

**EVLİ KADINLARDA CİNSEL FONKSİYON BOZUKLUĞU  
VE CİNSEL YAŞAM KALİTESİNİN İNCELENMESİ**

**Süheyla YARALI**

**Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı**

**Tez Danışmanı  
Yrd. Doç. Dr. Nazlı HACIALIOğLU**

**Yüksek Lisans Tezi-2013**

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

**EVİLİ KADINLARDA CİNSEL FONKSİYON  
BOZUKLUKLARI VE CİNSEL YAŞAM KALİTESİNİN  
İNCELENMESİ**

**Süheyla YARALI**

**Halk Sağlığı Hemşireliğı Anabilim Dalı  
Yüksek Lisans Tezi**

**Tez Danışmanı  
Yrd. Doç. Dr. Nazlı HACIALİOĞLU**

**ERZURUM  
2013**

T.C.  
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİMDALI

**EVİLİ KADINLARDA CİNSEL FONKSİYON  
BOZUKLUKLARI VE CİNSEL YAŞAM KALİTESİNİN  
İNCELENMESİ**

**Süheyla YARALI**

**Tez Savunma Tarihi:**

**Tez Danışmanı** : Yrd. Doç. Dr. Nazlı HACIALİOĞLU (Atatürk Üniversitesi)

**Jüri Üyesi** : Prof. Dr. Mağfıret KAŞIKÇI (Atatürk Üniversitesi)

**Jüri Üyesi** : Doç. Dr. Gülşen ERYILMAZ (Atatürk Üniversitesi)

**Jüri Üyesi** : Doç. Dr. Başaran GENÇDOĞAN (Atatürk Üniversitesi)

**Jüri Üyesi** : Doç. Dr. Dilek KILIÇ (Atatürk Üniversitesi)

**Onay**

Bu çalışma yukarıdaki jüri üyeleri tarafından **Yüksek Lisans** tezi olarak kabul edilmiştir.

**Enstitü Müdürü**  
**Prof. Dr. Yavuz Selim SAĞLAM**

**Yüksek Lisans Tezi**  
**ERZURUM-2013**

# İÇİNDEKİLER

<b>TEŞEKKÜR .....</b>	<b>III</b>
<b>ÖZET .....</b>	<b>IV</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>VI</b>
<b>SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....</b>	<b>VIII</b>
<b>TABLOLAR DİZİNİ .....</b>	<b>IX</b>
<b>1. GİRİŞ .....</b>	<b>1</b>
<b>2. GENEL BİLGİLER.....</b>	<b>5</b>
2.1. Cinsellikle İlgili Kavramlar .....	5
2.2. Cinsel Yanıtta Rol Alan Üreme Organları.....	7
2.3. Kadınlarda Cinsel Yanıt Fizyolojisi .....	8
2.4. Kadınlarda Görülen Cinsel Fonksiyon Bozuklukları.....	9
2.4.1. Cinsel İstek Bozuklukları.....	10
2.4.2. Cinsel Uyarılma Bozuklukları .....	11
2.4.3. Orgazm Bozuklukları.....	12
2.4.4. Cinsel Ağrı Bozuklukları .....	13
2.4.5. Genel Tıbbi Bir Duruma Bağlı Cinsel Fonksiyon Bozuklukları .....	15
2.4.6. Madde Kullanımının Yol Açtığı Cinsel Fonksiyon Bozuklukları .....	15
2.4.7. Başka Türü Adlandırılmayan Cinsel Fonksiyon Bozuklukları.....	15
2.5. Kadında Cinsel Yaşam Kalitesi .....	16
2.6. Kadınlarda Görülen Cinsel Fonksiyon Bozukluklarının Önlenmesinde ve Cinsel Yaşam Kalitesinin İyileştirilmesinde Hemşirenin Rolü .....	16
<b>3.MATERYAL METOT .....</b>	<b>20</b>
3.1. Araştırmanın Türü.....	20
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman .....	20

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	20
3.4. Veri Toplama Araçları.....	20
3.5. Verilerin Toplanması.....	22
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi.....	22
3.7. Araştırmanın Etik İlkeleri.....	23
<b>4. BULGULAR.....</b>	<b>24</b>
<b>5. TARTIŞMA.....</b>	<b>39</b>
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>47</b>
<b>KAYNAKLAR.....</b>	<b>49</b>
<b>EKLER</b>	
EK-1. Öz Geçmiş.....	58
EK-2. Tanıtıcı Bilgi Formu.....	59
EK-3. Kadınlarda Cinsel Fonksiyonları Sorgulama Formu (IFSF).....	61
EK-4. Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın (CYKÖ-K).....	63
EK-5. Resmi İzin Yazısı.....	65
EK-6. Etik Kurul Onayı.....	66

## TEŞEKKÜR

Öncelikle bu çalıŐmaya beni yönlendiren, yüksek lisans eğitiminde ve tez çalıŐmam sürecinde benden desteğini hiçbir zaman esirgemeyen tez danıŐmanım, değerli hocam Yrd. Doç. Dr. Nazlı HACIALIOğLU'na tüm kalbimle teşekkür ederim. Değerli görüşleriyle tezime katkı sağlayan Doç. Dr. Gülşen ERYILMAZ'a, verilerin toplanması aŐamasındaki yardımlarından dolayı Osmangazi Aile Sağlığı Merkezi çalıŐanlarına, verilerin değerlendirilmesi aşamasında bana yardımcı olan Doç. Dr. Başaran GENçDOğAN'a her zaman yanımda olan ve bana destek veren sevgili eşime, yanımda olduklarını bana daima hissettiren anneme, babama ve kardeŐime teşekkür ederim.

Hemşire Süheyla YARALI

## ÖZET

### Evli Kadınlarda Cinsel Fonksiyon Bozukluğu ve Cinsel Yaşam Kalitesinin İncelenmesi

**Amaç:** Bu araştırma evli kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu ve cinsel yaşam kalitesini incelemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

**Materyal ve Metot:** Araştırmanın evrenini; Erzurum Osman Gazi Aile Sağlığı Merkezine bağlı 18-49 yaş grubundaki evli kadınlar, örneklemini ise güç analizi ile belirlenen, basit rastgele örnekleme yöntemi ile seçilen 213 kadın oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında; kadınların tanıtıcı özelliklerini içeren kişisel bilgi formu, Cinsel Fonksiyon Bozukluğu Sorgulama İndeksi ve Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın formu kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde; yüzdeler oranlar, t testi, tek yönlü varyans analizi, Kruskal Wallis ve Mann-Whitney U testleri kullanılmıştır.

**Bulgular:** Araştırma kapsamına alınan kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu görülme oranları IFSF puanlarıyla değerlendirilmiştir. Elde edilen verilere göre; kadınlardan yüzde 9.86'sının çok düşük, yüzde 21.60'ının düşük, yüzde 25.35'inin orta, yüzde 43.19'unun ise yüksek IFSF puanlarına sahip olduğu saptanmıştır. Kadınların Cinsel yaşam kalitesi toplam puanlarına ilişkin aritmetik ortalama değeri  $68.51 \pm 21.63$  olarak bulunmuştur. Kadınların cinsel fonksiyonlarını ve cinsel yaşam kalitesini; kadınların yaşının, eğitim ve meslek durumunun, eşinin eğitim ve meslek durumunun, evlenme şeklinin, evlilik süresinin, aile tipinin, en uzun süre yaşadıkları yerin, evde yaşayan kişi sayısının, gelir durumunun, çocuk sayısının, cinsellikle ilgili eğitim alma durumunun, eşin sigara kullanma durumunun ve beden kitle indeksinin istatistiksel olarak önemli bir şekilde etkilediği bulunmuştur ( $p < 0.05$ ).

**Sonuç:** Evli kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu görölme durumunu ve cinsel yaşam kalitesini kadınların ve eşlerinin sosyo-demografik özelliklerinin etkilendiği, kadınlarda görölen cinsel fonksiyon bozukluğunun kadınların cinsel yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği saptanmıştır ( $p<0.05$ ).

**Anahtar Kelimeler:** Cinsel Yaşam, Cinsel Fonksiyon Bozukluğu, Hemşirelik, Kadın



## ABSTRACT

### **Analysis of Sexual Dysfunction and Quality of Life in Married Women**

**Aim:** This research was done as descriptive in an effort to analyse the sexual dysfunction and quality of life in married women.

**Material and Method:** Population of research consisted of married women in the age group of 18-49 connected to Erzurum Osman Gazi Family Health Center and its sample consisted of 213 women who was determined by strength analysis and selected by simple random sampling method. Personal information form which included women's identifier characteristics, Sexual Dysfunction Interrogation Index and Sexual Life Quality Woman Form Scale were used in being gathered data. Percentage rates, the t test, one-way variance, Kruskal Wallis ve Mann-Whitney U tests were used in that the data was evaluated.

**Findings:** The incidence of sexual dysfunction in women being included in research were evaluated by IFSF points. According to the acquired data, it has been determined that 9.86 percent of women have very low, 21.60 percent have low, 25.35 percent have medium, and 43.19 percent have very high IFSF points. Arithmetic average value regarding the total points of women's sexual life quality has been found out as  $68,51 \pm 21,63$ . It has been discovered that women's ages, their educational and professional status, their husbands' educational and professional status, the way of marriage, the duration of marriage, the type of family, the place where they live the longest time, the number of person who live in the house, income state, the number of child, the situation of receiving education concerning sexuality, the case of that husband smoke and body mass index statistically affect the sexual functions and life quality of women in a significant way ( $p < 0.05$ ).

**The conclusion:** It has been determined that women's and their husbands' socio-demographic features affect the incidence of the sexual dysfunction and life quality in married women and that the sexual dysfunction seen in women influence women's sexual life quality in a negative way ( $p < 0.05$ ).

**Key Words:** Sexual Life, Sexual Dysfunction, Nursing, Woman

## SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

- DSÖ** :Dünya Sağlık Örgütü
- CFB** :Cinsel Fonksiyon Bozukluğu
- DSM-4** :Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı-4
- CETAD** :Cinsel Eğitim Tedavi Araştırma Derneği
- IFSF** :Kadın Cinsel Fonksiyon Sorgulama İndeksi
- CYKÖ-K** :Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın

## TABLolar DİZİNİ

<b><u>Tablo No</u></b>	<b><u>Sayfa No</u></b>
<b>Tablo 4.1.</b> Kadınların Tanıtıcı Özellikleri.....	24
<b>Tablo 4.2.</b> Kadınların Eşlerinin Bazı Özellikleri .....	26
<b>Tablo 4.3.</b> Kadınların IFSF Puanlarına İlişkin K-means Küme Analizi Dağılımı.....	27
<b>Tablo 4.4.</b> Kadınların Tanıtıcı Özelliklerine Göre IFSF Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	28
<b>Tablo 4.5.</b> Kadınların Eşlerinin Bazı Özelliklerine Göre IFSF Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	31
<b>Tablo 4.6.</b> Kadınların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Cinsel Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Karşılaştırması .....	33
<b>Tablo 4.7.</b> Kadınların Eşlerinin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Cinsel Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Karşılaştırması .....	36
<b>Tablo 4.8.</b> Kadınların IFSF Puan Aralıklarına Göre Cinsel Yaşam Kalitesi Puanlarının Karşılaştırılması .....	37

# 1. GİRİŞ

Cinsellik; kişinin cinsel organlarının fonksiyonlarını, sahip olduğu cinsel fonksiyonları algılamasını, cinsel tercihlerini içeren ve biyolojik, psikolojik, sosyokültürel faktörlerin karşılıklı etkileşmesi sonucu yaşanan karmaşık olaylar bütünü olarak tanımlanmaktadır. Bu nedenle cinsellik; bireylerin doğumundan ölümüne kadar yaşamlarını tamamlayan ve tüm yaş gruplarındaki kişilerin sağlığını etkileyen önemli bir faktör olarak değerlendirilmektedir.<sup>1-4</sup>

Cinsel yaşam, doğumdan sonra cinsel dürtülerin gelişerek cinsel isteğe dönüşmesi sonucu başlar. Ancak, cinsel isteğin gelişmesinde erkeğin ve kadının birbirlerine duydukları ilgi, sevgi ve çevrenin önemli bir rolü vardır. Sosyal yaşam içinde, cinsel yaşamı denetlemek, sınırlamak, yönlendirmek ve yüceltmek için evlilik kurumlaşmış ve toplumun en küçük birimi olan aile oluşmuştur. Böylece cinsel yaşam özellikle evliliğin önemli öğelerinden biri haline gelmiştir.<sup>4-6</sup>

İnsan yaşamının en önemli yönlerinden biri olan cinsellik; ilişkilerin derinleşmesi, kendini kanıtlama ve canlı hissetme ile birlikte genel yaşam kalitesini artırmaktadır. Cinsellik; çoğu zaman sevgi, güven ve yakınlığı ifade etmektedir. Bu yaklaşımın en temel noktalarını anlaşılma, kabul edilmek, güvenmek ve paylaşmak oluşturmaktadır.<sup>1-6</sup>

Cinsel sağlık; cinsel açıdan bedensel, duygusal ve sosyal iyilik hali olup, kadın ya da erkek, genç ya da yaşlı bütün insanlar için temel bir haktır. Bireyin genetik yapısı, psikoseksüel gelişimi, geçmiş cinsel deneyimleri, toplumsal değer yargıları, cinsiyete özgü rol ve beklentileri, cinsel inanışları, geçirilen hastalık ve ameliyatlar cinsel davranış ve cinsel sağlığı etkileyen önemli faktörler olarak belirtilmektedir.<sup>5-13</sup>

Cinsel fonksiyon bozukluğu (CFB), her iki cinste cinsel yanıt döngüsünde ve cinsel istekte bozukluklar ile karakterize, psikofizyolojik değişikliklere bağlı olarak

ortaya çıkan bir sorundur. CFB'ler, biyolojik sorunların bir belirtisi olabildiği gibi ruhsal ve kişilerarası sorunların ya da her ikisinin bir arada bulunması sonucu da görülebilmektedir.<sup>14-19</sup> Kişinin istediği gibi cinsel ilişkide bulunmasını engelleyen bozukluk olarak tanımlanan CFB, cinsel uyarılara verilen cinsel yanıtların uzun süreli olarak bozulması olarak da tanımlanmaktadır.<sup>7,9</sup> Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ise CFB'yi; bireyin umduğu cinsel ilişkiyi yaşayamaması olarak tanımlamaktadır.<sup>14</sup>

Cinsellik öylesine bireysel bir konudur ki, iki kişi kalıcı bir ilişki için bir araya geldiklerinde davranışlarında önemli farklılıklar olabilmektedir. Cinsel eşlerden biri diğeri için önemli olan cinsel bir eyleme katılmak istemediği zaman bu durum; öfke ve çatışmalarla birlikte çiftlerin birbirinden uzaklaşmalarına, kendi cinsel dünyalarına dönmelerine, boşanmalarla ailelerin dağılmasına ve toplumsal sorunlara neden olabilmektedir.<sup>14-16</sup> Bütün bu açılardan bakıldığında cinsel fonksiyon bozukluklarının önemli bir halk sağlığı sorunu olduğu söylenebilir.

CFB'ler cinsel yaşam kalitesini olumsuz etkileyerek toplumsal sorunlara neden olmasının yanında sık görülmesi ve yaşlanma ile birlikte yaygınlaşması nedeni ile de önemli bir problemdir. CFB'ler ile ilgili yapılan en geniş çaplı çalışmalardan biri, Amerikan Ulusal Sağlık ve Sosyal Yaşam Araştırmasıdır. Bu çalışmada, yaşları 18-59 arasında değişen 1749 kadında CFB oranı yüzde 43 olarak saptanmıştır. Aynı çalışmada kadınlarda görülen CFB'lerin erkeklere göre 1,5 kat daha fazla olduğu belirtilmektedir.<sup>20</sup> Diğer bazı çalışmalarda İngiltere'de yüzde 33 olan CFB'lerin, İzlanda'da yüzde 22, Brezilya'da yüzde 49 olduğu belirtilmektedir.<sup>21,22</sup>

Türkiye'de yapılan çalışmalar incelendiğinde; ülke genelini yansıtan sonuçların olmadığı, yerel olarak yapılan toplum temelli çalışmaların ise sınırlı olduğu görülmüştür. Yaş grupları değişen kadınlar üzerinde yapılan yerel çalışmalarda; CFB'lerin görülme sıklığının yüzde 22 ile yüzde 67.5 arasında olduğu

açıklanmaktadır.<sup>23,24</sup> Ülkemizdeki kadınların cinsel yaşam kalitesini inceleyen çalışmalar incelendiğinde daha ziyade; kanser ve diyabet gibi hastalıklar ya da gebelik, menopoz ve infertilite gibi özel durum ve dönemlerde yaşam kalitesini inceleyen (standart bir ölçüğe dayalı olmayan) çalışmaların olduğu,<sup>25-29</sup> sağlıklı kadınlara yönelik cinsel yaşam kalitesini değerlendiren çalışmaların olmadığı görülmüştür.

Toplum temelli çalışmalarda birinci basamak sağlık merkezlerinin veri toplama açısından önemli merkezler olabileceği vurgulanmaktadır. Ülkemizde, birinci basamakta çalışan çoğunluğu hemşire ve ebeler olmak üzere tüm sağlık çalışanlarının kadınları yönlendirmede önemli rol üstlenebileceği düşünülmektedir. Bireylerle yakın ilişkiler kuran hemşire eğitim ve danışmanlık görevlerini üstlenmesi bakımından çok önemli bir konumdadır.<sup>11-13</sup>

Ülkemizde cinselliğin konuşulması bir tabu olmaya devam etmekte ve bu durum toplumdaki cinsel sorunların gizlenmesine neden olarak erken tanı ve tedaviyi engellemektedir. Kadınlarda cinsel sorunların erken tanımlanması ve uygun birimlere yönlendirilmesi ile tedavinin başlatılması, gerek cinsel yaşam kalitesinin gerekse genel yaşam kalitesinin yükseltilmesi açısından son derece önemlidir.<sup>10</sup>

Cinsellik, Amerikan Hemşireler Birliği tarafından hemşirelik bakımının ayrılmaz bir parçası olarak tanımlanmış ve cinsel fonksiyon bozuklukları Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Birliği tarafından hemşirelik tanıları listesine dahil edilmiştir. Bireyin cinsel gereksinimlerinin belirlenmesi, hemşirelik rolleri kapsamında yer almaktadır. Hemşire bu ihtiyaçları tanılayanın yollarını geliştirmeli ve bu girişimleri kullanıp bireylerin cinsel yaşam kalitesini artırarak genel yaşam kalitesini yükseltmelidir.<sup>3,28</sup> Bu nedenle hemşirelerin CFB'lerin toplumdaki boyutunu, nedenlerini ve bu durumun cinsel yaşam kalitesini nasıl etkilediğini bilmeleri ve hizmet sunumunda duyarlı davranmaları önemlidir.<sup>3,30</sup>

Bu araştırmada; evli kadınlarda cinsel fonksiyon bozuklarının ve cinsel yaşam kalitesinin incelenmesi amaçlanmıştır.



## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Cinsellikle İlgili Kavramlar

**Cinsiyet ve Cinsel Kimlik:** Cinsiyet ve cinsel kimlik iki farklı kavramdır. Cinsiyet, kişinin kadın ya da erkek olarak gösterdiği genetik, fizyolojik ve biyolojik özellikleridir.<sup>30</sup> Cinsiyet, kişinin kromozomlar, cinsel hormonlar, dış ve iç cinsel organlar, gonadlar ve ikincil cinsiyet özelliklerini içerir.<sup>31</sup> Cinsel kimlik ise kimliğin önemli bir bileşenidir ve kişinin kendini erkek ya da kadın olarak hissetmesidir.<sup>32</sup>

Biyolojik, sosyal ve psikolojik anlamda kişinin kadın ya da erkek olmasını algılama ve kabulü, bu algı ve kabul doğrultusundaki cinsel yönelimleri ile cinsel davranışları cinsel kimliğin gelişimindeki önemli aşamalardır.<sup>33</sup>

**Cinsel Rol ve Toplumsal Cinsiyet:** Cinsel rol, cinsel kimlik ile ilişkili ve kısmen ondan türemiş olan davranıştır ve toplum içinde dışa vurulan davranışların görünümünü oluşturur.<sup>34</sup> Cinsiyete dayalı cinsel roller doğumda belirlenir ve bireyin erkek ya da kadın olarak doğması bu duruma uygun rol ve davranışların beklentilerini oluşturur.<sup>35</sup> Bu beklentileri içeren cinsiyet rolleri, sosyalleşme süreci ile aile, çevre, medya gibi alanlardan gelen mesajlar ile şekillenir ve içselleştirilir. Aileler bebek doğduğu günden itibaren isim seçmek, kızlara daha süslü giysiler giydirmek, saçlarını uzatmak, erkeklerin saçlarını kısa kesmek, farklı oyuncaklar almak, farklı rollere ilişkin beklentileri ifade etmek ve bu beklentilere uygun davranışları pekiştirmek, tersi davranışları görmezden gelmek, ayıplamak, kınamak hatta cezalandırmak yoluyla cinsel kimliğin oluşmasına yardımcı olurlar.<sup>31</sup> Standart ve sağlıklı sonuç, cinsel kimlik ile cinsel rolün birbirine uygun olmasıdır.<sup>33</sup>

Toplumsal cinsiyet, kadın ve erkekliği sosyal olarak yapılandıran özellikler olarak tanımlanır ve bireyin kendini kadın ya da erkek olarak nasıl algıladığını ifade eder. Kadınlık ya da erkekliğe ilişkin davranışın psikolojik yönünü oluşturur. Bireyin

içinde yaşadığı toplumun kültürü; bir kadın ve erkeğin nasıl davranacağı, nasıl düşüneceği ve nasıl hareket edeceğine ilişkin beklentileri ortaya koymaktadır.<sup>31, 35,36</sup>

İnsanlar dişi ya da erkek olarak doğarlar ama kadın veya erkek olma ile sonuçlanacak, kız ya da oğlan çocuk olmayı yetişirken öğrenirler. Bu yüzden toplumsal cinsiyet zaman içinde gelişen ve değişen bir kavramdır. Değişimin sonucu olarak da kültürden kültüre ve zaman içinde farklılık gösterir.<sup>31,35</sup>

**Cinsel Davranışlar ve Cinsel Yakınlıklar:** Cinsel davranışlar ve deneyimler insanların kendi istekleriyle ve karşısındaki kişiden onay alarak gerçekleştirdikleri cinsel eylemlerdir. Cinsel yakınlıklar; sohbet etmek, sarılmak, aşık olmak, karşılıklı beğenme, birlikte olmaktan mutlu olma ve bu konuda hayaller kurma ile yaşandığı gibi yalnızca bakışma ile de yaşanabilir. İnsanların cinselliği ifade şekilleri birbirlerinden farklıdır. Bireyin toplumdaki ilişkileri, yaşam koşulları, içinde bulunduğu kültür ortamı, kadın veya erkek oluşu, yaşı, cinsel deneyimleri bu farklılıkların belirleyicileridir.<sup>10,12</sup>

**Beden İmajı ve Cinsellik:** Psikolojik açıdan beden imajı insanın kendi bedeninden ne ölçüde hoşnut olduğunu ifade etmektedir. Beden imajı kavramı dinamik bir süreçtir. Bebeklikten başlayarak çeşitli fizyolojik değişimlere paralel olarak sosyal ve kültürel olaylardan etkilenecek şekilde şekillenir ve benlik ile bütünleşerek benliğin önemli bir parçası haline gelir.<sup>37</sup> Her insan, cinsel bir eş olarak istenmeyi bekler. Kadınlar için cinsellik arzu edilebilir olma, çocuk doğurma yeteneği ve beden imajını kapsamasının yanı sıra, psikolojik, entelektüel, sosyal ve kültürel bileşenleri de içine alan geniş bir kavramdır. Beden imajı, öz kavramı ve cinsellik, içsel olarak kim ve ne olduğumuz tanımıyla bağlantılıdır ve yaşam kalitemiz üzerinde belirgin bir etkiye sahiptir. Kadınlarda oluşan jinekolojik bozukluklar kadınlığa yönelik ciddi bir tehdittir. Bu tehdit kendini kıymetsiz görme hissine yol açar ve özgüven kaybıyla sonuçlanır.<sup>37</sup>

Cinselliği doğrudan ya da dolaylı olarak etkileyen sağlık sorunları cinsel fonksiyonları bozmakta ve dolayısıyla bireylerde fiziksel, ruhsal ve sosyal sorunlara neden olabilmektedir. Beden imajı nörolojik hastalıklarda bozulabildiği gibi, vücut organlarının amputasyonu ile de değişikliğe uğrayabilir.<sup>38,39</sup>

## **2.2. Cinsel Yanıtta Rol Alan Kadın Üreme Organları**

**Mons Pubis:** Gevşek bağ dokusundan oluşmuştur. Cinsel birleşme sırasında pelvis kemiğini korur ve yuvarlak dış hatların oluşmasına yardımcı olur.<sup>37</sup>

**Labia Major:** Damar ve sinir yönünden zengin olan labia major mons pubisten aşağıya doğru uzanan yağ ve bağ dokusundan oluşan bir kıvrımdır. Büyük dudaklar küçük dudaklara, klitorise, vajinaya ve üretral açıklığa koruma sağlar. Labia major cinsel yanıt sırasında istek fazında yassılaştır ve ayrılır. Uyarılma fazında, nullipar kadınlarda incelirken multipar kadınlarda şişer. Çözülme aşamasında ise yeniden eski boyutuna geri döner.<sup>31,37</sup>

**Labia minör:** Labia majörlerin altında yer alan labia minörler damar ve sinir yönünden zengindir.<sup>10,37</sup>

**Klitoris:** Kadının en hassas erotik bölgesidir, labia minörlerin üstte birleştiği kısımda yer alır. Klitoris gövde ve baştan oluşmaktadır. Silindirik, erektil bir organdır. Damar ve sinir yönünden zengindir. Özellikle baş kısmı yüksek oranda duyarlıdır.<sup>10,31</sup>

**Overler:** Cinsel ilişkide doğrudan etkileri olmamasına rağmen kadınlık hormonları olan östrojen ve progesteronun salgılanmasından sorumludur. Salgıladıkları hormonlarla genital organların kayganlaşması ve elastikiyetine katkıda bulunurlar. Orgazm sırasında fallop tüpleriyle birlikte yumurtalıklarda da kasılmalar gelişir.<sup>31,37</sup>

**Uterus:** Pelvisin içinde, rektum ile mesanenin arasına girmiş, kalın duvarlı, içi boşluklu, müküler bir organdır. Cinsel uyarılmada uterin ve servikal gland sekresyonları ile vajinal kayganlaşmaya katkıda bulunur. Uterus ve fallop tüpleri farklı

fonksiyonlara sahip olmakla birlikte orgazm sırasında kasılırlar.<sup>10,37,40,41</sup>

**Vajina:** Serviksten, vajinal açıklığa kadar uzanan bir kanaldır. İnce duvarlı ve genişleme kapasitesine sahiptir. Vajinanın sadece 1/3 dış kısmı cinsel yönden uyarılabilir, geri kalan bölüm sadece basıncı hisseder. Rahimde ise giriş bölümü (serviks) basıncı ve titreşimi hisseder. Vulvadaki en büyük gland olan ve vajinanın her iki tarafında yer alan bartolin bezleri de seksüel uyarılarda bir mayi salgılayarak vajinanın kayganlığını.<sup>10,37</sup>

### **2.3. Kadınlarda Normal Cinsel Yanıt Fizyolojisi**

**Cinsel İstek (Libido) Evresi:** Erotik duygu ve düşüncelerin belirlediği, vajinal ıslanmanın (lubrikasyon) ortaya çıktığı ve bedende yaygın olarak kanlanmada artış (vazokonjesyon) görülmesi ile karakterize olan ilk evredir.<sup>26,40</sup> Libido evresi cinselliğin birey tarafından istenmesini içermektedir. Oluşan bu arzuya göre bireylerde cinselliği oluşturacak iletişim, ortam, fantezi ve partner ilişkileri gibi karmaşık davranışları gerçekleştirmek için motivasyon sağlanmış olur. Bu evre cinselliğin psikolojik yönünü ve öznel uyarılmayı içerdiği için cinsel döngünün en önemli evresini oluşturmaktadır.<sup>10</sup>

**Uyarılma evresi:** Bu evrede vasküler, nörojenik, endokrin ve müsküler mekanizmalar sonucunda cinsel uyarılma meydana gelmektedir. Bu uyarılma vajinal kayganlık, vajinal duvar genişlemesi, klitoral ereksiyon ile vajinal lümende artış olmasına yardımcı olur. Cinsel uyarılma parasempatik sistem ile aktive, sempatik sistem ile inhibe olabildiğinden cinsel ilişki sırasında uygun olmayan bir uyarı ile azalabilir veya sönebilir. Etkili cinsel uyarının sürdürülmesi ve cinsel heyecanın artmasıyla birlikte haz duygusu ve cinsel gerilim giderek yükselir ve kişinin orgazma geçebileceği noktaya kadar sürer. Uyarılma evresinin devamlılığı orgazmın anahtarı olarak görülebilir ve orgazm evresine giriş niteliğindedir.<sup>10,42</sup>

**Orgazm Evresi:** Orgazm Yunanaca “şehvetli heyecan” anlamına gelen “orgazmus” sözcüğünden türemiştir. Anlamından da anlaşılacağı gibi hazzın en yoğun yaşandığı ancak diğer fizyolojik evrelere göre en kısa süren evredir.<sup>43</sup> Kadında orgazm; sonucunda bir mutluluk ve tatmin hissini vererek cinsel olarak indüklenen vazokonjesyonu çözen, sıklıkla uterus ve anüs kasılmaları ile birlikte vajinayı saran pelvik çizgili kasların istemsiz, ritmik kasılmalarının eşlik ettiği bilinç düzeyini değiştiren, geçici ve en yüksek sınırdan yoğun bir zevk duyma halidir. Bu evrede kadında pelvis bölgesinde duyumsanan ve beyinde haz merkezince algılanan oldukça güçlü bir haz duygusu yaşanır. Kasılma ve takibinde giderek şiddeti azalan kasılmalar ile karakterizedir. Bu kasılmaların şiddeti kişiye ve cinsel ilişkide yaşanan hazzın göre değişebilir.<sup>10,43,44</sup>

**Çözülme (Resolüsyon) Evresi:** Cinsel döngünün son evresidir. Yaşanan cinsellik sonrasında orgazmı takiben, orgazm yaşanmamış ise uyarılma evresini takiben cinsel organlardaki uyarılmanın azalması ve ortadan kalkması ile karakterizedir. Kadınlar, cinsel uyarının devam etmesi ile tekrar orgazm olabilirler. Kadınlarda orgazm sonrası beyindeki cinsel bölgelerde aktivite devam eder. Bu nedenle kadınlar fizyolojik olarak bir orgazmın ardından arka arkaya çoğul orgazm yaşayabilirler.<sup>10</sup>

#### **2.4. Kadınlarda Görülen Cinsel Fonksiyon Bozuklukları**

Cinsel fonksiyon bozuklukları ile ilgili değişik kişiler ve kurumlar tarafından farklı sınıflamalar yapılmış olmasına rağmen en çok kabul gören ve sıklıkla kullanılan sınıflama; Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı-4 (DSM-4)'de yer alan sınıflamadır.<sup>42,45,46</sup> DSM-4 cinsel fonksiyon bozukluklarını; cinsel istek bozuklukları, cinsel uyarılma bozuklukları, orgazm ile ilgili bozukluklar, cinsel ağrı bozuklukları, tıbbi bir duruma bağlı olan CFB, madde kullanımının yol açtığı CFB ve

başka türlü adlandırılmayan CFB olmak üzere yedi başlık altında sınıflandırmıştır. Söz konusu cinsel fonksiyon bozuklukları aşağıda kısaca özetlenmiştir.<sup>10,14,46</sup>

#### **2.4.1. Cinsel İstek Bozuklukları**

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

**Cinsel İsteğe Azalma Bozukluğu:** Azalmış cinsel istek bozukluğu; kişinin yaşı ve yaşam koşullarına göre sürekli olarak ya da tekrarlayıcı bir biçimde cinsel fantezi ve cinsel etkinlikte bulunma isteğinin azalması veya yok olması olarak tanımlanmaktadır. Kadının cinsel eylem ortamını hazırlama, oluşturma ve cinselliği başlatma ile ilgili enerjisi kalmamıştır. Bu nedenle kadınlarda ıslanma ve göğüslerde dikleşme gibi uyarılma evresine ait belirtiler azalmıştır ya da yok olmuştur.<sup>10</sup>

Cinsel istekte bedensel, sosyal, kültürel ve ruhsal pek çok faktör rol oynadığı için cinsel isteği değerlendirirken bütün etkenler gözden geçirilmelidir.<sup>10</sup> Kadınların cinsel isteği erkelere göre daha kırılımandır. İlişkilerinin genel gidişinden ve cinselliği yaşadıkları sırada yaşanan psikolojik etkenlerden etkilenirler. Cinsel istek sorunu olduğunda, cinsel uyarılmanın diğer evrelerinde yaşanan sorunlardan daha ağırlıklı olarak kişinin ve partnerinin ilişki durumlarının değerlendirilmesi gerekir.<sup>10</sup> Cinsel istek bozukluğunun tedavisinde sadece cinsel sorunların değil, ruhsal sorunların tedavisinde de deneyimli klinisyenlere gereksinim duyulur. Cinsel isteği değerlendirme ölçütünün ne olacağı uzun yıllar tartışılmıştır. Önceleri cinselliği isteme sıklığı, orgazma ulaşan cinsel birliktelik sıklığı gibi ölçütler cinsel isteği tanımlamada kullanılmıştır. Son zamanlarda kişinin mevcut cinsel etkinliği ile hedeflediği cinsel etkinliğinin birlikte değerlendirilmesinin öneminden bahsedilmektedir.<sup>10,42,45,47</sup> Laumann ve ark. 1999 yılında Amerika'da 18-59 yaş arası 1749 kadın ile yaptıkları çalışmada azalmış cinsel istek prevalansı yüzde 22 olarak bulmuşlardır.<sup>20</sup>

**Cinsel Tiksinti Bozukluğu:** Cinsel tiksinti bozukluğu, sürekli olarak ya da tekrarlayan şekilde, cinsel eşle genital cinsel ilişki kurmaktan iğrenme ve bu nedenle cinsel ilişkiden tümüyle ya da sık sık kaçınma olarak tanımlanmaktadır.<sup>10,45,48</sup> Kadının eşiyile cinsel ilişki olasılığı ile karşılaştığında; kaygı, korku ve iğrenme yaşaması cinselliği engelleyen ciddi bir durumdur.<sup>10</sup> Rahatsızlık genital salgılar, cinsel birleşme gibi belli bir yönde olabilir ya da öpme ve dokunma dahil cinselliğin bütün alanlarına yönelebilir. Bazen kadınların azalmış cinsel isteklerini tiksinti bozukluğu belirtilerini kullanarak kapatmaya çalıştıkları, cinsellikten tiksiniyormuş gibi yaparak uzak durmaya çalıştıkları da görülmektedir.<sup>10</sup> Kadri ve ark.<sup>49</sup> 2002 yılında Fas'da yaptıkları bir çalışmada cinsel tiksinti bozukluğunu yüzde 15 olarak bulunmuştur. Nobre ve ark.<sup>50</sup> 2006 yılında yaptıkları çalışmada CFB tanısı alanların yüzde 2.1'inin cinsel tiksinti bozukluğu tanısı aldığı bildirilmiştir.

#### **2.4.2. Cinsel Uyarılma Bozuklukları**

Kadınlarda cinsel uyarılma bozukluğu; sürekli olarak ya da yineleyici bir biçimde, cinsel uyarılmanın yeterli bir ıslanma ve kabarma tepkisini sağlayamama ya da cinsel etkinlik bitene kadar bunu sürdürememe olarak tanımlanmaktadır.<sup>10,48</sup>

Cinsel uyarılma bozukluğu ülkemizde çoğunlukla cinsel eğitimin az olmasından kaynaklanan temel cinsel tekniklerin ve eş uyarma yöntemlerinin iyi bilinmemesi ya da deneyimin çok az olmasına bağlı olarak ortaya çıkmaktadır. Cinsel istekle ilişkiye başlayan ancak uyarılamadığı için yakınan kadınların çoğunda ilişki biçiminin, süresinin ve şeklinin uyarılmayı sağlama açısından yeterli olmadığı belirtilmektedir.<sup>10</sup>

Cinsel uyarılma bozukluğu kadının cinsellikten haz alamamasına, görev olarak kabul ettiği cinselliğin tatsız bir etkinliğe dönüşmesine sebep olabilir.<sup>14,48</sup> Uygun şekilde ve sürede uyarı almayan kadın yeterince uyarılamaz, vücudunda uyarılma sırasında oluşacak belirtiler yeterince oluşamaz, bunun doğal bir sonucu olarak da yeterince haz

alamaz ve orgazm olamaz.<sup>10,14,45,48</sup> Kadın yeterince haz alamadığı ve orgazm olamadığı bir etkinliği istemeyebilir ve bunun sonucu tabloya istek bozukluğu eklenebilir. Bu nedenle kadının cinselliğe bakışı, cinsel gelişimi ve cinsellik ile ilgili inanışları önem kazanmaktadır. Cinsel gelişimi etkileyen toplumsal kurallar, toplumun kadına ve kadın cinselliğine bakışı, cinsel iletişim becerileri bu sorunun ortaya çıkışını etkileyen faktörlerdir.<sup>10,48</sup>

Kadın cinselliği kendisi için istemeli, bunun için çaba göstermeli ve bu çabanın sorumluluğunu almalıdır. Cinselliğin bütün alanları gibi cinsel uyarılma da çiftlerin ilişkisinden ve iletişiminden etkilenmektedir. Bu nedenle ilişki bir bütün olarak ele alınmalıdır. İlişkide daha uzun süre uyarılma gereksinimi olan kadın yeterince uyarılmadan ilişkiye girmek istemez veya girince keyif alamaz. Bu tür hazır olamadan yaşanan ilişkiler tekrarladıkça daha çok kalıcı sorunlara neden olur.<sup>10</sup>

Kadınlarda cinsel uyarılma bozukluğu tüm cinsel yakınmalarla başvuran kadınlar arasında yüzde 20-35 oranında saptanmıştır.<sup>10,48</sup> Ponholzer ve ark. 2005 yılında Avusturya'da yaptığı araştırmada cinsel uyarılma bozukluğunu yüzde 39, Richard ve ark. 2006 yılında Avustralya'da yaptığı çalışmada ise yüzde 31 olarak belirlenmiştir.<sup>51,52</sup>

### **2.4.3. Orgazm Bozuklukları**

Orgazm; Yunanca “şehvetli heyecan” anlamına gelen orgasmus sözcüğünden türemiştir. Evreler arasında süre açısından en kısa ancak duyumsanan cinsel haz açısından en yoğun evredir.<sup>10</sup> Bu evre, kadında perine ve vajina etrafındaki kaslar ile vazokonjesyon sonucu büyüyen dokuların ritmik kasılmaları ile karakterizedir. Orgazm kadında klitoral bölgede ve vajinada yoğunluk kazanır, pelvisde hissedilir.<sup>42</sup>

Kadınlarda orgazm bozukluğu, olağan bir cinsel uyarılma evresinden sonra orgazmın sürekli olarak gecikmesi ya da hiç olmaması şeklinde tanımlanmaktadır.<sup>45,48</sup>



Kadından kadına değişmekle birlikte orgazm öncesinde yeterli ön sevişme olmadığında ve yeterli klitoral uyarı yapılmadığında kadının orgazm evresine ulaşması güç olmakta ya da hiç olmamaktadır.<sup>10,12,48</sup> Eşyle yaşanan duygusal sorunlardan, cinselliğin yaşandığı ortama kadar birçok etken orgazmı etkilemektedir. Eş seçimi konusunda kadınların çok özgür olmadığı toplumlarda cinsel uyarılma, cinsel istek ve orgazm bozukluğunun temel nedeni değildir. Çünkü istenmeyen bir eşle birlikte bulunduğu durumlarda her tür cinsel fonksiyon problemi ortaya çıkabilir.<sup>10,48</sup>

Normal bir uyarılma döneminden sonra orgazm olamama durumu gençlerde ve cinsel ilişkiye yeni başlayan deneyimsiz kadınlarda daha sık görülmektedir. Türkiye’de orgazm olamama yakınması ile tedavi veya cinsel tedavi taleplerinin çok az olduğu belirtilmektedir.<sup>10,53</sup> Bu durumun farklı nedenleri arasında; kadınların orgazm olamamayı öncelikli bir sorun olarak görmemeleri, orgazm olmadıkları için bir eksiklik hissetmemeleri, yardım için nereye başvuracaklarını bilememeleri, bu durumun değişeceğinden umutlu olmamaları ya da erkeğin cinselliği ve hazzı yaşamasının daha önemli olduğu gibi durumlar sayılabilir.<sup>10,12</sup> Kaplan, Spector ve Carey’e göre kadınlarda en çok yardım alma, terapiye başvurma nedeni orgazm bozukluğunda görülmektedir, Oksuz ve Malhan’ın<sup>54</sup> 2006 yılında Ankara’da yaptıkları araştırmada orgazm bozukluğu sıklığı yüzde 42.7 olarak bulunmuştur. Cayan ve ark. 2004 yılında Türkiye’de yaptıkları çalışmada ise yüzde 46 olarak bulunmuştur.<sup>47</sup>

#### **2.4.4. Cinsel Ağrı Bozuklukları**

Cinsel ağrı bozuklukları disparoni ve vajinismus olmak üzere iki başlık altında incelenmektedir.

**Disparoni:** Erkeklerde ya da kadında sürekli bir biçimde cinsel ilişkiye eşlik eden genital ağrının olması” şeklinde tanımlanmaktadır.<sup>45</sup> Kadınlarda görülen cinsel sorunlar içinde fiziksel nedenlerin en sık rastlandığı bozukluk disparonidir. Cinsel birleşmede

ağrı yakınması olan bir kadında öncelikle fiziksel bir sorun olup olmadığı araştırılmalıdır.<sup>12</sup> Disparoni; kadın cinsel organları ya da idrar yollarına ait enfeksiyonlar, genital bölgedeki eski ameliyat nedbeleri, doğum sırasında meydana gelen yırtılmalar, endometriyozis, alt karın bölgesinde bulunan tümörler ve aynı bölgeden geçirilen operasyonlar, radyasyon tedavileri, bağırsaklarla ilgili hastalıklar ve rahmin arkaya doğru dönük olması gibi birçok tıbbi soruna bağlı gelişebilir.<sup>10,12,45</sup>

Diğer cinsel sorunlara bağlı ya da psikolojik nedenlerle disparoni oluşabilir. Tecavüz ve cinsel saldırılar gibi travmatik ve olumsuz olaylar kadının cinsellikten korkmasına, kaçınmasına bu da disparoniye neden olur.<sup>10,12</sup> Yanlış cinsel inanışlar, cinselliğin haz vermeyen, bir eylem gibi algılanması, cinselle ilgili olumsuz düşünceler de ağırlı cinsel ilişkinin ortaya çıkışını kolaylaştırır. Richters'in yaptığı çalışmada cinsel fonksiyon bozukluğu olan kadınların yüzde 20'sinin ağırlı cinsel ilişki yaşadığı bildirilmiştir.<sup>10</sup> 2011 yılında Tayvan'da yapılan bir çalışmada<sup>55</sup> ağırlı cinsel ilişki sıklığı yüzde 39.5 olarak saptanmıştır. Cinsel Eğitim Tedavi Araştırma Derneğinin (CETAD) 2006 yılında yaptığı bir çalışmada cinsel birleşme sırasında ağrı yaşadıklarını söyleyen kadınların oranı yüzde 5.4 olarak bulunmuştur. Aynı çalışmada ilk cinsel birleşme sırasında ağrı, korku ve kasılma yaşayan kadınların yüzde 17'si zaman zaman benzer sorunu yaşadıklarını belirtmişlerdir.<sup>10,12</sup>

**Vajinismus:** Psikiyatrik sınıflandırma sistemi DSM-4'te vajinismus (Genel Tıbbi Bir Duruma Bağlı Olmayan) vajinanın dış kaslarının üçte birinde koitusu engelleyecek yineleyici bir biçimde ya da sürekli olarak istem dışı kasılma olması şeklinde tanımlanmaktadır.<sup>45</sup> Cinsellik konusunda yerleşmiş yanlış inanışların ve tabuların vajinismus gelişiminde önemli bir rol oynadığı düşünülmektedir. Cinsel eğitim gelişmiş toplumlarda bile uygun ve doğru bir şekilde alınamamaktadır. Cinselliği merak etmenin ahlaksızlık, suç ve günah sayıldığı, kadınların kendi cinsel organlarını bile

tanımadıkları toplumlarda bireyler cinsel bilgilenme için istekli olmamaktadırlar.<sup>10,12</sup>

Ülkemizde çocukluktan kalma korkular, bekaret kavramına verilen abartılı önem, ilk gece konusundaki yanlış bilgilerle pekişen kaygılar ve cinsel deneyimin aşamalı gelişmeyip doğrudan cinsel birleşme ile başlaması vajinismus gelişimine zemin hazırlayan nedenler olduğu belirtilmektedir. İlk gecede kova dolusu gelen kan, patlayan kızkık zarı hikayeleri kadınlığın çok zor, korkunç ve çileli olduğu inanışları vajinismus gelişiminde etkili olan sosyal ve kültürel faktörlerdir.<sup>10,12</sup> Oniz ve ark.<sup>56</sup> 2007 yılında Türkiye’de yaptıkları çalışmada vajinismus sıklığı yüzde 41.7, Öztürk’ün<sup>57</sup> Zonguldak’ta yaptığı çalışmada yüzde 67.3 olarak bulunmuştur.

#### **2.4.5. Genel Tıbbi Bir Duruma Bağlı CFB**

Psikiyatrik sınıflandırma sistemi DSM-4’te hastanın yakınma öyküsü, fizik muayene ya da laboratuvar bulgularından elde edilen verilerde CFB’nin genel tıbbi bir durumun (kanser, diyabet hastalığı gibi) doğrudan fizyolojik etkileri ile tam olarak açıklanabileceğine ilişkin kanıtların olduğu durumlarda bu kategori kullanılır.<sup>12</sup>

#### **2.4.6. Madde Kullanımının Yol Açtığı CFB**

Hastanın cinsel yakınma öyküsü, fizik muayene ya da laboratuvar bulgularından elde edilen verilerde, CFB’nin madde kullanımı ile tam olarak açıklanabileceğine ilişkin kanıtların olduğu durumlarda yani, semptomlar madde intoksikasyonu sırasında ya da sonraki bir ay içinde ortaya çıktıysa, ilaç kullanımı yaşanan bozuklukla etiyolojik açıdan ilişkiliyse bu kategori kullanılır.<sup>45</sup>

#### **2.4.7. Başka Türü Adlandırılmayan CFB**

Herhangi özgül bir CFB için tanı ölçütlerini karşılamayan CFB’yi sınıflandırmak için bu kategori kullanılır. Başka türlü adlandırılmayan CFB’ler içinde cinsel fobiler, cinsel doyum eksikliği, maskelenmiş bozukluklar yer almaktadır.<sup>51</sup>

## **2.5. Kadınlarda Cinsel Yaşam Kalitesi**

Sağlıkta yaşam kalitesi, bireylerin fonksiyonlarını yerine getirmedeki yeteneklerini ve yaşamdan algıladıkları fiziksel, ruhsal ve sosyal alanı ifade eder. DSÖ yaşam kalitesini: “Bireylerin içinde yaşadıkları kültür ve değerler sistemindeki kendi yaşam algılarıdır” şeklinde tanımlamıştır. Kaliteli bir cinsel yaşam; üreme ve cinsel fonksiyonları etkileyen hastalık ya da sakatlıkların olmaması, cinsel tepkileri baskılayan ve insan ilişkilerini olumsuz yönde etkileyen korku, utanç, suçluluk, yanlış inançların olmaması, sosyal ve kişisel etikle uyumlu üreme, cinsel davranışları kontrol edebilme ve bundan hoşnut olma durumu olarak tanımlanmaktadır.<sup>58-60</sup> Cinsel sağlıktaki bozulmalar öncelikle ruhsal sağlığın, arkasından aile sağlığı ve sosyal sağlığın bozulmasına neden olmakta ve insanların yaşam kalitesini düşürerek mutsuz etmektedir.<sup>1,6,7,30</sup> Bu nedenle sadece gebelik, menopoz, yaşlılık ve hastalık durumu gibi özel durum ve dönemlerde değil sağlıklı kadında da cinsel yaşam kalitesi ele alınarak incelenmelidir.<sup>25-29</sup>

## **2.6. Kadınlarda Görülen Cinsel Fonksiyon Bozukluklarının Önlenmesi ve Cinsel Yaşam Kalitesinin İyileştirilmesinde Hemşirenin Rolü**

Sağlığın önemli bir bileşeni olan cinsellik; fizyolojik, psikolojik, sosyal faktörlerden etkilenen ve bütüncül yaklaşımı gerektiren bir sorun olması nedeniyle hemşirelik bakımı içinde yer alması gereken önemli bir konu olarak değerlendirilmektedir. Bu nedenle Amerikan Hemşireler Birliği (1980) tanı sınıflaması içine “cinsel yetersizlikler” başlığı altında hastaların cinsellikle ilgili sorunlarını dahil etmiş, cinsellik alanındaki tanımlara “cinsel örüntülerde değişimi eklemiştir (1986) ve bu tanı “bireyin cinsel sağlığına yönelik risk faktörlerine sahip olması ya da cinsel sağlığının bozulması” şeklinde açıklanmıştır.<sup>13</sup>

Cinsellik bütüncül yaklaşım çerçevesinde kadınların önemli, ancak göz ardı edilen gereksinimlerinden biridir. Hemşirelerin cinselliğe yönelik kapsamlı bakım verme, bilgilendirme ve sorun çözümüne yardımcı olma gibi sorumluluklarına ek olarak eğitmenlik ve danışmanlık rolleri de bulunmaktadır. Cinsel eğitim ve danışmanlığın; bireylerin cinsel konularla ilgili doğru bilgiler edinmelerine, cinsel mitlerin, sosyal, kültürel ve dini baskıların etkisi altında kalmadan cinselliği yaşamalarına, cinsel sorunlarına yönelik uygun girişimlerde bulunmalarına yardımcı olabileceği düşünülmektedir.<sup>24</sup> Ancak çok az hemşire bu alanda değerlendirme yapabilmekte ve girişimlerde bulunabilmektedir. Yapılan çalışmalarda; hemşirelerin cinsellikle ilgili danışmanlık için yeterli bilgiye sahip olmadıkları, utanmaları, iş yoğunluğu, cinselliğe ilişkin kişisel baskıcı tutumları ve cinsellikle ilgili konuları tartışırken anksiyete yaşamaları gibi nedenlerle cinsel eğitim ve danışmanlık vermedikleri belirtilmektedir. Aynı çalışmalarda hastalarından utanmadıkları, dini inançların etkisinde kalmaları ve toplumsal tabularla karşılaşmaları gibi nedenlerle cinsellik konusunda soru sormaktan kaçındıkları ortaya konulmuştur.<sup>61,62</sup>

Birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında tüm ülke genelinde bulunan Aile Sağlığı Merkezleri (ASM); ülkemizde kadın ve çocuk odaklı hizmetlerin sunulduğu, bu nedenle de daha çok kadınlar tarafından kullanılan önemli merkezlerdir. ASM'lerin bu özelliğinden dolayı kadın cinsel sağlığının değerlendirilmesi, sağlık eğitim programları ile kadınlarda bilinç oluşturulması, sorun yaşayan kadınların erken dönemde belirlenerek tedavi için uygun merkezlere sevk edilmesinde önemli rol üstlenecekleri düşünülmektedir. Bu amaçla ASM'lerde çalışan hemşirelerin cinsellik konusunda bilgili olması, birime gelen kadınları risk faktörleri açısından değerlendirmesi ve cinselliğe ilişkin öykü almaları önem taşımaktadır.<sup>24</sup> Güvel ve ark.<sup>60</sup> 2005 yılında hemşirelerin kadın cinsel fonksiyonları konusunda bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi ve bu

konudaki düşüncelerinin sorgulanması amacı ile yaptıkları çalışmada, hemşirelerin tümü lisans eğitimi sırasında kadın cinsel sağlığı ile ilgili verilen eğitimi yetersiz bulmuş ve bu konuda daha ileri bilgilere ihtiyaç duyduklarını ifade etmişlerdir. Bu nedenle cinsellikle ilgili konuların ileriye dönük olarak müfredatlara konulması, çalışan popülasyon için kurslar, seminerler ve hizmet içi eğitimler verilerek konuya dikkat çekilmesi yararlı olacaktır.

Cinsel konularla ilgili danışmanlıkta en çok tercih edilen cinsel danışmanlık modeli; kolay uygulanabilmesi ve güncelliğini yitirmemiş olması nedeniyle PLISSIT modelidir. Bir davranışçı psikolog olan Jack Annon tarafından oluşturulan (1976) bu model, yararlı bir cinsel danışma ve tedavi metodu olarak kabul edilmekte ve sağlık çalışanlarının cinsel konuları tartışmalarını destekleyeceği düşünülmektedir.<sup>60-62</sup>

PLISSIT modeli dört terapötik girişim aşamasından oluşmaktadır.<sup>60-62</sup>

**İzin vermek:** Hastaların cinsel sağlıkla ilgili ihtiyaçlarını belirlemede ilk adımı oluşturmaktadır. Bu aşamada hemşire kendine ve hastaya cinsellikle ilgili problem ve endişeleri tartışması için izin vermektedir. Hemşirenin bu yaklaşımı; hastaya duygularının değerli olduğunu hissettirerek anksiyetelerinin azalmasına, cinsel yaşama ilişkin sorunlarını ve gereksinimlerini rahat bir şekilde ifade edebilmelerine yardımcı olmaktadır.<sup>48,58</sup>

**Sınırlı bilgi:** Hastaya tedavilerin ve hastalıkların cinsel fonksiyonlara etkileri hakkında bilginin verildiği bu evrede hemşirenin en önemli rolü yanlış inançların, bilgilerin, mitlerin düzeltilmesini sağlamak ve doğru bilgileri vermektir.<sup>53,61</sup>

**Spesifik öneriler:** Hastada davranış değişikliği oluşturmak için özel çaba gerektiren bu aşamada; belli hedeflere ulaşmak için cinsel problemlerle ilgili verilen bilgi ve önerilerle hastanın cinsel konularda endişelerinin azaltılması ve problemlere ilişkin farkındalıklarının artırılması amaçlanmaktadır. Örneğin, cinsel aktivitenin astım

atağını tetikleyeceğini dűşűnen bir hastaya aktivite ۆncesi ilaçlarını alırsa bir sorun yaşamayacağı açıklanabilir. Cinsel fonksiyon ve danışmanlık konusunda ۆzel eğitim alan hemşireler, daha kapsamlı cinsel ilişki terapisi sağlayabilirler.<sup>61</sup>

**Yoğun tedavi:** Bu aşama, ilk ۆç girişim seviyelerine cevap vermeyen, yoğun bireysel ya da çift tedavisine gereksinim duyan hastalar için kullanılmaktadır. Cinsel fonksiyon bozukluğu olan kadınlarla çalışan hemşireler bu modelin ilk ۆç aşamasını kullanabilirler ve gereksinime gۆre kadını daha ۆst tedavilere yۆnlendirebilirler.<sup>61</sup>

### 3. MATERYAL VE METOT

#### 3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma evli kadınlarda cinsel fonksiyon bozuklukları ve cinsel yaşam kalitesinin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

#### 3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Temmuz 2012-Ocak 2013 tarihleri arasında Erzurum ili Yıldızkent semtinde bulunan Osmangazi Aile Sağlığı Merkezi'nde yapılmıştır.

#### 3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Osmangazi Aile Sağlığı Merkezine kayıtlı 18-49 yaş grubundaki evli kadınlar, örneklemini ise güç analizi ile belirlenen 213 kadın oluşturmuştur. Örneklem Aile Sağlığı Merkezine kayıtlı evli kadınlar arasından basit rastgele örnekleme yöntemiyle seçilmiştir.

**Araştırmaya alınma kriterleri:** Araştırmaya okur-yazar olan, gebe olmayan, menopoza girmemiş, eşinde ve kendisinde kronik herhangi bir hastalık bulunmayan, cinsel yaşantısı aktif olan evli kadınlar dahil edilmiştir.

#### 3.4. Veri Toplama Araçları

**Tanıtıcı Bilgi Formu (Ek-2):** Kadınların tanıtıcı özelliklerini içeren bilgi formu araştırmacı tarafından ilgili literatür doğrultusunda geliştirilmiştir. Bu formda kadınların; yaşı, boyu, kilosu, eğitim durumu, mesleği, eşinin mesleği ve eğitim durumu, evlenme şekli, evlilik süresi, çocuk sayısı, aile tipi, en uzun yaşadığı yerleşim birimi, evde yaşayan kişi sayısı, kendilerine ait bir oda olup olmadığı, gelir durumu, kendisinin ve eşinin sigara kullanma durumu herhangi bir doğum kontrol yöntemi kullanıp kullanmadıkları ve daha önce cinsellik hakkında eğitim alıp almadıklarını içeren sorular bulunmaktadır.



**Kadın Cinsel Fonksiyon Sorgulama İndeksi (IFSF) (Ek-3):** Kadın cinsel fonksiyon sorgulama indeksi (IFSF) 1999 yılında Kaplan, Reis ve ark. tarafından geliştirilmiştir. Dokuz sorudan oluşan bu indeks ile kadının son dört haftadaki cinsel fonksiyon durumu sorgulanmaktadır. IFSF' nin Cronbach Alpha değeri 0,82'dir. İndeksin ilk üç sorusu altı maddeden oluşmakta ve 0'dan 5'e kadar puanlanmaktadır Diğer altı soru 5 maddeden oluşmakta ve 1'den 5'e kadar puanlanmaktadır. İndeksten alınan en yüksek puan 45, en düşük puan 6, toplam puan 45'dir. IFSF formunda CFB tanısı için belirli bir eşik değeri belirlenmemiştir. Bu nedenle Araştırmamızda cinsel fonksiyona ilişkin puanların daha iyi kavranabilmesi için puanlar küme analizi yapılarak dört gruba ayrılmış ve derecelendirilmiştir. Bu derecelendirmeye göre 13'den düşük puan (çok düşük), 13-25 puan (düşük), 24-33 puan (orta), 34 puan üzeri (yüksek) olarak değerlendirilmiştir. IFSF puanı düşük olan grupta CFB görülme oranı yüksek, IFSF puanı yüksek olan grupta ise cinsel fonksiyon bozukluğu görülme oranı düşük olarak değerlendirilmektedir. Kısaca ters bir ilişki vardır. Puan düştükçe CFB görülme oranı yükselmektedir.

**Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın (CYKÖ-K) (Ek-4):** Symonds ve ark. tarafından 2005 yılında geliştirilmiş CYKÖ-K ölçeğinin Türkçe geçerliliği Turgut ve Gölbaşı tarafından 2010 yılında yapılmıştır. On sekiz yaşın üzerindeki tüm kadınlara uygulanabilmesine rağmen geçerlik ve güvenilirlik çalışması 18-65 yaş grubundaki kadınlarda yapılmıştır. Ölçeğin güvenilirlik katsayısı olan Cronbach Alpha değeri 0.83 olarak bulunmuştur. Yüksek güvenilirlik düzeyine sahip olan CYKÖ-K'nın Türk toplumundaki kadınların cinsel yaşam kalitesini değerlendirmede kullanılabileceği belirtilmektedir.<sup>27</sup> Altılı likert tipinde olan ölçek 18 maddeden oluşmaktadır. Her bir maddenin son dört hafta içindeki cinsel yaşam düşünülerek yanıtlanması istenmektedir. Ölçeğin orijinalinde her bir maddenin 1-6, veya 0-5 arasında puanlanabileceği

belirtilmektedir. Bu çalışmada 1-6 puan sistemi (1=Tamamen katılıyorum, 2=Büyük ölçüde katılıyorum, 3=Kısmen katılıyorum, 4=Kısmen katılmıyorum, 5= Büyük ölçüde katılmıyorum, 6=Hiç katılmıyorum) kullanılmıştır. Bu şekilde ölçekten alınabilecek puan aralığı 18-108 arasındadır. Toplam puan hesaplanmadan önce 1, 5, 9, 13, 18 numaralı madde puanlarının tersine çevrilmesi gerekmektedir. Hangi puanlama sistemi kullanılırsa kullanılsın ölçekten alınan toplam puan 100'e dönüştürülmektedir. Toplam ölçek puanının 100'e dönüştürülmesi için;  $[(\text{ölçekten alınan ham puan}-18) \times 100/90]$  formülünün kullanılması gerektiği belirtilmektedir. Örneğin ölçekten alınan ham puan toplamı 63 olan bir bireyin 100'e dönüştürülmüş ölçek puanı;  $[(63-18) \times 100/90=50]$  olmaktadır. Ölçekten alınan puanın yüksek olması cinsel yaşam kalitesinin iyi olduğunu göstermektedir.

### **3.5. Verilerin Toplanması**

Araştırmanın verileri kadınların evlerine gidilerek toplanmıştır. Görüşülen kadınlara araştırmanın amacı anlatılarak bilgilerin gizli kalacağı, araştırma dışında kullanılmayacağı belirtilmiş ve sözel onamları alınmıştır. Veriler kadınların yalnız olduğu bir ortamda mahremiyete özen gösterilerek toplanmıştır. Veri toplama sırasında bir kişiye ortalama 15 dakika zaman ayrılmıştır.

### **3.6. Verilerin Değerlendirilmesi**

Veriler SPSS 15.00 programında bilgisayara aktarılmış, demografik verilerin analiz edilmesinde frekans ve yüzde, evlenme şeklinde, aile tipinde ve sigara kullanma durumunda t testi, yaş, aylık gelir düzeyi evde yaşayan kişi sayısı, beden kitle indeksi ve IFSF düzeylerine göre karşılaştırmalarda tek yönlü varyans analizi, eğitim durumu, meslek durumu, evlilik yaşı, evlilik süresi, çocuk sayısı, uzun süre yaşanan yer, cinslikle ilgili eğitim alma durumlarının karşılaştırmalarda Kruskal Wallis, eşlere ait oda

bulunma durumunun karşılaştırmasında Mann-Whitney U testleri, IFSF puan ortalamalarının sınıflandırılmasında K-means küme analizi kullanılmıştır.

### **3.7. Araştırmanın Etik İlkeleri**

Araştırmanın yapılabilmesi için Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesinden etik kurul onayı (Ek:6), uygulanabilmesi için Erzurum Halk Sağlığı Müdürlüğünden resmi izin alınmıştır (Ek:5). Araştırma kapsamındaki kadınlara araştırmanın amacı, araştırmaya katılmakta özgür oldukları, istemiyorlarsa sorulara cevap vermek zorunda olmadıkları, toplanacak bilgilerin araştırma dışında hiçbir yerde kullanılmayacağı açıklanarak sözlü onayları alındıktan sonra ölçekler uygulanmıştır.

## 4. BULGULAR

Araştırmanın bu bölümünde; evli kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu ve cinsel yaşam kalitesinin incelenmesi amacıyla elde edilen bulgular sunulmuştur.

Kadınların tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı Tablo 4.1.'de verilmiştir.

**Tablo 4.1.** Kadınların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı (N=213)

Özellikler	Sayı	Yüzde
<b>Yaş</b>		
20-24	56	26.3
25-29	48	22.5
30-34	42	19.7
35-39	42	19.7
40 ve üzeri	25	11.8
<b>Eğitim Durumu</b>		
Okuryazar	14	6.6
İlköğretim	51	23.9
Lise	80	37.6
Üniversite	68	31.9
<b>Meslek Durumu</b>		
Memur	52	24.4
Serbest	17	8.0
Ev hanımı	144	67.6
<b>Aylık Gelir Düzeyi</b>		
Gelir giderden az	61	28.6
Gelir gidere eşit	122	57.3
Gelir giderden çok	30	14.1
<b>Evlenme Şekli</b>		
Görücü usulü	105	49.3
Anlaşarak	108	50.7
<b>Evlilik Yaşı</b>		
15-19	62	29.1
20-24	102	47.9
25-29	44	20.7
30 ve üzeri	5	2.3
<b>Evlilik Süresi (Yıl)</b>		
1-5	101	47.4
6-10	40	18.8
11-15	19	8.9
16-20	18	8.5
21 ve üzeri	35	16.4

<b>Çocuk Sayısı</b>		
Yok	63	29.6
1-3	113	53.0
4 ve üzeri	37	17.4
<b>Aile Tipi</b>		
Çekirdek aile	139	65.3
Geniş aile	74	34.7
<b>Uzun Süre Yaşanan Yer</b>		
Şehir	154	72.3
İlçe	8	3.7
Köy	51	24.0
<b>Evde Yaşayan Kişi Sayısı</b>		
2	49	23.0
3	29	13.6
4	42	19.7
5 ve üzeri	93	43.7
<b>Eşlere Ait Özel Oda Bulunma Durumu</b>		
Var	205	96.2
Yok	8	3.8
<b>Cinsellikle İlgili Eğitim Alma Durumu</b>		
Almadım	177	83.1
Sağlık ekibinden aldım	23	10.8
Okuldan aldım	13	6.1
<b>AP Yöntemi Kullanma Durumu</b>		
Yöntem kullanmıyor	81	38.0
Etkin yöntemleri kullanıyor	105	49.3
Geleneksel yöntemleri kullanıyor	27	12.7
<b>Sigara Kullanma Durumu</b>		
Kullanıyor	54	25.4
Kullanmıyor	159	74.6
<b>Beden Kitle İndeksi (BKİ)*</b>		
Normal (18.50-24.99)	64	30.1
Hafif şişman (25-29.99)	123	57.7
Şişman (obez) (30≤)	26	12.2

\* BKİ = Ağırlık (kg) / Boy<sup>2</sup> (m) formülü ile hesaplanmış ve gruplandırılmıştır.

Tablo incelendiğinde; kadınlardan çoğunun (yüzde 26.3) 20-24 yaş grubunda, yüzde 37.6'sının lise mezunu, yüzde 67.6'sının ev hanımı, yüzde 57.3'ünün gelirinin giderine denk olduğu, yüzde 50.7'sinin anlaşarak evlendiği, kadınların ilk evlilik yaşının yüzde 47.9 oranında 20-24 yaş grubunda ve yüzde 47.4'ünün en az 1-5 yıldır

evli olduğu görülmüştür. Kadınlardan yüzde 65.3'ünün çekirdek aile tipine sahip olduğu, çoğunluğun (yüzde 72.3) en uzun süre şehirde yaşadığı, evlerinde yaşayan kişi sayısının yüzde 43.7 ile beş ve üzerinde olduğu, yüzde 96.2'sinin kendine ait özel odaya sahip olduğu saptanmıştır. Kadınlardan yüzde 83.1'inin cinsellikle ilgili eğitim almadığı, yüzde 53'ünün 1-3 çocuğu olduğu, yüzde 49.3'ünün etkin aile planlaması yöntemi kullandığı, yüzde 74.6'sının sigara kullanmadığı saptanmıştır. Kadınların BKİ'si incelendiğinde; yüzde 30'unun normal, yüzde 57.7'sinin hafif şişman ve yüzde 12.2'sinin şişman olduğu belirlenmiştir.

Kadınların eşlerinin bazı özelliklerine göre dağılımı Tablo 4.2.'de verilmiştir.

**Tablo 4.2.** Kadınların Eşlerinin Bazı Özelliklerine Göre Dağılımı (N=213)

<b>Tanıtcı Özellikler</b>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde</b>
<b>Eşin Öğrenim Durumu</b>		
Okuryazar	7	3.3
İlköğretim	24	11.3
Lise	97	45.5
Üniversite	85	39.9
<b>Eşinin Meslek Durumu</b>		
Memur	84	39.4
İşçi	52	24.4
Serbest	69	32.4
Emekli	8	3.8
<b>Sigara Kullanma Durumu</b>		
Kullanan	132	62.0
Kullanmayan	81	38.0

Tablo incelendiğinde; kadınların eşlerinin yüzde 45.5'inin lise mezunu olduğu, yüzde 39.4'ünün memur olarak çalıştığı ve yüzde 62'sinin sigara kullandığı görülmüştür.

Kadınların IFSF'den aldıkları toplam puanlarına 4 grup olacak şekilde K-means küme analizi yapılmış ve bulgular Tablo 4.3.'de verilmiştir.

**Tablo 4.3.** Kadınların IFSF Puanlarına İlişkin K-means Küme Analizi Dağılımı (N=213)

<b>IFSF Puan Aralıkları</b>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde</b>
Çok düşük (13'den küçük)	21	9.86
Düşük (13-25 arası)	46	21.60
Orta (24-33 arası)	54	25.35
Yüksek (34'ten büyük)	92	43.19

Tablo'da kadınların IFSF'ye verdiği yanıtlardan aldıkları toplam puanlarının değerlendirme sonuçları görülmektedir. Puanlar yükseldikçe cinsel fonksiyon bozukluğu görülme oranı düşmektedir. Buna göre; kadınların yüzde 43.19'unun IFSF puanları yüksek, yüzde 25.35'inin puanları orta, yüzde 21.60'ının puanları düşük ve yüzde 9.86'sının çok düşük olarak belirlenmiştir.

Kadınların Cinsel yaşam kalitesi toplam puanlarına ilişkin aritmetik ortalama değeri  $68.51 \pm 21.63$  olarak bulunmuştur.

Kadınların tanıtıcı özelliklerine göre IFSF puan ortalamalarının karşılaştırılması

Tablo 4.4.'de verilmiştir.

**Tablo 4.4.** Kadınların Tanıtıcı Özelliklerine Göre IFSF Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=213)

<b>Tanıtıcı Özellikler</b>	Sayı	Ortalama puan	S.s	Testler ve Önemlilik
<b>Yaş</b>				
20-24	56	34.04	10.146	
25-29	48	36.27	8.991	
30-34	42	27.90	11.164	
35-39	42	27.52	10.272	F=23.792
40 ve üzeri	25	14.68	6.414	P=.000
<b>Eğitim Durumu</b>				
Okuryazar	14	16.14	8.857	
İlköğretim	51	21.96	10.410	
Lise	80	31.13	9.810	KW=65.092
Üniversite	68	36.85	9.203	P=.000
<b>Meslek Durumu</b>				
Memur	52	36.42	10.302	
Serbest	17	32.18	12.238	KW=27.055
Ev hanımı	144	27.09	11.138	P=.000
<b>Aylık Gelir Düzeyi</b>				
Gelir giderden az	61	24.39	11.354	
Gelir gidere eşit	122	31.30	11.170	F=10.880
Gelir giderden çok	30	34.50	10.878	P=.000
<b>Evlenme Şekli</b>				
Görücü usulü	105	23.83	10.822	t=8.445
Anlaşarak	108	35.56	9.413	P=.000
<b>Evlilik Yaşı</b>				
15-19	62	25.18	12.220	
20-24	102	28.83	10.987	
25-29	44	37.59	8.401	KW=31.918
30 ve üzeri	5	37.20	8.408	P=.000
<b>Evlilik Süresi (Yıl)</b>				
1-5	101	35.02	10.191	
6-10	40	32.80	9.028	
11-15	19	26.11	8.576	
16-20	18	23.67	10.088	KW=72.304
21ve üzeri	35	16.31	7.576	P=.000



<b>Çocuk Sayısı</b>				
Yok	63	35.87	10.608	
1-3	113	30.54	9.544	KW=56.680
4 ve üzeri	37	17.05	9.730	P=.000
<b>Aile Tipi</b>				
Çekirdek aile	139	31.10	11.876	t=2.291
Geniş aile	74	27.28	10.989	p=.023
<b>Uzun Süre Yaşanan Yer</b>				
Şehir	154	30.90	11.344	
İlçe	8	30.13	17.844	KW=6.062
Köy	51	26.33	11.194	P=.048
<b>Evde Yaşayan Kişi Sayısı</b>				
2	49	35.69	11.506	
3	29	36.86	6.728	
4	42	31.67	9.478	F=21.683
5 ve üzeri	93	23.59	10.834	P=.000
<b>Eşlere Ait Özel Oda Durumu</b>				
Var	205	29.63	11.650	U=.871
Yok	8	33.38	13.027	P=.351
<b>Cinsellikle İlgili Eğitim Alma Durumu</b>				
Almadım	177	27.55	11.192	
Sağlık ekibinden aldım	23	42.30	3.661	KW=43.388
Okuldan aldım	13	37.85	10.447	P=.000
<b>AP Yöntemi Kullanma Durumu</b>				
Yöntem kullanmıyor	81	30.11	11.961	
Etkin yöntemleri kullanıyor	105	30.62	12.088	F=2.150
Geleneksel yöntemleri kullanıyor	27	25.48	8.225	P=.119
<b>Sigara Kullanma Durumu</b>				
Kullanıyor	54	32.30	11.012	t=1.845
Kullanmıyor	159	28.92	11.826	p=.066
<b>Beden Kitle İndeksi (BKİ)*</b>				
18.50-24.99 Normal	64	36.89	8.685	
25-29.99 Hafif Şişman	123	27.20	11.067	F=20.384
30≤ Şişman (Obez)	26	24.42	13.402	P=.000

\* BKİ = Ağırlık (kg) / Boy<sup>2</sup> (m) formülü ile hesaplanmış ve gruplandırılmıştır.

Tablo incelendiğinde; kadınların yaşları ilerledikçe CFB görülme oranında artış olduğu, istatistiksel olarak da gruplar arasındaki farkın önemli olduğu görülmüştür (p<0.05). IFSF puan ortalamaları eğitim durumuna göre incelendiğinde; eğitim düzeyi yükseldikçe CFB görülme oranında düşüş görülmüş, yapılan istatistiksel analizlerde de

gruplar arasındaki farkın önemli olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ). IFSF puan ortalamaları çalışma durumuna göre değerlendirildiğinde; CFB'nin ev hanımlarında daha yüksek olduğu, gruplar arasındaki farkların istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ). IFSF puanları aylık gelir düzeylerine göre incelendiğinde; gelir düzeyi arttıkça CFB görülme oranının azaldığı görülmüş, gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ).

IFSF puan ortalamaları evlenme şekline göre değerlendirildiğinde, anlaşarak evlenen kadınların görücü usulü evlenen kadınlara göre daha yüksek IFSF puanına sahip olduğu, gruplar arasındaki farkların istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ). IFSF puan ortalamaları ilk evlilik yaşına göre değerlendirildiğinde; ilk evlilik yaşı arttıkça CFB görülme oranı düşmüş, istatistiksel analizlerle de gruplar arasındaki farkın önemli olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ). IFSF puan ortalamaları evlilik süresine göre değerlendirildiğinde; evlilik süresi arttıkça CFB görülme oranının yükseldiği görülmüş, yapılan istatistiksel analizlerde gruplar arasındaki farkın önemli olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ). IFSF puanı çocuk sayısına göre değerlendirildiğinde; çocuğu olmayan kadınlarda CFB görülme oranının daha düşük olduğu görülmüş, gruplar arasındaki farkın da istatistiksel olarak önemli olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

IFSF puanları aile tipine göre incelendiğinde; çekirdek aile yapısına sahip kadınlarda CFB görülme oranının düşük, gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu görülmüştür ( $p<0.05$ ). IFSF puanı kadınların en uzun süre yaşadıkları yerleşim yerine göre değerlendirildiğinde; uzun süre köyde yaşayan kadınlarda CFB görülme oranı daha yüksek bulunmuş, yapılan istatistiksel olarak da gruplar arasındaki farkın önemli olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Kadınlar IFSF puan ortalamaları evde birlikte yaşadıkları kişi sayısına göre değerlendirildiğinde; kişi sayısı arttıkça CFB görülme oranının arttığı görülmüş, gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak da

önemli olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ). IFSF puanları özel oda bulunma durumuna göre değerlendirildiğinde; gruplar arasındaki farkın anlamsız olduğu görülmüştür ( $p>0.05$ ).

IFSF puanları cinsellik ile ilgili eğitim alma durumuna göre incelendiğinde; eğitim alan kadınlarda CFB görülme oranının daha düşük olduğu bulunmuş, gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak da önemli olduğu görülmüştür ( $p<0.05$ ). IFSF puanları AP yöntemi kullanma ve sigara içme durumuna göre incelendiğinde; gruplar arasındaki farkın önemli olmadığı görülmüştür ( $p>0.05$ ).

IFSF puanları BKİ durumlarına göre değerlendirildiğinde; BKİ arttıkça CFB görülme oranının arttığı ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

Kadınların eşlerinin tanıtıcı özelliklerine göre IFSF puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.5.'de verilmiştir.

**Tablo 4.5.** Kadınların Eşlerinin Tanıtıcı Özelliklerine Göre IFSF Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=213)

Tanıtıcı Özellikler	Sayı	Puan Ortalaması	S.s	Testler ve Önemlilik
<b>Eşin Öğrenim Durumu</b>				
Okuryazar	7	26.86	9.805	
İlköğretim	24	20.08	10.738	
Lise	97	27.22	11.153	KW=42.913 P=.000
Üniversite	85	35.67	9.703	
<b>Eşin Meslek Durumu</b>				
Memur	84	33.32	11.049	
İşçi	52	24.98	11.932	KW=21.254 P=.000
Serbest	69	30.16	10.767	
Emekli	8	20.38	10.267	
<b>Eşin Sigara Kullanma Durumu</b>				
Kullanıyor	132	28.37	11.502	t=2.258
Kullanmıyor	81	32.06	11.709	p=.025

Tablo incelendiğinde; kadınların eşlerinin eğitim durumu arttıkça IFSF puanlarının yükselmiş olduğu ve gruplar arasındaki farkın önemli olduğu görülmüştür

( $p<0.05$ ). Eşlerinin mesleği memur olan kadınların IFSF puanlarının yüksek, CFB görülme oranlarının düşük olduğu saptanmış, gruplar arasındaki farkın önemli olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

Araştırmaya katılan kadınların eşlerinin sigara kullanma durumuna göre IFSF puanları değerlendirildiğinde; gruplar arasındaki farkın önemli olduğu, eşi sigara içen kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu görülme oranının yüksek olduğu, bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

Kadınların tanıtıcı özelliklerine göre cinsel yaşam kalitesi puan ortalamalarının karşılaştırması Tablo 4.6.'da verilmiştir.

**Tablo 4.6.** Kadınların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Cinsel Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Karşılaştırması (N=213)

<b>Tanıtıcı Özellikler</b>	<b>Sayı</b>	<b>Puan Ortalaması</b>	<b>S.s</b>	<b>Testler ve Önemlilik</b>
<b>Yaş</b>				
20-24	56	69.70	24.796	
25-29	48	75.65	19.871	
30-34	42	68.89	17.909	
35-39	42	61.38	21.137	F=2.939
40 ve üzeri	25	63.47	20.441	P=.022
<b>Eğitim Durumu</b>				
Okuryazar	14	63.73	19.552	
İlköğretim	51	61.44	21.005	
Lise	80	67.24	21.600	KW=22.132
Üniversite	68	76.29	20.505	P=.000
<b>Meslek Durumu</b>				
Memur	52	78.35	19.609	
Serbest	17	73.66	18.496	KW=25.220
Ev hanımı	144	64.34	21.500	P=.000
<b>Aylık Gelir Düzeyi</b>				
Gelir giderden az	61	59.95	20.799	
Gelir gidere eşit	122	69.38	22.067	F=12.209
Gelir giderden çok	30	82.37	11.700	P=.000
<b>Evlenme Şekli</b>				
Görücü usulü	105	60.90	21.246	t=-5.386
Anlaşarak	108	75.91	19.394	P=.000
<b>Evlilik Yaşı</b>				
15-19	62	64.62	22.871	
20-24	102	66.32	21.048	
25-29	44	77.90	18.976	KW=16.199
30 ve üzeri	5	78.67	17.399	P=.000
<b>Evlilik Süresi (Yıl)</b>				
1-5	101	72.95	22.109	
6-10	40	72.03	18.631	
11-15	19	55.03	17.628	
16-20	18	63.64	20.804	KW=22.536
21 ve üzeri	35	61.49	21.501	P=.000

<b>Çocuk Sayısı</b>				
Yok	63	71.78	23.668	
1-3	113	69.28	20.238	F=3.358
4 ve üzeri	37	60.57	20.747	P=.037
<b>Aile Tipi</b>				
Çekirdek aile	139	70.61	21.437	t=1954
Geniş aile	74	64.56	21.580	p=.052
<b>Uzun Süre Yaşanan Yer</b>				
Şehir	154	69.42	22.247	
İlçe	8	64.44	22.709	KW=2.411
Köy	51	66.38	19.674	P=.300
<b>Evde Yaşayan Kişi Sayısı</b>				
2	49	75.06	22.894	
3	29	79.50	15.280	
4	42	69.02	20.598	F=8.091
5 ve üzeri	93	61.40	20.790	P=.000
<b>Eşlere Ait Özel Oda Durumu</b>				
Var	205	68.09	21.667	U=546.000
Yok	8	79.31	18.668	P=.109
<b>Cinsellikle İlgili Eğitim Alma Durumu</b>				
Almadım	177	64.87	21.804	
Sağlık ekibinden aldım	23	87.15	5.574	KW=37.848
Okuldan aldım	13	85.13	8.577	P=.000
<b>AP Yöntemi Kullanma Durumu</b>				
Yöntem kullanmıyor	81	71.71	21.366	
Etkin yöntemleri kullanıyor	105	68.85	21.284	F=4.498
Geleneksel yöntemleri kullanıyor	27	57.57	21.001	P=.012
<b>Sigara Kullanma Durumu</b>				
Evet	54	70.21	21.129	t=.667
Hayır	159	67.93	21.831	p=.506
<b>Beden Kitle Durumu (BKİ)*</b>				
Normal (18.50-24.99)	64	74.01	20.693	
Hafif şişman (25-29.99)	123	66.91	21.278	F=3.482
Şişman (Obez) (30≤)	26	62.52	23.475	P=.033

\* BKİ = Ağırlık (kg) / Boy<sup>2</sup> (m) formülü ile hesaplanmış ve gruplandırılmıştır.

Tablo incelendiğinde; kadınların yaşları ilerledikçe, cinsel yaşam kalitesi puanlarında düşüş olduğu, istatistiksel olarak da gruplar arasındaki farkın önemli olduğu görülmüştür (p<0.05). Cinsel yaşam kalitesi puan ortalamaları eğitim durumuna göre incelendiğinde; eğitim düzeyi yüksek olan kadınların cinsel yaşam kalitesi puanlarının

daha yüksek olduğu görülmüş, yapılan istatistiksel analizlerde de gruplar arasındaki farkın önemli olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Mesleklerine göre cinsel yaşam kalitesi incelendiğinde ev hanımlarının puanları daha düşük görülmüş, cinsel yaşam kalitesi puanları açısından gruplar arasındaki fark anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

Kadınların gelir düzeyleri arttıkça cinsel yaşam kalitesi puanlarında da artış olduğu görülmüş, gruplar arasındaki farkın önemli olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Cinsel yaşam kalitesi puanları evlenme şekillerine göre değerlendirildiğinde; anlaşarak evlenen kadınların cinsel yaşam kalitesi puan ortalamalarının yüksek olduğu, gruplar arasındaki farkın önemli olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ). İlk evlilik yaşı yüksek olan kadınlarda cinsel yaşam kalitesi puanları yüksek bulunmuş, kadınların ilk evlilik yaşına göre cinsel yaşam kalitesi puanları açısından gruplar arasındaki farkın önemli olduğu görülmüştür ( $p<0.05$ ).

Evlilik süresi arttıkça cinsel yaşam kalitesi puanlarının düştüğü görülmüş, yapılan istatistikler analizlerde de gruplar arasındaki farkın önemli olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Kadınların çocuk sayıları arttıkça cinsel yaşam kalitesi puan ortalamaları düşmüş, yapılan istatistiksel analizlerde de grupların arasındaki farkın önemli olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Cinsel yaşam kalitesi puanları aile tipine göre değerlendirildiğinde; gruplar arasındaki farkın önemsiz olduğu görülmüştür ( $p>0.05$ ).

Kadınların uzun süredir yaşadıkları yerlere göre cinsel yaşam kalitesi puanları incelendiğinde; gruplar arasındaki farkın önemsiz olduğu görülmüştür ( $p>0.05$ ). Kadınların evde yaşadıkları kişi sayısına göre cinsel yaşam kalitesi puanları incelendiğinde; evde birlikte yaşadıkları kişi sayısı arttıkça cinsel yaşam kalitesi puan ortalamasının düştüğü görülmüş, yapılan istatistiksel analizlerde de gruplar arasındaki farkın önemli olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

Cinsel yaşam kalitesi puan ortalamaları eşlere özel oda bulunma durumuna göre

incelendiğinde; gruplar arasındaki farkın anlamsız olduğu görülmüştür ( $p>0.05$ ). Cinsel yaşam kalitesi puan ortalamaları cinsellikle ilgili eğitim alma durumuna göre incelendiğinde; cinsellikle ilgili eğitim alan kadınların almayan kadınlara göre daha yüksek cinsel yaşam kalitesi puan ortalamasına sahip olduğu görülmüş, yapılan istatistiksel analizlerde de gruplar arasındaki farkın önemli olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

Kadınların cinsel yaşam kalitesi puanları aile planlaması yöntemi kullanma durumlarına göre değerlendirildiğinde; aile planlamasında geleneksel yöntemler kullanan kadınların, etkili yöntem kullananlara göre cinsel yaşam kalitesi puanlarının daha düşük olduğu, yapılan istatistiksel analizlerde de gruplar arasındaki farkın önemli olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

Cinsel yaşam kalitesi puanları sigara içme durumuna göre değerlendirildiğinde; gruplar arasındaki farkın anlamsız olduğu görülmüştür ( $p>0.05$ ). Cinsel yaşam kalitesi puanları BKİ'ye göre incelendiğinde; BKİ arttıkça cinsel yaşam kalitesi puanlarında düşme olduğu, arasında da önemli bir fark bulunduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ).



Kadınların eşlerinin tanıtıcı özelliklerine göre cinsel yaşam kalitesi puan ortalamalarının karşılaştırması Tablo 4.7.'de verilmiştir

**Tablo 4.7.** Kadınların Eşlerinin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Cinsel Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Karşılaştırması (N=213)

<b>Tanıtıcı Özellikler</b>	<b>Sayı</b>	<b>Puan Ortalaması</b>	<b>S.s</b>	<b>Testler ve Önemlilik</b>
<b>Eşin Öğrenim Durumu</b>				
Okuryazar	7	69.84	17.760	
İlköğretim	24	69.03	21.526	
Lise	97	62.34	21.991	KW=18.451
Üniversite	85	75.29	19.692	P=.001
<b>Eşinin Meslek Durumu</b>				
Memur	84	71.97	20.438	
İşçi	52	67.48	20.298	
Serbest	69	65.39	23.803	KW=3.518
Emekli	8	65.69	21.285	P=.318
<b>Sigara Kullanma Durumu</b>				
Kullanıyor	132	66.25	21.805	t=1.954
Kullanmıyor	81	72.18	20.954	p=.052

Tablo incelendiğinde; kadınların eşlerinin eğitim durumu arttıkça cinsel yaşam kalitesi puanlarının arttığı saptanmış, eşlerinin eğitim durumuna göre cinsel yaşam kalitesi puanları açısından gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu görülmüştür. ( $p<0.05$ ). Kadınların cinsel yaşam kalitesi puanları, eşlerinin meslekleri ve sigara kullanma durumuna göre incelendiğinde; gruplar arasındaki farkın önemli olmadığı görülmüştür ( $p>0.05$ ).

Kadınların IFSF puan aralıklarına göre cinsel yaşam kalitesi puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.8.'de verilmiştir.

**Tablo 4.8.** Kadınların IFSF Puan Aralıklarına Göre Cinsel Yaşam Kalitesi Puanlarının Karşılaştırılması (N=213)

IFSF Puan Aralıkları	Sayı	Puan Ortalaması	S.s	Testler ve Önemlilik
Çok düşük (13'den küçük)	21	60,48	20,42	
Düşük (13-25 arası)	46	48,84	19,16	F=34.532
Orta (24-33 arası)	54	67,61	17,73	P=.000
Yüksek (34'ten büyük)	92	80,70	16,51	

Tablo incelendiğinde; kadınların IFSF toplam puan aralıkları arttıkça cinsel yaşam kalitesi puanlarında da artış olduğu bulunmuş, IFSF puan ortalamalarına göre cinsel yaşam kalitesi puanları açısından gruplar arasındaki farkın önemli olduğu görülmüştür ( $p<0.05$ ). Bu farkın hangi gruplardan kaynaklandığını anlamak amacıyla uygulanan Bonferroni Post Hoc testi sonucu, IFSF toplam puan aralığı “orta” ile “düşük” ve “yüksek” ile “çok düşük”, “düşük” ve “orta” arasındaki farklar anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Sonuç olarak, IFSF toplam puan aralıkları arttıkça Cinsel Yaşam Kalitesi puanlarında da artış olduğu söylenebilir.

## 5. TARTIŞMA

Bu bölümde; evli kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu ve cinsel yaşam kalitesini incelemek amacı ile yapılan araştırmada elde edilen bulgular literatür eşliğinde tartışılmıştır.

Kadınların cinsel fonksiyon bozukluğuna ilişkin değerlendirme IFSF puan ortalamalarıyla yapılmış, IFSF puanları düştükçe CFB görülme sıklığının arttığı şeklinde yorumlanmıştır. Kadınların cinsel yaşam kalitesine ilişkin değerlendirme cinsel yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamaları ile yapılmış, puanların yükselmesi cinsel yaşam kalitesinin iyi olduğu şeklinde yorumlanmıştır.

Elde edilen verilere göre; kadınların yüzde 9.86'sının çok düşük (13 puandan az), yüzde 21.60'ının düşük (13-25 puan), yüzde 25.35'inin orta (24-33 puan) ve yüzde 43.19'unun yüksek düzeyde (34 puandan fazla) IFSF puanına sahip olduğu görülmüştür. Kadınların Cinsel yaşam kalitesi toplam puanlarına ilişkin aritmetik ortalama değeri  $68.51 \pm 21.63$  olarak bulunmuştur.

Demirezen ve ark.<sup>24</sup> birinci basamakta yaptıkları çalışmada CFB sıklığını yüzde 67.5, Güvel ve ark.<sup>60</sup> IFSF'yi kullanarak yaptıkları çalışmada; kadınlardan yüzde 38'inin IFSF puanını (25 puandan az) düşük ya da çok düşük, yüzde 47'sinin (26-35 arasında) orta düzeyde ve yüzde 14'ünün (35'ten yüksek) yüksek düzeyde bulunmuştur. Karakoyunlu<sup>63</sup> araştırmasında; kadınlardan yüzde 23,3'ünün düşük ya da çok düşük (25 puandan az) yüzde 46,5'inin orta (26-35 puan) ve yüzde 30,2'sinin yüksek (35 puandan fazla) IFSF puanına sahip olduğunu belirtmiştir. Ülkemizde yapılan diğer çalışmalara bakıldığında; CFB görülme sıklığı yüzde 27 ile yüzde 67,5 arasında değişen farklı değerlerde bulunmuştur.<sup>22,49,54</sup> Diğer ülkelerde yapılan çalışmalarda CFB'lerin yüzde 27 ile yüzde 78,4 arasında olduğu belirtilmektedir.<sup>21,64</sup> Bu çalışmanın sonuçları ile Güvel'in sonuçları düşük ya da çok düşük puan alan grup açısından uyumlu bulunmuştur.

IFSF ve cinsel yaşam kalitesi puan ortalamaları kadınların yaşlarına göre incelendiğinde; yaş ilerledikçe IFSF puanının azaldığı ve buna bağlı olarak CFB'lerin arttığı görülmüş, gruplar arasındaki fark önemli bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Kadınların cinsel yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları puan ortalamasına göre yaş ilerledikçe cinsel yaşam kalitesi puanlarında düşüş olduğu bulunmuş, gruplar arasındaki farkın önemli olduğu görülmüştür ( $p<0.05$ ). Ülkemizde yapılan birçok çalışmada ilerleyen yaşın CFB görülme oranını artırdığı ve cinsel yaşam kalitesini olumsuz etkilediği yönünde sonuçlar elde edilmiştir.<sup>21,24,47,54,63</sup> Çalışmaların bulguları bu araştırmanın sonuçları ile uyumlu bulunmuştur. Güvel ve ark.<sup>65</sup> çalışmasında yaş ilerledikçe CFB'de bir artışın olmadığı, yaş gruplarına göre gruplar arasında önemli bir fark bulunmadığı belirtilmiştir. Farklı ülkelerde yapılan çalışmalarda; kadınlarda cinsel ilişki sıklığının ve cinsel fonksiyonların yaşa bağlı olarak azaldığı saptanmıştır.<sup>51,64,66,67</sup> CFB'lerin yaşla birlikte artması; ilerleyen yaşla birlikte kadınların anatomisinde ve hormonlarında meydana gelen değişimlerin kadının cinsel fonksiyonlarını olumsuz yönde etkilemesi; yaşla birlikte bazı kronik hastalıkların, sosyal ve ruhsal problemlerin artmasına bağlı olabilir.<sup>63</sup>

IFSF ve cinsel yaşam kalitesi puan ortalamaları kadınların ve eşlerinin eğitim düzeylerine göre incelendiğinde; eğitim düzeyleri arttıkça IFSF puanının yüksek, CFB oranının düşük olduğu görülmüş, gruplar arasındaki fark önemli bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Kadınların eğitim düzeyi arttıkça cinsel yaşam kalitesinde yükselme olduğu görülmüş, gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmuş ( $p<0.05$ ). Eşin eğitim düzeyi arttıkça kadının cinsel yaşam kalitesinde yükselme olduğu görülmüş ve gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Ülkemizde ve diğer bazı ülkelerde, farklı gruplar üzerinde yapılan çalışmalarda; düşük eğitim seviyesinin cinsel fonksiyon bozukluğu görülme sıklığını olumsuz yönde etkilediği saptanmıştır.<sup>21,24,47,63,68</sup> Ülkemizde Güvel ve ark.

<sup>65</sup>'nin çalışmasında, eğitim durumu ile IFSF puanları arasında eğitim düzeyleri yüksek olanların lehine önemli bir fark bulunmamıştır. Bu çalışmanın sonuçları diğer çalışma sonuçları ile uyumludur. Eğitim seviyesi yüksek olan kadınlarda CFB riskinin daha az olması, bu gruptaki kadınlarda çalışma oranının daha yüksek, buna bağlı olarak gelir düzeylerinin daha iyi olması, daha konforlu yaşam şartlarına sahip olmaları ve cinselliğe karşı daha pozitif yaklaşımın olmasından kaynaklanıyor olabilir.

IFSF ve cinsel yaşam kalitesi puan ortalamaları kadınların meslek durumlarına göre incelendiğinde; çalışmayan kadınlarda IFSF puan ortalamaları ve cinsel yaşam kalitesi puanlarının düşük olduğu; gruplar arasındaki farkın önemli olduğu görülmüştür ( $p<0.05$ ). Karakoyunlu'nun çalışmasında<sup>63</sup> ev hanımlarında CFB'nin daha yüksek olduğu saptamıştır. Demirezen'in<sup>24</sup>, çalışmasında da bu durum desteklenmiş, IFSF puanları düşük bulunmuştur. Safarinejad'ın<sup>69</sup> İran'lı kadınlar üzerinde yaptığı araştırmada; çalışmayan kadınlarda CFB görülme oranının çalışan kadınlara göre anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur. Bu çalışma diğer çalışmaların sonuçları ile uyumludur.

IFSF ve cinsel yaşam kalitesi puan ortalamaları kadınların eşlerinin mesleğine göre değerlendirildiğinde; eşi memur olarak çalışan kadınların emekli olanlara oranla daha yüksek IFSF puanına sahip olduğu ve gruplar arasında önemli bir fark olduğu ( $p<0.05$ ), ancak cinsel yaşam kalitesi açısından gruplar arasında önemli bir fark olmadığı görülmüştür ( $p>0.05$ ).

IFSF ve cinsel yaşam kalitesi puan ortalamaları aylık gelir düzeyine göre incelendiğinde; aylık gelir düzeyi yüksek olan kadınların IFSF puan ortalamaları yüksek, CFB görülme oranı daha düşük olduğu, cinsel yaşam kalitesinin de daha yüksek olduğu görülmüş ve gruplar arasındaki fark önemli bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Ülkemizde Karakoyunlu,<sup>63</sup> ve Demirezen,<sup>24</sup> yaptıkları çalışmalarda da gelir durumunu iyi olarak

tanımlayan kadınların CFB görülme oranları düşük bulunmuştur. Bu araştırmanın sonuçları diğer çalışmaların sonuçları ile uyumludur.

IFSF ve cinsel yaşam kalitesi puan ortalamaları evlenme şekline göre değerlendirildiğinde; Anlaşarak evlenen kadınlarda IFSF puanlarının yüksek, CFB oranı daha düşük olduğu, cinsel yaşam kalitesinin de daha yüksek olduğu görülmüş ve gruplar arasındaki farkın önemli olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Karakoyunlu'nun<sup>63</sup> çalışmasında; anlaşarak evlenen kadınlarda IFSF puanları yüksek, CFB görülme oranı düşük bulunmuştur. Bu çalışmanın sonuçları Karakoyunlu'nun<sup>63</sup> çalışma sonuçları ile uyumludur.

IFSF ve cinsel yaşam kalitesi puan ortalamaları evlenme yaşına göre incelendiğinde; ilk evlilik yaşı 15-19 yaş arasında olanlarda IFSF puanının düşük, CFB görülme oranının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu bulunmuş ve ilk evlilik yaşı arttıkça IFSF puanının ve cinsel yaşam kalitesi puanının arttığı saptanmış, gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

IFSF ve cinsel yaşam kalitesi puan ortalamaları evlilik süresine göre değerlendirildiğinde; evlilik süresi ilerledikçe IFSF puanlarının azaldığı, CFB görülme oranında arttığı görülmüş ve cinsel yaşam kalitesi puanının azaldığı görülmüştür, gruplar arasındaki farkın önemli olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Ülkemizde ve yurtdışında farklı gruplarda yapılan başka çalışmalara bakıldığında; araştırmamıza paralel sonuçların olduğu, evlilik süresi arttıkça CFB'lerin arttığı görülmüştür.<sup>24,63,66</sup> Güvel ve ark.<sup>65</sup> çalışmasında bizim araştırmamızın aksine evlilik süresi ve CFB arasındaki ilişki anlamsız bulunmuştur. Evlilik süresi arttıkça kadınların yaşlarında da bir artış olduğu düşünüldüğünde, yaşa bağlı olarak meydana gelen değişikliklerin kadınların cinsel fonksiyonlarını olumsuz yönde etkilediği ve evlilik süresi uzun olan kadınlarda CFB görülme oranının buna bağlı olarak yüksek olduğu söylenebilir.

IFSF ve cinsel yaşam kalitesi puan ortalamaları sahip olunan çocuk sayısına göre incelendiğinde; çocuk sayısı arttıkça IFSF puanının azaldığı, buna paralel olarak CFB'lerin arttığı görülmüş ve gruplar arasındaki farkın önemli olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Kadınların sahip oldukları çocuk sayısı arttıkça cinsel yaşam kalitesinin azaldığı ve gruplar arasındaki farkın önemli olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Yurtdışında yapılan çalışmalarda çocuk sayısının cinsel fonksiyonlar üzerinde etkili bir neden olduğu saptanmış, çocuk sayısı arttıkça CFB'lerin yaygınlaştığı belirlenmiştir.<sup>63,69</sup> Bu çalışma diğer çalışmaların sonuçları ile uyumludur. Bu durum, çocuk sahibi olmanın sorumlulukları arttırarak kişiler üzerinde stres ve yorgunluk yaratan bir durum yaratmasından kaynaklanıyor olabilir.

IFSF ve cinsel yaşam kalitesi puan ortalamaları aile tipine göre karşılaştırıldığında; çekirdek aileye sahip kadınların IFSF puanları yüksek, CFB görülme oranları düşük bulunmuş, gruplar arasındaki farkın önemli olduğu görülmüştür ( $p<0.05$ ), ancak cinsel yaşam kaliteleri açısından gruplar arasındaki farkın önemli olmadığı saptanmıştır ( $p>0.05$ ).

IFSF ve cinsel yaşam kalitesi puan ortalamaları uzun süre yaşanan yerleşim yerine göre değerlendirildiğinde; uzun süre köyde yaşayan kadınlarda CFB görülme oranının yüksek olduğu görülmüş ve gruplar arasındaki fark önemli bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Cinsel yaşam kalitesi puan ortalamalarındaki farkın önemli olmadığı bulunmuştur ( $p>0.05$ ).

IFSF ve cinsel yaşam kalitesi puan ortalamaları evde yaşayan kişi sayısına göre incelendiğinde; evde 3 kişi yaşayanların IFSF puanının 2 kişi yaşayanlara göre daha yüksek olduğu bulunmuş, ancak diğer gruplarda birey sayısı arttıkça IFSF puanının ve cinsel yaşam kalitesi puanının azaldığı görülmüş, gruplar arasındaki farkın önemli olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Karakoyunlu<sup>63</sup> araştırmasında evde yaşayan kişi sayısı

arttikça CFB görölme oranının da arttığını belirtmiştir. Bu çalışmanın sonuçları Karakoyunlu'nun çalışması ile uyumludur.

IFSF ve cinsel yaşam kalitesi puan ortalamaları kadınların kendilerine ait özel odalarının bulunup bulunmama durumuna göre incelendiğinde; IFSF ve cinsel yaşam kalitesi puan ortalamaları açısından gruplar arasında önemli bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). Karakoyunlu'nun<sup>63</sup> çalışmasında da özel oda bulunma durumu ile IFSF puanları arasındaki fark anlamsız bulunmuştur. Bu çalışmanın sonuçları Karakoyunlu'nun çalışma sonuçları ile uyumludur.

IFSF ve cinsel yaşam kalitesi puan ortalamaları cinsellikle ilgili eğitim alma durumuna göre değerlendirildiğinde; eğitim alan kişilerin IFSF puanı yüksek, CFB görölme oranları düşük bulunmuştur. Gruplar arasındaki farkın önemli olduğu görölmüştür ( $p<0.05$ ). Cinsel yaşam kalitesi puan ortalamalarına bakıldığında; eğitim alanlarda puan ortalaması yüksek bulunmuş, gruplar arasında önemli bir fark bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Bu sonuç sağlık ekibinin sağlayacağı danışmanlık ile CFB görölme oranının azaltılabileceğini ve cinsel yaşam kalitesinin yükseltilebileceğini göstermektedir.

IFSF ve cinsel yaşam kalitesi puan ortalamaları kullanılan aile planlaması yöntemine göre incelendiğinde; IFSF puan ortalamaları açısından gruplar arasında bir fark olmadığı görölmüş ( $p>0.05$ ), ancak cinsel yaşam kalitesi puan ortalamasına göre gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Geleneksel aile planlaması yöntemi kullananların cinsel yaşam kalitesi puanlarının daha düşük olduğu saptanmıştır. Safarinejad'ın<sup>69</sup> 2006 yılında İran'lı kadınlar üzerinde yaptığı çalışmada, aile planlaması yöntemi kullanan kadınlar ile kullanmayan kadınlar arasında IFSF puanları açısından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Aydos ve ark.<sup>68</sup> 2005 yılında yaptığı çalışmada da kullanılan aile planlaması yöntemine ilişkin farkların CFB görölme



sıklığında etkin olmadığı sonucu bulunmuştur. Yılmaz'ın<sup>70</sup> çalışmasında hormonal kontraseptif kullanan kadınların diğer yöntemleri kullanan kadınlara göre daha düşük IFSF puanına sahip oldukları, ancak kullanılan yöntemin kadınların cinsel fonksiyonları üzerinde etkili olmadığı bulunmuştur. Bu çalışmanın sonuçları Aydos ve Safarinejad'ın çalışması ile uyumludur.

IFSF ve cinsel yaşam kalitesi puan ortalamaları BKİ'ye göre değerlendirildiğinde; BKİ'si yüksek olanların IFSF puanları düşük, CFB'leri yüksek, cinsel yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamaları düşük bulunmuştur. Gruplar arasındaki farkın önemli olduğu görülmüştür ( $p<0.05$ ). Kolotkin ve ark.<sup>71</sup> 2006 yılında Amerika'da obezitenin cinsel yaşam kalitesine etkisini belirlemek için yaptıkları çalışmada; BKİ'si yüksek olan kadınlarda cinsel yaşam kalitesinin büyük ölçüde bozulduğu saptanmıştır. Hisasue ve ark.<sup>67</sup> 2005 yılında Japonya'da yaptığı çalışma ile Rosen'nin<sup>72</sup> 2002 yılında Amerika'da yaptığı iki ayrı çalışmada; BKİ'nin cinsel fonksiyonları etkilemediği belirlenmiştir.<sup>67,72</sup> Bu çalışmanın sonuçları Kolotkin ve ark.<sup>71</sup> çalışması ile uyumludur. Bu durum BKİ'nin beden imajını etkilemesinden kaynaklanıyor olabilir.

IFSF ve cinsel yaşam kalitesi puan ortalamaları kadınların ve eşlerinin sigara içme durumuna göre değerlendirildiğinde; sigara içen kadınların IFSF puanlarında gruplar arasındaki fark önemsiz bulunmuştur ( $p>0.05$ ). Eşleri sigara içen kadınların ise içmeyenlere göre IFSF puanları düşük, CFB görülme oranları yüksek bulunmuş, gruplar arasındaki fark önemli görülmüştür ( $p<0.05$ ). Eşi ya da kendisi sigara içen kadınların cinsel yaşam kalitesi puanları ile içmeyenler arasındaki farkın önemli olmadığı bulunmuştur ( $p>0.05$ ).

Kadınların IFSF puan ortalamalarına göre cinsel yaşam kalitesi puanları karşılaştırıldığında; IFSF puanları ve cinsel yaşam kalitesi puanları arasında ilişki bulunmuştur. IFSF puanları düşük olanlarda (CFB'ler yüksek), cinsel yaşam kalitesi

puanlarının düşük olduğu görülmüstür. Bu durum, CFB arttıkça cinsel yaşam kalitesinin düştüğü şeklinde yorumlanabilir. Hisasue ve ark.'nın<sup>67</sup> alışmasında CFB'nin cinsel yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği belirtilmektedir. Laumann ve ark.,<sup>20</sup> Basson<sup>74</sup> Elnashar,<sup>75</sup> ve Aygin,<sup>76</sup> alışmalarında kadınların cinsel yaşamındaki sorunların kadınların yaşam kalitelerini düşürdüğünü belirtmişlerdir. Rosen ve ark.<sup>73</sup> ise CFB'lerin tatmin edici cinsel ilişkiyi etkilemediği saptanmıştır. Bu çalışmanın sonuçları Hisasue ve ark.'nin<sup>67</sup>, Basson'un<sup>74</sup>, Elnashar'ın<sup>75</sup> ve Aygin'in<sup>76</sup> alışma sonuçları ile uyumludur.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Evli kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu ve cinsel yaşam kalitesinin incelenmesi amacıyla yapılan araştırmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir. IFSF puan ortalamalarına göre kadınların; yüzde 9.86'sı çok düşük (13 puandan az), yüzde 21.60'ı düşük (13-25 puan), yüzde 25.35'i orta (24-33 puan) ve yüzde 43.19'u yüksek (34 puandan fazla) puan almıştır. Kadınların Cinsel yaşam kalitesi toplam puanlarına ilişkin aritmetik ortalama değeri  $68.51 \pm 21.63$  olarak bulunmuştur.

- Kadınların cinsel fonksiyon bozuklukları ve cinsel yaşam kalitesini kadınların; yaşı, eğitimi ve meslek durumu, eşinin eğitimi ve meslek durumu, evlenme şekli, evlilik süresi, aile tipi, en uzun süre yaşadıkları yer, evde yaşayan kişi sayısı, gelir durumu, çocuk sayısı, cinsellikle ilgili eğitim alma durumu, eşin sigara kullanma durumu ve beden kitle indeksinin etkilediği saptanmıştır.
- Kadınların IFSF puanları düştükçe cinsel fonksiyon bozuklukları artmıştır.
- Kadınların IFSF puanları düştükçe (CFB arttıkça) cinsel yaşam kalitesi puanları düşmüştür.

Bu sonuçlar doğrultusunda:

- Birinci basamak sağlık hizmeti veren sağlık çalışanlarının cinsel konuları konuşmada iletişim yeteneğini arttırmak için ülke genelinde standart hizmet içi eğitim programları oluşturulması,
- Cinsel sorunların değerlendirilmesi için birinci basamak sağlık hizmetlerinde kullanılabilecek etkin ve kolay uygulanabilen formlar oluşturulması,

- Birinci basamak sağlık kurumlarında hizmet veren sağlık çalışanları tarafından, kişilerin CFB'ye ilişkin risk faktörlerinin değerlendirmesinin yapılması,
- Birinci basamak sağlık kurumlarında hizmet veren sağlık çalışanları tarafından, kişilere cinsel konularda eğitim ve danışmanlık hizmetleri verilmesi,
- Toplum temelli, kadınları ve eşlerini de kapsayan daha geniş kitlelerde çalışmalar yapılarak, farklı kùltür ve yerleşim özelliklerine göre sonuçların karşılaştırılması önerilebilir.

## KAYNAKLAR

1. Pan American Health Organization. *World Health Organization. Promotion of Sexual Health Recommendations for Action*, Guetamala, 2000; 19-22.
2. Saygılı P. Üreme sağlığı hizmetlerinde hemşirenin danışman rolü, *Uluslar arası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongre Kitabı*, 20-23 Nisan, Ankara, 2003: 136-138.
3. Lamb MA. Sexuality and sexual functioning. McCorkle R, Grant M, Frank-Stromborg M and Baird SB (eds): *Cancer Nursing – A Comprehensive Textbook*, 2nd Edition. Philadelphia, W.B. Saunders Company, 1996:1, 105-27.
4. Cinsellik Nedir? [http://www.webanne.com/cinsellik\\_nedir.htm](http://www.webanne.com/cinsellik_nedir.htm), 25.10.2010.
5. Donnelly DA. Sexually inactive marriages. *The Journal of Sex Research*, 1993, 30: 171-179.
6. Bozdemir N, Özcan S. Cinselliğe ve cinsel sağlığa genel bakış Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı *Turkish Journal of Family Medicine And Primary Care.*, 2011, 37-46.
7. Karakoyunlu F, Öncel S. Cinsel fonksiyon bozukluklarında kadına ait hemşirelik bakım süreci örneği, *Atatürk Üniversitesi HYO Dergisi*, 2009, 12-3.
8. Kıray B, Bayık A. Cinsel doyumun yordanmasında bazı faktörlerin incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2010, 1-13.
9. Alexander LL, LaRose JH. Sexual and reproductive dimensions of women's health, *New Dimensions in Women Health*, Third Edition, USA, 2004.
10. Cinsel eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği. Gençlik ve cinsellik, [http://www.cetad.org.tr/CetadData/Book/32/269201116835bilgilendirme\\_dosyasi\\_5.pdf](http://www.cetad.org.tr/CetadData/Book/32/269201116835bilgilendirme_dosyasi_5.pdf) 10-11. 01.01.2012.

11. Yee LA, Sundquist KJ. Older women's sexuality *The Medical Journal of Australia* 2003; 178: 640-2.
12. Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği. Cinsel yaşam sorunları, [http://www.cetad.org.tr/doc/bilgilendirme dosyası 1.pdf](http://www.cetad.org.tr/doc/bilgilendirme_dosyası_1.pdf) , 06.09.2010.
13. Birol L. *Hemşirelik Süreci*, 6.Baskı, İzmir, 2004, 14-15.
14. Çelikkol, A. Ruhsal Bozukluklar Hakkında Kısa Bilgi. [Http://www. Çelikkol.Org/Cinsel.Htm](Http://www.Çelikkol.Org/Cinsel.Htm), 22.4.2010.
15. Nappi et al. Clinical, biologic, pathophysiologies of womens sexual dysfunction. *Journal Sex Medicine*, 2005, 4-25.
16. Raymond, C., Rosen, D. Assesment of female sexual dysfunction: rewiew of validated methots. *Fertility And Sterility*, 2002, 77: 89-93.
17. Yadav J, Genaralli L, Ratakonda U. *Female Sexuality and Common Sexual Dysfunctions: Eveluation and Management in A Primary Care Setting*. Primary Care Update for OB/GYNS, 2001, 8: 5-11.
18. Akın S. Kadın cinsel sağlığı hemşire çalışma grubu. cinsel fonksiyon bozukluğu epidemiyolojisi. *Türk Androloji Bülteni*, 2004, 18: 264-265.
19. Güvel S. Kadın Cinsel Fonksiyonunun Epidemiyolojisi. Erkek ve Kadın Cinsel Sağlığı, Türk Androloji Derneği Yayını, İstanbul, 1. Basım, 2004, 615- 619.
20. Laumann EO, Paik A. & Rosen R. C. Sexuel dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *The Journal American Medical Association*, 1999, 281: 537-544.

21. Abdo CHN, Oliveira WM, Moreira Jr ED, Fittipaldi JAS. Prevalence of sexual dysfunctions and correlated conditions in sample of Brazilian women-results of Brazilian study on sexual behavior, *International Journal of Impotence Research*, 2004, 16: 160-166.
22. Önem A, Kadioğlu A. Erkek ve kadında cinsel siklus döngüsü. *Androloji Bülteni*, 2005, 22: 188-191.
23. Ege E, Akın B, Arslan S, Bilgili N, Sağlıklı kadında cinsel fonksiyon bozukluğu sıklığı ve risk faktörleri *Tüfav Bilim Dergisi*, 2010, 1:137-144.
24. Demirezen E, Erdoğan S, Önem K. Birinci basamak sağlık merkezine başvuran kırk yaşın altındaki kadınlarda cinsel fonksiyonun değeriendirilmesi. *Androloji Bülteni*, 2006, 177-180.
25. Beştepe E. Yaşlı kadınlarda cinsellik ve cinsel işlev bozuklukları, [www.geriatri-gnp.com](http://www.geriatri-gnp.com). 06.09.2010.
26. Tashbulatova D. İnfertil Kadınlarda Cinsel Fonksiyonlara Etki Eden Faktörler Sağlık Bilimleri Enstitüsü Üroloji Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Adana, Çukurova Üniversitesi, 2007.
27. Efe H. Gebeliğin Kadın Cinselliği Üzerine Etkileri Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın Doğum Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi: İstanbul, Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2006.
28. Varma G. Doğal ve cerrahi menozda depresyon ve anksiyete düzeyleri ile cinsel doyum arasındaki ilişki, *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 2005:109-115.

29. Turgut N. Gölbaşı Z. Cinsel yaşam kalitesi ölçeği geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Dergisi*. 2010: 172-180.
30. Gökyıldız, Ş. Cinsel sağlığın geliştirilmesinde hemşirenin etkinliği nasıl sağlanır? İstanbul Üniversitesi, *Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Hemşirelik Dergisi*, 2002: 49.
31. Akalın A. *Cinsel Sağlık Bilgileri Eğitimi Öğretmen El Kitabı*. İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı, İstanbul, 2000.
32. Akın A, Demirel S. Toplumsal cinsiyet kavramı ve sağlığa etkileri. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2003. Özel Ek 25: 73–82.
33. Cinsel eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği. Gençlik ve Cinsellik, [http://www.cetad.org.tr/CetadData/Book/32/269201116835bilgilendirme\\_dosyasi\\_7.pdf](http://www.cetad.org.tr/CetadData/Book/32/269201116835bilgilendirme_dosyasi_7.pdf), 15.05.2012.
34. Öztürk OM. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*, Nobel Tıp Kitapevleri, Ankara, 2004.
35. Set T, Dağdeviren N, Aktürk Z. Ergenlerde cinsellik, *Genel Tıp Dergisi*, 2006, 16:137-141.
36. Terzioğlu F. Taşkın L. Kadının toplumsal cinsiyet rolünün liderlik davranışlarına ve hemşirelik mesleğine yansımaları. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2008, 12
37. Taşkın L. *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*. 7.Baskı. Ankara, Sistem ofset matbaacılık, 2005, 37-41.
38. Çavdar İ. Meme kanserli hastalarda cinsel sorunlar, *Meme Sağlığı Dergisi*, 2006, 2: 64-66.
39. Örsel S, Işık B, Akdemir A, Özbay H. Diyet yapan ve yapmayan ergenlerin kendilik algısı, beden imajı ve beden kitle indeksi açısından karşılaştırılması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2004, 15: 5–15.



40. Acar Z. Doğum Sonrası Dönemdeki Kadınların Cinsel İşlevleri ve Etkileyen Faktörler, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi: Ankara. 2008.
41. T.C.Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü *Üreme Sağlığına Giriş Katılımcı Rehberi*, No:1, Ankara, 2005.
42. İncesu C. Cinsel işlevler ve cinsel işlev bozuklukları, *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 2004; 3-13.
43. Meston CM, Hull E, Levin RJ, Sipski M. Womans orgasm in: T.F. Lue, R. Basson, R. Rosen at all Eds: Sexual Medicine Sexual Disfunctions in Men and Women.21stEd, Paris, *Health Publications*, 2004; 785-795.
44. Sağduyu A, Rezaki M, Rezaki BG, Kaplan D, Özgen G. Sağlık ocağına başvuran hastalarda cinsel sorunlar. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 1997, 8: 102-109.
45. Kulak H. Cinsel İşlev Bozukluğu Görülen Kadınlarda Geçmiş Travmatik Deneyimler, Sosyal Bilimler Anabilim Dalı, Doktora Tezi İstanbul. İstanbul Üniversitesi, 2006, 14-37.
46. ICD-10 Ruhsal ve davranışsal bozukluklar sınıflandırması, Dünya Sağlık Örgütü 1992 Ankara, *Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği Yayını*, 181-184
47. Cayan S, Akbay E, Bozlu M, Canpolat B, Acar D, Ulusoy E. The prevalence of female dysfunction and potential risk factors that may impair sexual function in Turkish women. *Urologia Internationalis*, 2004, 72:52-57.
48. Alkan E. Cinsel İşlev Bozuklukları ve Kişilerarası Tarz, Öfke, Kendilik Algısı. Yüksek Lisans Tezi Ankara. Ankara Üniversitesi, 2008.

49. Kadri N, Mchichi Alami KH, McHakra Tahiri S. Sexual disfunctions in women population based epidemiological study, *Archives Womens Mental Health*, 2002, 5:59-63
50. Nobre PJ, Pinto Gouveria J, Gomes FA. Prevalans and comorbidity of sexual disfunctions in a portuguese clinical sample. *Journal of Sex and Marital Therapy* 2006, 32:173-182.
51. Ponholzer A, Roehlich M, Racz U, Temml C, Madersbacher S. Female Sexual Dysfunction in Healthy Austrian Cohort: Prevalence and risk factors *European Urology*, 2005, 366-375
52. Richard D, Catherine M, Christopher K, Lorraine D. What can prenalence studies tell us about female sexual difficulty dysfunction, *the journal of sexual medicine*, 2006, 3: 589-595
53. Yaşar H, Özkan L, Tepeler A. Kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluklarına güncel yaklaşım, *Klinik ve Deneysel Araştırmalar dergisi*, 238-240
54. Oksuz E, Malhan S. Prevalence and risk faktors for female sexual dysfunction in turkish women, *The Journal Of Urology*, 2006, 654-658
55. Sung Su, Jeng C, Lin, Yen. Sexual health car efor women with dyspareunia. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2011, 50, s:268-244
56. Oniz A. Keskinoglu P. Bezircioglu I. The prevalence and casuses of sexual problems among premenopausal Turkish woman . *Journal Sex Medicine*, 2007, 6:81

57. Öztürk Ü. Zonguldak il merkezinde kadın nüfusunda cinsel işlev bozukluğu prevalansı, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık tezi Zonguldak, Zonguldak Karaelmas Üniversitesi, 2008.
58. Kütmeç C. Kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu ve hemşirelik bakımı, *Fırat Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2009, 12:112-130
59. Bahar A, ,Savaş H, Yıldızgördü E, Barlıoğlu H. Hemodiyaliz hastalarında anksiyete, depresyon ve cinsel yaşam *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2007; 8:287-292
60. Güvel S, Culha F, Yasar F, Volkan S, Boyam F, Peşkircioğlu L. Hemşirelerde kadın cinsel fonksiyonları konusunda bilgi düzeyinin sorgulanması. *Androloji Bülteni*, 2005, 20: 82-83.
61. Eryılmaz G, Nazik E. Kadınlarda disparoni ve hemşirelik yaklaşımı, *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2011, :213-214
62. Çil A, KOAH'lı hastalarda cinsel disfonksiyon Kırklareli Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu *Kadın Cinsel Sağlığı* 164-167
63. Karakoyunlu F. Evli Kadınlarda Cinsel Fonksiyon Bozukluğu Görülme Sıklığı Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın ve Doğum hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi Antalya, Akdeniz Üniversitesi, 2007.
64. Yanez, D.,Castelo, C., Hidalgo, L.A., Chedraui, P.A. Sexual dysfunction and related risk factors in a cohort of middle-aged ecuadorian. *Journal Obstetric Gynecology*, 2006, 26: 682-686.
65. Güvel S, Yayıcioğlu Ö, Bağış T, Savaş N, Bulgan E, Özkardeş H. Evli kadınlarda cinsel fonksiyonlara etkin faktörler, *Türk Üroloji Dergisi*, 2003, 29:43-48.

66. Sidi H, Puteh SE, Abdullah N, Midin M. The prevalence of sexual dysfunction and potential risk factors that may impair sexual function in Malaysian women, *International Society For Sexual Medicine*, 2006, 1-11.
67. Hissasue SI, Kumamoto Y, Sato Y, Masumori N, Horita H, Kato R, Kobayashi K, Hashimoto K, Yamashita N, Itoh N. Prevalence of female sexual dysfunction symptoms and its relationship to quality of life: a Japanese female cohort study. *Urology*, 2005, 65: 143-148.
68. Aydos, M., Öner, S., Acar, B., Zeren, A., Aydos, S., Atahan, O.. Factors That Effect Female Sexual Dysfunction Frequency. *European Urology*, 2005, 4(3): 178.
69. Saferinejad, M.R. Female sexual dysfunction a population based study in Iran prevalence and associated risk factors. *International Journal of Impotence Research*, 2006, 18: 382–395.
70. Yılmaz C. Kullanılan Kontraseptif Yöntemlerin Kadınların Cinsel Fonksiyonu Üzerine Etkisi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın ve Doğum Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Antalya, Marmara Üniversitesi, 2003.
71. Kolotkin, R.L., Binks, M., Crosby, R.D., Ostbye, T., Gres, E.G., Adams, D.T. Obesity and sexual quality of life. *Obesity Surgery*, 2006, 472-47.
72. Rosen, RC., Taylor, JF., Leiblum, SR., Bachman, GA. prevalence of sexual dysfunction in women, *Journal of Sex and Marital Therapy*, 1993, 171-188.
73. Rosen RC. Assessment of Female sexual dysfunction: review of validated methods, *Fertility and Sterility*, 2002, 77:89- 93.
74. Basson R, Berman J, Burnett A, et al. Report of The International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunction: Definitions and Classifications, *Journal of Sex and Marital Therapy*, 2001, 27: 83-94.

75. Elnashar AM, El-Dien Ibrahim, M., El-Desoky, M.M., et al. Female Sexual Dysfunction in Lower Egypt, *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2007, 114: 201-216.
76. Aygin D, Aslan FE. Meme Kanserli Kadınlarda Cinsel işlev Bozukluklarının incelenmesi, *Meme Sağlığı Dergisi*, 2008, 4: 105-114.

## EKLER

### EK-1.ÖZGEÇMİŞ

<b>KİŞİSEL BİLGİLER</b>	
<b>Adı Soyadı</b>	Süheyla YARALI
<b>Doğum Tarihi</b>	01.01.1986
<b>Doğum Yeri</b>	ANKARA
<b>Medeni Hali</b>	Evli
<b>Uyruğu</b>	T.C.
<b>Adres</b>	Atatürk Üniversitesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim dalı /ERZURUM
<b>E-mail</b>	suheyla_sy@hotmail.com
<b>EĞİTİM</b>	
<b>Lise</b>	Erzurum Anadolu Lisesi (2004)
<b>Lisans</b>	Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu (2008)
<b>Yüksek Lisans</b>	Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı (2008-2012)
<b>YABANCI DİL BİLGİSİ</b>	
<b>İngilizce</b>	Orta Derecede (ÜDS 57.5)

## EK-2 TANITICI BİLGİ FORMU

Bu anket sizin cinsel fonksiyon bozukluklarınızı ve cinsel yaşamınızın kalitesini sorgulamaktadır. Lütfen bütün soruları **son dört hafta içindeki** cinsel yaşamınızı düşünerek doğru şekilde cevaplamaya çalışınız. Soruların doğru yanıtlanması araştırmaya önemli katkı sağlayacaktır. Anketlerde isim belirtilemeyecek ve alınan cevaplar yalnızca bu araştırmanın amaçları doğrultusunda kullanılacak, başka bir makama ya da kişiye verilmeyecektir. İşbirliğiniz ve yardımlarınız için teşekkür ederiz.

### **Yüksek Lisans Öğrencisi: Süheyla YARALI**

1) Yaşınız?,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,, 2) Boyunuz..... 3) Kilonuz.....

4) Öğrenim durumunuz?

1.Okur-Yazar ( ) 2.İlköğretim ( ) 3.Lise ( ) 4.Üniversite ( )

5) Mesleğiniz?

1.Memur ( ) 2.İşçi ( ) 3.Serbest ( ) 4.Emekli ( ) 5.Ev Hanımı ( )

6) Eşinizin öğrenim durumu

1.Okur-Yazar ( ) 2.İlköğretim ( ) 3.Lise ( ) 4.Üniversite ( )

7) Eşinizin mesleği?

1.Memur ( ) 2.İşçi ( ) 3.Serbest ( ) 4.Emekli ( ) 5.İşsiz ( )

8) Evlenme şekliniz?

1.Görücü usulü ( ) 2.Anlaşarak ( )

9) Evlilik yaşıınız?.....

10) Ne kadar süredir evlisiniz ?.....

**11) Kaç çocuğunuz var?.....**

**12) Aile tipiniz?**

1.Çekirdek aile ( )      2.Geniş aile ( )

**13) En uzun süre yaşadığınız yerleşim birimi neresidir?**

1.Şehir ( )      3.İlçe ( )      4.Köy ( )

**14) Evde yaşayan kişi sayısı?.....**

**15) Evinizde size ait bir odanız var mı?**

1.Var ( )      2.Yok ( )

**16) Toplam aylık geliriniz?**

1.Gelir giderden az ( )      2.Gelir gidere eşit ( )      3.Gelir giderden çok ( )

**17) Sigara kullanıyor musunuz?**

1.Evet ( )      2.Hayır ( )

**18) Eşiniz sigara kullanıyor mu?**

1.Evet ( )      2.Hayır ( )

**19) Doğum kontrol yöntemi kullanıyor musunuz?**

1.Hayır ( )      2.Evet, etkili( )      3.Evet, geleneksel ( )

**20) Daha önce cinsellikle ilgili herhangi bir eğitim aldınız mı?**

1.Hayır ( )      2.Evet, sağlık çalışanından ( )      3.Evet, okuldan ( )



## **EK-3 Kadınlarda Cinsel Fonksiyonları Sorgulama Formu**

### **1-Son 4 hafta içinde eşinizle cinsel birleşme sırasında ne sıklıkla rahatsızlık yaşadınız?**

- 1.Cinsel birleşme girişiminde bulunmadım
- 2.Hemen her zaman ya da her zaman
- 3.Çoğu zaman (yarıdan çok daha fazlasında)
- 4.Bazen (yaklaşık yarısında)
- 5.Birkaç kere (yarıdan çok daha azında)
- 6.Hemen hemen hiç

### **2- Son 4 hafta içinde eşinizle cinsel birleşme sırasında ne sıklıkla vajinal kuruluştan yakındınız?**

1. Cinsel birleşme girişiminde bulunmadım.
2. Hemen her zaman ya da her zaman.
3. Çoğu zaman (yarıdan çok daha fazlasında)
4. Bazen (yaklaşık yarısında)
5. Birkaç kere (yarıdan çok daha azında)
6. Hemen hemen hiç

### **3-Son 4 hafta içinde ne sıklıkla cinsel birleşme girişiminde bulundunuz?**

1. 0
2. 1-2
3. 3-4
4. 5-6
5. 7-10
6. 11+

### **4- Son 4 hafta içinde ne sıklıkla cinsel istek duydunuz?**

1. Neredeyse hiç ya da hiç
2. Birkaç kere ( yarısından çok daha azında)
3. Bazen (yaklaşık yarısında)
4. Çoğu zaman (yarıdan çok daha fazlasında)
5. Hemen hemen her zaman ya da her zaman

**5- Son 4 hafta içinde cinsel istek düzeyinizi nasıl buluyorsunuz?**

1. Çok düşük ya da hiç yok
2. Düşük
3. Orta
4. Yüksek
5. Çok yüksek

**6- Son 4 hafta içinde eşinizle cinsel ilişkiniz ne kadar doyurucuydu?**

1. Hiç doyurucu değil
2. Pek doyurucu değil
3. Yarı yarıya
4. Orta derecede doyurucu
5. Çok doyurucu

**7- Son 4 hafta içinde cinsel yaşamınız genel olarak ne kadar doyurucuydu?**

1. Hiç doyurucu değil
2. Pek doyurucu değil
3. Yarı yarıya
4. Orta derecede doyurucu
5. Çok doyurucu

**8- Son 4 hafta içinde cinsel uyarılma ya da birleşme sırasında ne sıklıkla orgazm oldunuz?**

1. Neredeyse hiç ya da hiç
2. Birkaç kere (yarısından çok daha azında)
3. Bazen (yaklaşık yarısında)
4. Çoğu zaman (yarıdan çok daha fazlasında)
5. Hemen hemen her zaman ya da her zaman

**9- Son 4 hafta içinde cinsel uyarılma ya da birleşme sırasında klitorisinizdeki duyarlılığı nasıl değerlendiriyorsunuz?**

1. Çok düşük ya da hiç yok
2. Düşük
3. Orta
4. Yüksek
5. Çok yüksek

### EK-4 Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın (CYKÖ-K)

	<b>Tamamen Katılıyorum</b>	<b>Büyük ölçüde Katılıyorum</b>	<b>Kısmen Katılıyorum</b>	<b>Kısmen Katılmıyorum</b>	<b>Büyük ölçüde Katılmıyorum</b>	<b>Hiç Katılmıyorum</b>
1.Cinsel yaşamımı düşündüğümde, hayatımın eğlenceli /zevкли bir parçası olduğunu düşünüyorum						
2. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, hayal kırıklığı hissediyorum						
3.Cinsel yaşamımı düşündüğümde, kendimi üzgün (depresif) hissediyorum						
4. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, kendimi bir kadın olarak eksik hissediyorum						
5. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, kendimi iyi hissediyorum						
6. Cinsel bir eş olarak kendime güvenimi yitirdim						
7. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, sıkıntı hissediyorum						
8. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, kızgınlık hissediyorum						
9. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, eşime yakın olduğumu hissediyorum						

	<b>Tamamen Katlıyorum</b>	<b>Büyük ölçüde Katlıyorum</b>	<b>Kısmen Katlıyorum</b>	<b>Kısmen Katılmıyorum</b>	<b>Büyük ölçüde Katılmıyorum</b>	<b>Hiç Katılmıyorum</b>
<b>10.</b> Cinsel yaşamımın geleceği hakkında endişeleniyorum						
<b>11.</b> Cinsel ilişkiden zevk almıyorum						
<b>12.</b> Cinsel yaşamımı düşündüğümde, utanıyorum						
<b>13.</b> Cinsel konularla ilgili eşimle konuşabileceğimi düşünmüyorum						
<b>14.</b> Cinsel ilişkiden kaçınıyorum						
<b>15.</b> Cinsel yaşamımı düşündüğümde, suçluluk hissediyorum						
<b>16.</b> Cinsel yaşamımı düşündüğümde, eşimin rencide olmuş yada reddedilmiş hissetmesinden endişeleniyorum						
<b>17.</b> Cinsel yaşamımı düşündüğümde, bir şeyleri kaybetmiş gibi hissediyorum						
<b>18.</b> Cinsel yaşamımı düşündüğümde, cinsel ilişki sıklığından memnunum						

## EK-5. RESMİ İZİN YAZISI



T.C.  
ERZURUM VALİLİĞİ  
Halk Sağlığı Müdürlüğü

Sayı : B101HSK4250500/156-02/ 4628  
Konu : Tez Çalışması

03 Temmuz 2012

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE  
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)

İlgi : 28/06/2012 tarihli ve 13201 sayılı yazınız.

İlgi yazınız ile Müdürlüğümüze bağlı Osmangazi Aile Sağlığı Merkezinde “*Evli Kadınlarda Cinsel Fonksiyonlar Bozukluğu ve Cinsel Yaşam Kalitesinin İncelenmesi*” konulu tez çalışmasının yapılması talep edilmiş olup, söz konusu talebin ilgili Aile Sağlığı Merkezinde yapılması Müdürlüğümüzce uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederim.

Dr. Cumhuri Hakkı ÇANKAYA  
Halk Sağlığı Müdürü

## EK-6.ETİK KURUL ONAYI



### ETİK KURUL SONUÇ FORMU




Araştırmannın Adı: "Evli Kadınlarda Cinsel Fonksiyon Bozuklukları ve Cinsel Yaşam Kalitesinin İncelenmesi"

- Araştırmannın Yürütülmesi Uygundur (x)
- Düzenlemeler Yapıldıktan Sonra Yürütülmesi Uygundur ( )
- Araştırmannın Yürütülmesi Uygun Değildir ( )

Açıklamalar: Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Etik Kurulu'nun 26.03.2012 tarihinde yapılan toplantısında "Evli Kadınlarda Cinsel Fonksiyon Bozuklukları ve Cinsel Yaşam Kalitesinin İncelenmesi" konulu Süheyla YARALI ve Yrd.Doç.Dr.Nazlı HACIALİOĞLU'nun tez çalışmasının etik açıdan uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.

  
Prof. Dr. Mağfiret KAŞIKÇI

Başkan

  
Doç.Dr. Ayda ÇELEBİOĞLU

Başkan Yrd.

Doç.Dr.Gülşen ERYILMAZ

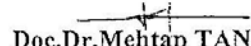
Üye

Yrd.Doç.Dr. Mine EKİNCİ

Üye

Yrd.Doç.Dr.Nazlı HACIALİOĞLU

Üye

  
Doç.Dr.Mehtap TAN

Üye

Doç.Dr. Nadiye ÖZER

Üye

Yrd.Doç.Dr. Seher ERGÜNEY

Üye

Yrd.Doç.Dr.Serap SÖKMEN

Sekreter/Raportör