101, 1005-1011.
- Norton P, Brubaker L. (2006). Urinary incontinence in women. *Lancet*, 367, 57-67.
- Oberg K, Fugl S, Meyer K. (2005). On Swedish women's distressing sexual dysfunctions: some concomitant conditions and life satisfaction. *Journal Sexual Medicine*, 2, 169-180.
- Öksüz E, Malhan S. (2006). Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction in Turkish women. *Journal Urology*, 175, 654-658.
- Özdemir FÇ, Pehlivan E. (2015). Cinsel fonksiyon düzeylerinin değerlendirilmesi. Evaluation of sexual function levels of women. *Medicine Science*, 4(4), 2751-2761.
- Özerdoğan N, Sayın FD, Köşgeroğlu N, Ünsal A. (2009). 40-65 yaş grubu kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu prevalansı, depresyon ve diğer ilişkili faktörler. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2, 46-58.
- Özgüven İE. (2001). Evlilik ve Aile Terapisi. Ankara: PDREM Yayınları.
- Özkan S, Sevil Ü. (2004). Kadınlarda sık görülen vulva vajinal enfeksiyonlar. Pakman Matbaacılık. İzmir, 2-4.
- Öztürk H, Gümüş B. (2014). Metabolik Sendrom ve Kadınlarda Seksüel Disfonksiyon. Erişim Tarihi: 24.02.2018. http://www.journalagent.com/androloji/pdfs/AND_2014_56_77_82.pdf

- Palacios S, Castano R, Graziottin A. (2009). Female sexual dysfunctions in the office: tools to meet the challenge. *Maturitas*, 63(2), 119-123.
- Pimentel EE. (2000). Just how do I love thee? Marital relations in urban China. *Journal of Marriage and the Family*, 62(1), 32-47.
- Reid G, Bruce AW. (2003). Urogenital infections in women: can probiotics help? *Postgraduate Medical Journal*, 79, 428-432.
- Rosen RC, Taylor JF, Leiblum SR. (1993). Prevalence of sexual dysfunction in women: Results of a survey study of 329 women in an outpatient gynecological clinic. *Journal Sexual Marital Therapy*, 19, 171- 188.
- Rosen RC. (2000). Prevalence and risk factors of sexual dysfunction in men and women. *Current Psychiatry Reports*, 2, 189-195.
- Safarinejad MR. (2006). Female sexual dysfunction in a population-based study in Iran: prevalence and associated risk factors. *International Journal of Impotence Research*, 18, 382-395.
- Salonia A, Zanni G. (2004). Sexual dysfunction is common in women with lower urinary tract symptoms and urinary incontinence: Results of a cross-sectional study. *European Urology*, 45, 642–648.
- Sanchez M, Fuentes M, Santos-Iglesias P, Sierra JC. (2014). A systematic review of sexual satisfaction. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 14(1), 67-75.
- Scott VC, Sandberg JG, Harper M, Miller RB. (2012). The impact of depressive symptoms and health on sexual satisfaction for older couples: Implications for clinicians. *Contemporary Family Therapy*, 34(3), 376-390.
- Sen I, Onaran M, Aksakal N. (2006). The impact of urinary incontinence on female sexual function. *Advances in Therapy*, 23, 999–1008.
- Singh JC, Tharyan P, Kekre NS, Singh G, Gopalakrishnan G. (2009). Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction in women attending a medical clinic in south India. *Journal of Postgraduate Medicine*, 55(2), 113-120.
- Smith AM, Patrick K, Heywood W, Pitts MK, Richters J, Shelley JM ve ark. (2012). Body mass index, sexual difficulties and sexual satisfaction among people in regular heterosexual relationships: a population-based study. *Internal Medicine Journal*, 42, 641-651.

- Sokolski, DM, Hendrick SS. (1999). Marital satisfaction. *American Journal of Family Therapy*, 26(1), 39-49.
- Steinke EE. (2005) Intimacy needs and chronic illness: strategies for sexual counseling and self-management. *Journal of Gerontological Nursing*, 31(5), 40-50.
- Stenberg A, Heimer G, Ulmsten U. (1995). The prevalence of urogenital symptoms in postmenopausal women. *Maturitas*, 22, 17-20.
- Stevenson R. (2004). Sexual medicine: why psychiatrists must talk to their patients about sex. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 49, 673–676.
- Sungur MZ. (1998). Cinsel eğitim. *Klinik Psikiyatri*, 1(2), 103-108.
- Tashbulatova D. (2007). İnfertil Kadınlarda Cinsel Fonksiyona Etki Eden Faktörler. Uzmanlık tezi. Çukurova Üniversitesi, Adana.
- Taşkın L. (2011). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Genişletilmiş 10. Baskı, Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık, S: 211-225.
- Trudel G. (2002). Sexual and marital life: Results of a survey. *Journal of Sexual and Marital Therapy*, 28(3), 229-249.
- Tuğrul C, Kabakçı E. (1997). Vaginismus and its correlates. *Sexual Marital Therapy*, 12(1), 23–34.
- Tutarel-Kışlak Ş, Göztepe I. (2012). Duygu dışavurumu, empati, depresyon ve evlilik uyumu arasındaki ilişkiler. *Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 3(2), 27-46.
- Türkiye Aile Sağlığı ve Planlaması Vakfı internet sitesi. Erişim tarihi: 10.10.2017 <http://www.tapv.org.tr/tci/24/cinsel-saglik-programi>.
- Uçan Ö. (2007). Boşanma sürecinde kriz merkezine başvuran kadınların retrospektif olarak değerlendirilmesi. *Klinik Psikiyatri*, 10, 38-45.
- Üncü S. (2007). Duygusal Zeka ve Evlilik Doyumu İlişkisi. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara Üniversitesi, Ankara.
- Valadares AL, Pinto-Neto AM, Conde DM, Sousa MH, Osis MJ, Paiva LC. (2008). Population-based study of dyspareunia in a cohort of middle-aged Brazilian women. *Menopause*, 15(6), 1184-1190.

- Volgsten H, Svanberg AS, Ekselius L, Lundkvist Ö, Poromaa S. (2010). Risk factors for psychiatric disorders in infertile women and men undergoing in vitro fertilization treatment. *Fertility and Sterility*, 93, 1088-1096.
- Wang H, Xu X, YaO Z, Zhov Q. (2003). Impact of delivery types on women's sexual health. *Journal of Reproduction and Contraception*, 14 (4), 237-242.
- Witting K, Santtila P, Varjonen M, Jern P, Johansson A, Pahlen B, Sandnabba K. (2008). Female sexual dysfunction, sexual distress and compatibility with partner. *Journal Sexual Medicine*, 5, 2587–2599.
- World Health Organization (2010). Developing sexual health programmes. Erişim Tarihi:16.05.2018.
http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70501/WHO_RHR_HRP_10.2
2.
- Yadalijamaloye Z, Naseri E, Shoshtari M, Khaledian M, Ahrami R. (2013). Relationships between selfesteem and marital satisfaction among women. *Psychology and Behavioral Sciences*, 2(3), 124-129.
- Yağmur Y. (2007). Malatya ili Fırat Sağlık Ocağı bölgesinde yaşayan 15-49 yaş kadınların genital hijyen davranışları. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6(5), 325-330.
- Yalçın H. (2014). Evlilik uyumu ile sosyodemografik özellikler arasındaki ilişki. *Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi*, 3(1), 250-261.
- Yaşar H, Özkan L, Tepeler A. (2010). Kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluklarına güncel yaklaşım. *Klinik ve Deneysel Araştırmalar Dergisi*, 1(3), 235-240.
- Yee LA, Sundquist KJ. (2003). Older women's sexuality. *The Medical Journal of Australia*, 16, 178, 640-642.
- Yıldız MA, Büyükşahin Çevik G. (2016). Evli bireylerin evlilik doyumlarının ve yaşam doyumlarının incelenmesi. *International Journal of Human Sciences*, 13(1), 227-242.
- Zarbaksh M, Taghavi P, Rahmani M. (2013). The relationship between sexual self-esteem and all its components with marital satisfaction in athletic women of Tehran. *European Online Journal of Natural and Social Sciences*, 2(2), 200-206.

EKLER

Ek 1. Kişisel Bilgi Formu

Anket No:

Değerli Katılımcı,

Bu çalışma, “*Kadınların Cinsel Sıkıntıları ve Evlilik Doyumları Arasındaki ilişki*” nin incelenmesi amacıyla planlanmıştır. Araştırmadan elde edilen sonuçlar istatistiksel olarak rakamlarla ifade edilecek olup, kişisel olarak kullanılmayacaktır. Tüm soruların içtenlikle ve eksiksiz olarak cevaplanması çalışması çalışmanın bilimsel değeri açısından önemlidir. Lütfen aşağıdaki sorulara olabildiğince net ve doğru cevap vermeye çalışınız. Çalışmaya yapacağınız katkı, özveri ve sabrınız için teşekkür ederim.

Dilek ÜRKMEZ

Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri
Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans
Öğrencisi

1. Kaç yaşındasınız?

2. Boyunuz:

3. Kilonuz :.....

4. Öğrenim durumunuz nedir?

1. İlkokul – ortaokul mezunu 2. Lise mezunu 3. Üniversite mezunu

5. Çalışma durumunuz nedir? 1. Ev hanımı 2. Memur 3. İşçi 4. Emekli

6. Eşinizin yaşı nedir?.....

7. Eşinizin öğrenim durumu nedir?

1. İlkokul – ortaokul mezunu 2. Lise mezunu 3. Üniversite mezunu

8. Eşinizin Çalışma durumu nedir?

1. Memur 2. İşçi 3. Emekli 4. Serbest meslek 5. Çiftçi

9. En uzun süre yaşadığınız yer neresidir?

1. Köy 2. Kasaba 3. Şehir

10. Aile tipiniz nedir? 1. Çekirdek aile 2. Geniş aile

11. Ekonomik durumunuzu belirtiniz.

1. İyi 2. Orta 3. Kötü

13. Evlenme yaşıınız nedir?.....

14. Evlilik süresiniz nedir?.....

Ek 1. Kişisel Bilgi Formu (Devam)

15. Evlenme Şekliniz nedir?

1. Anlaşarak 2. Görücü usulü 3. Aile Baskısı ile

16. Çocuk sayınız nedir?.....

17. En son doğum şekliniz nedir? 1. Vajinal doğum 2. Sezaryen

18. En son doğumunuzdan bu yana geçen süre nedir?.....

19. Kullandığınız aile planlaması yöntemi var mı?

1. Evet 2. Hayır

20. 19. soruya cevabınız "EVET" ise hangi yöntemi kullanıyorsunuz?

1. Modern Yöntem (Hap, iğne, kondom, Rahim içi araç, Tüpleri bağlatma)
2. Geleneksel Yöntem (Geri çekme, hazne yıkama)

21. Kronik hastalığınız var mı?

1. Evet 2. Hayır

22. Cevabınız evet ise hastalığınız nedir?

1. Diyabet 2. Hipertansiyon 3. Kalp Hastalığı
4. Depresyon 5. Troid Hastalığı 6. Diğer (yazınız).....

23. Hastalığınız ile ilgili ilaç kullanıyor musunuz?

1. Evet 2. Hayır

24. İdrar kaçırma şikayetiniz var mı?

1. Evet 2. Hayır

25. İdrar yolu enfeksiyonu geçirir misiniz?

1. Evet 2. Hayır

26. Üreme sistemi enfeksiyonu (hazneden gelen akıntının kokulu, renkli olması ya da kaşıntılı olması) geçirir misiniz?

1. Evet 2. Hayır

27. Cinsel ilişki sırasında ağrı yaşama sorunuz var mı?

1. Evet 2. Hayır

28. Adet öncesi 10 günlük dönemde sinirlilik, ağrı, ödem, memelerde hassasiyet, tatlı yeme isteğinde artış gibi sorunlar yaşar mısınız?

1. Evet 2. Hayır

Ek 1. Kişisel Bilgi Formu (Devam)

29. Sizden kaynaklanan çocuk sahibi olamama sorunuz var mı?

1. Evet 2. Hayır

30. Eşinizde cinsel ilişki sırasında erken boşalma sorunu var mı?

1. Evet 2. Hayır

31. Eşinizde cinsel ilişki sırasında sertleşme sorunu var mı?

1. Evet 2. Hayır

32. Eşinizden kaynaklanan çocuk sahibi olamama sorunuz var mı?

1. Evet 2. Hayır



Ek 2. Kadın Cinsel Sıkıntı Ölçeği

Sayın katılımcı;

Aşağıda kadın cinselliği ile ilişkili problem ve duygular ile ilgili sorular yer almakta. Son 4 hafta içerisinde ne kadar sıklıkla aşağıdaki problemler sizi rahatsız ettiği veya sıkıntılındığına yönelik maddeler bulunmaktadır. Sizden istenen her bir maddede size uyan tek bir seçeneği işaretlemenizdir. Lütfen tüm sorulara cevap veriniz.

Teşekkür ederim.

CİNSEL AKTİVİTE: Cinsel birleşme, sevişme ve kendini tatmin dahil olmak üzere tüm cinsel faaliyetler.

CİNSEL İLİŞKİ: Kadın ile erkeğin cinsel birleşmesi (sertleşmiş kamışın/erkeklik organının kadının haznesine girmesi)

Tüm sorularda yalnız bir kutuyu işaretleyiniz.

1. Son 4 hafta içinde, ne kadar sıklıkla cinsel hayatınızla ilgili sıkıntı duydunuz?

- Hiçbir zaman
- Nadiren
- Ara sıra (bazen)
- Sık sık (çoğunlukla)
- Her zaman

2. Son 4 hafta içinde, ne kadar sıklıkla cinsel ilişkinizle ilgili mutsuz oldunuz?

- Hiçbir zaman
- Nadiren
- Ara sıra (bazen)
- Sık sık (çoğunlukla)
- Her zaman

3. Son 4 hafta içinde, ne kadar sıklıkla cinsellikle ilgili güçlükler nedeniyle suçluluk duydunuz?

- Hiçbir zaman
- Nadiren
- Ara sıra (bazen)
- Sık sık (çoğunlukla)
- Her zaman

Ek 2. Kadın Cinsel Sıkıntı Ölçeği (Devam)

4. Son 4 hafta içinde, ne kadar sıklıkla cinsel problemlerinizi bıkmış hissettiniz?

- Hiçbir zaman
- Nadiren
- Ara sıra (bazen)
- Sık sık (çoğunlukla)
- Her zaman

5. Son 4 hafta içinde, ne kadar sıklıkla cinsel aktivite sizi korkuttu?

- Hiçbir zaman
- Nadiren
- Ara sıra (bazen)
- Sık sık (çoğunlukla)
- Her zaman

6. Son 4 hafta içinde, ne kadar sıklıkla cinsel problemler kendinizi küçük görmenize neden oldu?

- Hiçbir zaman
- Nadiren
- Ara sıra (bazen)
- Sık sık (çoğunlukla)
- Her zaman

7. Son 4 hafta içinde, ne kadar sıklıkla cinsellik konusunda endişeli hissettiniz?

- Hiçbir zaman
- Nadiren
- Ara sıra (bazen)
- Sık sık (çoğunlukla)
- Her zaman

8. Son 4 hafta içinde, ne kadar sıklıkla cinsel açıdan yetersiz hissettiniz?

- Hiçbir zaman
- Nadiren
- Ara sıra (bazen)
- Sık sık (çoğunlukla)
- Her zaman

Ek 2. Kadın Cinsel Sıkıntı Ölçeği (Devam)

9. Son 4 hafta içinde, ne kadar sıklıkla cinselliğiniz ile ilgili pişmanlıklar yaşadınız?

- Hiçbir zaman
- Nadiren
- Ara sıra (bazen)
- Sık sık (çoğunlukla)
- Her zaman

10. Son 4 hafta içinde, ne kadar sıklıkla cinsel sorunlarınız hakkında utandınız?

- Hiçbir zaman
- Nadiren
- Ara sıra (bazen)
- Sık sık (çoğunlukla)
- Her zaman

11. Son 4 hafta içinde, ne kadar sıklıkla cinsel hayatınızdan memnun kalmadınız?

- Hiçbir zaman
- Nadiren
- Ara sıra (bazen)
- Sık sık (çoğunlukla)
- Her zaman

12. Son 4 hafta içinde, ne kadar sıklıkla cinsel hayatınızla ilgili sinirlendiniz (kızdınız)?

- Hiçbir zaman
- Nadiren
- Ara sıra (bazen)
- Sık sık (çoğunlukla)
- Her zaman

13. Son 4 hafta içinde, ne kadar sıklıkla cinsel isteksizliğinizden rahatsız oldunuz?

- Hiçbir zaman
- Nadiren
- Ara sıra (bazen)
- Sık sık (çoğunlukla)
- Her zaman

Ek 3. Evlilik Doyum Ölçeği

Aşağıda evlilik ilişkiniz ile ilgili bir takım ifadeler bulunmaktadır. Her ifadeyi dikkatlice okuduktan sonra yanındaki kutularda bulunan seçeneklerden size uygun olan seçeneği (X) ile işaretleyiniz lütfen hiçbir ifadeyi boş bırakmayınız. İçten ve doğru verdiğiniz yanıtlar için teşekkür ederiz.	Bana hiç uygun değil	Bana uygun değil	Bana biraz uygun	Bana uygun	Bana tamamen uygun
1. Eşimin bana değer vermediğini hissediyorum.	5	4	3	2	1
2. Ailelerimizin evliliğimize müdahale etmeleri ilişkimizi olumsuz etkiliyor.	5	4	3	2	1
3. Eşimin bedenini iyi tanırım.	1	2	3	4	5
4. Eşim cinsel açıdan yeterlidir.	1	2	3	4	5
5. Eşimin anne ve babasına evliliğinden daha çok önem vermesi beni mutsuz ediyor.	5	4	3	2	1
6. Eşimle olan cinsel yaşamımda ön sevişme önemli bir yer tutuyor.	1	2	3	4	5
7. Cinsel yönden eşimle uyumluyum	1	2	3	4	5
8. Eşimin bana güven duymadığını düşünüyorum.	5	4	3	2	1
9. Eşimle her ikimizde cinsel doyuma ulaşıyoruz	1	2	3	4	5
10. Bir topluluk içinde eşim beni komik duruma düşürür.	5	4	3	2	1
11. Eşimin ailesi ile birlikte yaşamak benim için bir kabustur.	5	4	3	2	1
12. Eşimin ailesinin etkisinde kalması evlilik ilişkimizi kötü etkiliyor	5	4	3	2	1
13. Eşimin ailesine hayır diyememesi beni mutsuz ediyor.	5	4	3	2	1

Ek 4. Bilgilendirilmiş Onam Formu

Değerli Katılımcı,

Ben Dilek ÜRKMEZ, Ordu Üniversitesi'nde yüksek lisans öğrencisiyim. Yüksek lisans tezi olarak "**Kadınların Cinsel Sıkıntıları ve Evlilik Doyumları Arasındaki İlişki**" isimli çalışmayı yürütmekteyim.

Bu bilimsel araştırma ile kadınların cinsel sıkıntıları ve evlilik doyumları arasındaki ilişkiyi inceleyerek, bulunan sonuçların erken önlem alınmasını sağlayacağını düşünmekteyim.

Araştırma için Ordu İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'nden gerekli izinler alınmıştır. Bu çalışmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır. Araştırmadaki işlemlerin size hiçbir zararı olmayacaktır. Bu çalışmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır katılmanız için hiçbir zorunluluk yoktur.

Araştırma süresince ortalama 20–25 dakikanızı alacak olan anket formlarını yanıtlayacaksınız. Anket formlarına isim yazmanız gerekmemektedir. Anketi doldurmanız çalışmaya katılmayı kabul ettiğinizi göstermektedir. Çalışmadan istediğiniz zaman çekilebilirsiniz ve çekilmeniz halinde hiçbir şekilde olumsuz etkilenmeyeceksiniz. Sorulara yanıtlarınız gizli tutulacak ve kimseyle paylaşılmayacaktır. Bu çalışmayla ilgili her türlü soruyu istediğiniz zaman aşağıda bulunan telefon numarasını arayarak yöneltebilirsiniz.

Zaman ayırdığınız için teşekkür ederim.

Saygılarımla...

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait bilgilerin araştırmada kullanılması konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyorum ve araştırmaya hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Katılımcının Adı Soyadı:

Tarih ve İmzası:

Araştırmacının Adı Soyadı:

E-Posta:

Telefonu:

İş Adresi:

Tarih ve İmzası:

Ek 5. Kadın Cinsel Sıkıntı Ölçeği İzin Yazısı

19.05.2018

Posta - dilekmelek28@outlook.com

Re: Female Sexual Distress Scale-Revised, Turkish Version

serdar aydın <serdariks@yahoo.com>

15.6.2016 (Çar) 04:16

Kime:Dilek ÜRKMEZ <dilekmelek28@outlook.com>;

📎 1 ekin (654 KB)

Tr-FSDS-R.pdf;

Sayın Dilek Ürkmez;

Çalışmalarınızda başarılar diliyorum. Ekte ölçeği gönderiyorum.

Saygılarımla

Serdar Aydın

On Wednesday, June 15, 2016 12:15 AM, Dilek ÜRKMEZ <dilekmelek28@outlook.com> wrote:

Sayın Hocam;

Ben Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü hemşirelik anabilim dalı yüksek lisans öğrencisiyim. Tez çalışmamda izniniz doğrultusunda Kadın Seksüel Distres Skalasını kullanmak istiyorum. İzniniz olursa ölçeğin özgün formunu ve yönergesini e-posta ile gönderebilir misiniz?

SAYGILARIMLA...

Ek 6. Evlilik Doyum Ölçeği İzin Yazısı

17.05.2018

Posta - dilekmelek28@outlook.com

Ynt: Evlilik Doyum Ölçeği Kullanımı

Dilek ÜRKMEZ

12.7.2016 (Sal) 09:35

Gönderilmiş Öğeler

Kime: Metehan Çelik <celmete@cu.edu.tr>;

Zaman ayırdığınız ve ilginiz için çok teşekkür ederim hocam...:D

SAYGILARIMLA.....

Gönderen: Metehan Çelik <celmete@cu.edu.tr>

Gönderildi: 12 Temmuz 2016 Salı 06:06:05

Kime: Dilek ÜRKMEZ

Konu: Re: Evlilik Doyum Ölçeği Kullanımı

Çalışmalarınızda başarılar diliyorum....Ölçeği kullanmanız için yolluyorum.... Hoşçakalın...

-----Original Message-----

From: [Dilek ÜRKMEZ](#)

Date: 27.06.2016 21:57:44

To: celmete@cu.edu.tr

Subject: Evlilik Doyum Ölçeği Kullanımı

Sayın Hocam;

Ben Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü hemşirelik anabilim dalı yüksek lisans öğrencisiyim. Tez çalışmamda izniniz doğrultusunda Evlilik Doyum Ölçeğini kullanmak istiyorum. İzniniz olursa; izin verdiğinizden belirten ifadenizi, ölçeğin özgün formunu ve yönergesini e-posta ile gönderebilir misiniz?

SAYGILARIMLA...

Ek 7. Kurum İzni



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
Ordu İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

ORDU İLİ KAMU HASTANELER BİRLİĞİ GENEL
SEKRETERLİĞİ - ORDU İLİ KHBGS EĞİTİM HİZMETLERİ
BİRİMİ
27/09/2016 17:29 - 90305902 - 772.99 - E.356
00030513350

Sayı : 90305902-772.99
Konu : Araştırma İzni

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi : 09/09/2016 tarihli ve 43087058-2863 sayılı yazı.

Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans öğrencisi Dilek ÜRKMEZ 'in Eylül 2016 - Nisan 2017 tarihleri arasında "**Kadınların Cinsel Sıkıntıları ve Evlilik Doyumları Arasındaki İlişki**" konulu araştırması Genel Sekreterliğimiz Araştırma İzin Komisyonu Tarafından incelenmiş olup; Sağlık Tesisinizde hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, anket veya araştırmaya katılanların gönüllülük esasına göre katılımının sağlanması, kişisel veri ve özel hayatın korunmasına özen gösterilmesi, yapılacak çalışma sonucunun Genel Sekreterliğimiz bilgisi dışında ilan edilmemesi şartı ile uygun görülmüştür. Yapılacak çalışmaya gerekli desteğin verilerek kolaylık sağlanması hususunda;

Gereğini arz ve rica ederim.

Uzm.Dr. Hakan HACISALİHOĞLU
Genel Sekreter a.
İdari Hizmetler Başkanı

EKLER:

- 1-Yazı Örneği (13 Sayfa)
- 2-Araştırma İzin Komisyon Kararı (1 Sayfa)

Dağıtım:

Gereği:
Ordu Üniversitesi Eğitim Araştırma
Hastanesi Yöneticiliğine

Bilgi:
Ordu Üniversitesi Rektörlüğüne

Bucak Mah. İbni Sina Cad. No: 18 Altınordu/ORDU

Faks No:0452 666 80 00

e-Posta:ozlem.yukselurkmez@saglik.gov.tr İnt.Adresi: http://ordu.khb.saglik.gov.tr/

Evrakın elektronik imzalı suretine http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden 68074b23-bdea-4156-9910-25cf595a3337 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için:Özlem YÜKSEL ÜRKMEZ

Unvan:HEMŞİRE

Telefon No:04526666042-127

Ek 7. Kurum İzni (Devam)



ARAŞTIRMA İZİNİ KOMİSYON KARARI

UNVAN	AD/SOYAD	ÇALIŞTIĞI KURUM	ARAŞTIRMA YAPILACAK KURUM	ARAŞTIRMA KONUSU
Yüksek Lisans Öğrencisi	Dilek ÜRKMEZ	ORDU ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ	ORDU ÜNİVERSİTESİ EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ	Kadınların Cinsel Sıkıntıları, Evlilik Doyumları Arasındaki İlişki

Yukarıdaki tabloda adı geçen çalışma; anket veya araştırmaya katılanların gönüllülük esasına göre yapılması, kişisel verilere özen gösterilmesi, yapılacak çalışma sonucunun Genel Sekreterliğimiz bilgisi dışında ilan edilmemesi kaydıyla 31/08/2016 tarih ve 298 sayılı yazıların ekinde gönderilen Araştırma Çalışmaları Başvuru Formundaki bilgilere istinaden uygun görülmüştür.


Güven ÇAKAR
Uzman
Uygundur/Uygundur-Değildir.


Selahattin KURUÇU
Mali Hizmetler Başkanı
Uygundur/Uygundur-Değildir.


Uzm.Dr. Hakan HACISALIHOĞLU
İdari Hizmetler Başkanı
Genel Sekreter V.
Uygundur/Uygundur-Değildir.

Ek 8. Etik Kurul Onayı

Toplantı Tarihi	Toplantı Sayısı	Toplantı Saati	Karar Sayısı
26/01/2017		15.30	112

Ordu Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Yrd.Doç.Dr.Ahmet KARATAŞ başkanlığında toplanarak aşağıdaki kararları almıştır.

Sorumlu yürütücü Doç.Dr.Nülüfer ERBİL'in KAEK 135 Nolu başvurusunun değerlendirilmesi sonucu "*Kadınların Cinsel Sıkıntıları ve Evlilik Doyumları Arasındaki İlişki*" başlıklı araştırmasının etik ilke ve kurallara uygunluk açısından yapılabilirliğine ve konunun ilgili öğretim üyesine tebliğine toplantıya katılanların oy birliği ile karar verildi.

e-imzalıdır

Yrd.Doç.Dr. Ahmet KARATAŞ
Ordu Üniversitesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

Evrakin elektronik imzalı suretine <https://e-belge.odu.edu.tr/> adresinden 42013eb4-2188-4bb1-8b9b-c24e3dd8890d kodu ile erişebilirsiniz. Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı : Dilek ÜRKMEZ
Doğum Yeri : Dereli
Doğum Tarihi : 15.11.1992
Yabancı Dili : İngilizce
E-posta : dilekmelek28@outlook.com
İletişim Bilgileri :

Öğrenim Durumu :

Derece	Bölüm/ Program	Üniversite	Yıl
Lisans	Hemşirelik	Ordu Üniversitesi	2010- 2014
Yüksek Lisans	Hemşirelik	Ordu Üniversitesi	2015- 2018

İş Deneyimi:

Görev	Görev Yeri	Yıl
Hemşire	Ordu Medical Park Hastanesi	2015- 2018

Yayımlar :

Ulusal bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitaplarında basılan bildiriler

Günaydın N, Ürkmez D. (2014). Üniversite öğrencilerinde bilişsel esnekliğin mizah ve problem çözme becerisine etkisi. Poster Bildiri, 13. Ulusal Hemşirelik Öğrenci Kongresi Poster Bildiri Kitabı, Karadeniz Teknik Üniversitesi Osman Turan Kongre Merkezi, 1-3 Mayıs 2014, Trabzon.