

**T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği
Anabilim Dalı**

**EVLİ KADINLARDA CİNSEL FONKSİYON BOZUKLUĞU
GÖRÜLME SIKLIĞI**

Fatma Banu KARAKOYUNLU

Yüksek Lisans Tezi

Antalya, 2007

**T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği
Anabilim Dalı**

EVLİ KADINLARDA CİNSEL FONKSİYON BOZUKLUĞU GÖRÜLME SIKLIĞI

Fatma Banu KARAKOYUNLU

Yüksek Lisans Tezi

Tez Danışmanı

Yrd. Doç. Dr. Selma ÖNCEL

Antalya, 2007

ÖZET

Araştırma, Antalya il merkezinde bulunan evli kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu sıklığının saptanması amacı ile tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmanın evrenini Antalya il merkezinde bulunan toplam 54 sağlık ocağı oluşturmuştur. Basit rastgele örneklem yöntemiyle seçilen, merkez 2 No'lu Sağlık Ocağı ve Merkez 17 No'lu Selahattin Topçu Sağlık Ocağı'na kayıtlı, 15–49 yaş grubu 600 evli kadın araştırmanın örneklemini oluşturmuştur.

Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından geliştirilen anket formu ve Kaplan, Reis ve arkadaşları (1999) tarafından geliştirilen “Kadın Cinsel Fonksiyon Sorgulama İndeksi” (IFSF) kullanılmıştır. Anket formu ve ölçek uygulanmadan önce katılımcılara araştırma hakkında sözlü açıklama yapılmış, onay alınmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 13.0 paket programı kullanılarak, ikili grupların analizinde Student t testi ve Manwhitney-U testi, ikiden fazla alt grubu olan değişkenlerin cinsel fonksiyon puanları yönünden karşılaştırılmalarında ise tek yönlü varyans analizi testi kullanılmıştır. Gruplar arasındaki fark anlamlı bulunduğunda, farklılığın hangi ikili gruplardan kaynaklandığını ortaya çıkarmak için Scheffe testi uygulanmıştır.

Araştırmada kadınlardaki cinsel fonksiyon bozukluğu görülme oranları IFSF puanlarıyla değerlendirilmiştir. Elde edilen verilerde kadınların % 6,8'inin çok düşük, %16,5'inin düşük, % 46,5'inin orta ve % 30,2'sinin yüksek IFSF puanına sahip olduğu bulunmuştur. Bunun yanında kadınların cinsel fonksiyonlarının birçok sosyodemografik faktörden etkilendiği de ortaya çıkmıştır. Bu etkenler içerisinde en önemlisi yaş olarak tespit edilmiş olup eğitim düzeyi, eşin eğitim düzeyi, çalışma durumu, meslek, evlilik süresi, 14 yaşına kadar yaşanan yerleşim birimi, aile tipi, evlilik biçimi, evde yaşayan kişi sayısı, gelir durumu, gebelik sonlanma biçimi, doğum sayısı, çocuk sayısı, doğum şekli, menstrual siklus düzeni, sigara kullanma durumu ve beden kitle indeksinin cinsel fonksiyonları anlamlı düzeyde etkilediği bulunmuştur. Evdeki oda sayısı, özel oda bulunma durumu ve kadınların kullandıkları aile planlaması yöntemi ile kadın cinsel fonksiyon puanları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Kadın cinsel fonksiyon bozuklukları sıklığını belirlemek için yaptığımız bu çalışma; sonuçları doğrultusunda, cinsel fonksiyon bozuklukları ve etyolojisi ile ilgili hemşireliğe ilişkin araştırmalara ışık tutacak, eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin sağlanmasında rehber olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Cinsellik, Cinsel Sağlık, Kadınlarda Cinsel Fonksiyon Bozuklukları, Hemşire, Sosyoekonomik ve Kültürel Farklılık

ASBTRACT

The study was conducted in order to determine the frequency of sexual dysfunction among married women, aged between 15 years to 49 years, in different socio-economic region of Antalya Province (between the city center and slum areas). Sample of the study consisted of married women aged between 15 years to 49 years who were registered to Number Two Primary Health Care Center in the city centre and Number 17 Selahattin Topçu Primary Health Care Center in the slum area. While gathering data, survey form developed by researcher as well as “Female Sexual Function Examination Index” developed by Kaplan, Reis et al (1999) were used. Before the application of survey form and scale, participants were provided with both written and verbal information and their approvals were obtained. In data analysis, student’s t test was used in paired groups and one-way variance analysis was used in comparing variables with more than two subgroups in terms of sexual function scores. Analysis were conducted by SPSS 13.0 software package. When the difference between groups were found to be significant, Scheffe test was applied in order to determine which group causes the difference.

In the study, the frequency of sexual dysfunction in women were assessed by IFSF scores. With respect to resultant data, 6.8 % of women had very low, 16.5 % low, 46.5 % intermediate and 30.2 % high IFSF scores. Moreover, it was revealed that sexual functions of women are affected by many factors. Among these factors, the most significant is determined to be age and it was found that status of education, education status of husband, employment status, profession, marriage period, location of residence until the age of 14 years, number of inhabitants at home, status of income, means of terminating pregnancy, number of delivery, number of children, means of delivery, menstrual cycle, smoking and body mass index affects sexual functions significantly. It was also determined that type of family, type of marriage, number of rooms at home, presence of private room and birth control method used by women does not have a statistically significant effect on sexual functions of women.

This study aiming to determine the frequency of sexual functioning disorders seen among women will enlighten the researchs regarding nursing on sexual functioning disorders and etiology and will guide to supply training and counselling services.

Key Words: Sexuality, Sexual Health, Female Sexual Function Disorders, Nurse

TEŞEKKÜR

Tez çalışmam boyunca bana yol gösteren, danışman hocam Sayın Yrd. Doç. Dr. Selma Öncel'e,

Araştırmaya ait istatistik çalışmalarında bana yardımcı olan Yrd. Doç. Dr. Can Deniz Köksal'a

Antalya Sağlık Yüksekokulu öğretim elemanları ve çalışanlarına,

Eğitimim süresince bana destek olan iş arkadaşlarım, Ayşegül Çelebi ve Şenay Yılmaz'a

Tez çalışmam süresince sağladığı çalışma ortamından dolayı Antalya İl Sağlık Müdürlüğüne, 17 No'lu Selahattin Topçu ve 2 No'lu Merkez Sağlık Ocakları'nın tüm çalışanlarına, araştırmaya katılan bütün katılımcılara,

Her türlü desteği ve yardımı esirgemeyen, hep yanımda olan aileme,

Çalışmalarım süresince bana her zaman destek olan, güç veren, kızım Ceren ve eşim Yılmaz Karakoyunlu'ya tüm içtenliğimle teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER DİZİNİ

Sayfa No

ÖZET	iv
ABSTRACT	
TEŞEKKÜR	vi
İÇİNDEKİLER DİZİNİ	vii
KISALTMALAR DİZİNİ	xi
TABLolar DİZİNİ	xii
GİRİŞ VE AMAÇ	
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	3
GENEL BİLGİLER	
2.1. Cinsellikle İlgili Kavramlar	4
2.1.1. Cinsiyet ve Cinsel Kimlik	4
2.1.2. Cinsel Rol ve Toplumsal Cinsiyet	4
2.1.3. Beden İmajı ve Cinsellik	6
2.2. Cinsel Yanıtta Rol Alan Üreme Organları	6
2.3. Kadınlarda Normal Cinsel Yanıt Fizyolojisi	8
2.4. Kadınlarda Görülen Cinsel Fonksiyon Bozuklukları	10
2.4.1 Tanımlama	10

2.4.2.	Kadına Ait Cinsel Fonksiyon Bozukluklarının Tarihçesi	10
2.4.3.	Kadına Ait Cinsel Fonksiyon Bozukluklarının Sıklığı	11
2.4.4.	Kadın Cinsel Fonksiyon Bozukluklarının Sınıflandırılması	11
2.4.4.1.	Cinsel İstek Bozuklukları	12
2.4.4.2.	Cinsel Uyarılma Bozuklukları	13
2.4.4.3.	Orgazm Bozuklukları	13
2.4.4.4.	Cinsel Ağrı Bozuklukları	14
2.4.5.	Kadına Ait Cinsel Fonksiyon Bozukluklarının Nedenleri	15
2.4.5.1.	Psikojenik Nedenler	15
2.4.5.2.	Endokrinolojik Nedenler	16
2.4.5.3.	Vaskülojenik Nedenler	17
2.4.5.4.	Nörojenik Nedenler	18
2.4.5.5.	Musküler Nedenler	18
2.4.5.6.	İlaç Kullanımına İlişkin Nedenler	18
2.4.5.7.	Cinsel Fonksiyonları En Çok Etkileyen Diğer Bazı Nedenler	19
2.4.6.	Cinsel Fonksiyon Bozukluklarının Tedavisi	25
2.5.	Kadına Ait Cinsel Fonksiyon Bozukluklarında Hemşirenin Rolü	26
2.5.1.	Hemşirelik Süreci	30
2.5.1.1.	Veri Toplama Aşaması	30
2.5.1.2.	Kadına Ait Cinsel Fonksiyon Bozukluklarında Hemşirelik Tanıları	34

GEREÇ VE YÖNTEM	40
3.1. Araştırmanın Şekli	40
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	40
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	40
3.4. Verilerin Toplanması ve Kullanılan Ölçek	41
3.4.1. Soru Formunun Geliştirilmesi	41
3.4.2. Ön Uygulama	41
3.4.3. Soru Formunun Uygulanması	42
3.4.4. Verilerin Değerlendirilmesi	42
3.5. Araştırmanın Sınırlılıkları	42
3.6. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri	42
BULGULAR	43
4.1. Katılımcıların Tanıtıcı Özellikleri	43
4.2. Kadınların IFSF (Cinsel Fonksiyon Sorgulama İndeksi) Puan Ortalamalarına Göre İncelenmesi	47
4.2.1. Kadınların ve Eşlerinin Sosyo Demografik Özelliklerine Göre IFSF Puan Ortalamalarının İncelenmesi	48
4.2.2. Kadınların IFSF Puan Ortalamalarının Yerleşim Yeri ve Aile Özelliklerine Göre İncelenmesi	51
4.2.3. Kadınların IFSF Puan Ortalamalarının Obstetrik Özelliklerine Göre İncelenmesi	52
TARTIŞMA	54
5.1. Kadınların Aldıkları IFSF Puan Ortalamalarının Kendilerinin ve Eşlerinin Sosyo Demografik Özelliklerine Göre İncelenmesi	54
5.2. Kadınların Yerleşim Yeri ve Aile Özelliklerine Aldıkları IFSF Puan Ortalamalarının Göre İncelenmesi	58

5.2. Kadınların Obstetrik Özelliklerine Göre IFSF Puan Ortalamalarının İncelenmesi	60
SONUÇLAR	63
ÖNERİLER	66
KAYNAKLAR	68
ÖZGEÇMİŞ	78
EKLER	79
EK 1 Araştırmanın Yapılmasına İlişkin İzin Belgesi	
EK 2 Araştırma Bilgi Formu ve Kadınların Özelliklerini Tanımlayıcı Anket Formu	
EK 3 Kadın Cinsel Fonksiyon Sorgulama Formu	

KISALTMALAR DİZİNİ

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
IFSF	: Index Female Sexual Function/ Kadın Cinsel FonksiyonSorgulama İndeksi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
DSM 4:	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fourth Edition/ Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatiksel El Kitabı-4
AFUD	: American Foundation Urologic Disease/ Amerikan Ürolojik Hastalıklar Kurumu
CFB	: Cinsel Fonksiyon Bozukluğu
ICD-9	: The International Classification of Diseases and Related Health Problems-9/ Uluslar arası Hastalık Sınıflandırması-9
ICD-10	: The International Classification of Diseases and Related Health Problems–10/ Uluslararası Hastalık Sınıflandırması–10
ANA	: American Nursing Association/ Amerikan Hemşireler Derneği
BKİ	: Beden Kitle İndeksi
KCFB	: Kadın Cinsel Fonksiyon Bozukluğu
DİE	: Devlet İstatistik Enstitüsü
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
GSYİH	: Gayri Safi Yurt İçi Hasıla
MS	: Multiple Skleroz

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo No	Sayfa No
2.1. Yaşam Süresi İçinde Cinselliğin Gelişimsel Durumu	28
4.1.a Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı	43
4.1.b Katılımcı Eşlerinin Bazı Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı	45
4.2. Katılımcıların Sağlık Durumlarına İlişkin Özelliklerinin Dağılımı	46
4.3 Kadınların IFSF Puan Aralıklarına Göre Dağılımı	47
4.4 .a Kadınların Kendilerinin IFSF Puan Ortalamalarının Bazı Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı	48
4.4.b Kadınların Eşlerinin IFSF Puan Ortalamalarının Bazı Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı	50
4.5. Kadınların IFSF Puan Ortalamalarının Yerleşim Yeri ve Aile Özelliklerine Göre Dağılımı	51
4.6. Kadınların IFSF Puan Ortalamalarının Obstetrik Özelliklerine Göre Dağılımı	52

GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Kadın cinselliği anatomik, psikolojik, fizyolojik, tıbbi ve sosyal bileşenleri olan multifaktöryel bir durumdur (1). Cinsellik; kişinin cinsel organlarının fonksiyonlarını, sahip olduğu cinsel fonksiyonları algılamasını, cinsel ifadelerini ve tercihlerini içerir (2). Bireyin yaşantısının biyolojik, psikolojik, kişilerarası ve davranışsal olarak önemli bir yönü olan cinsellik; yaşa, cinsiyete, kişisel tutumlara, örf ve adetlere dayanarak her birey tarafından farklı şekilde tanımlanmaktadır (3).

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. İnsanlık tarihi boyunca, 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 (4).

İnsan yaşamının en önemli parçalarından biri olan cinsellik, biyopsikososyal bir olay ve yaşamın ölüme karşı çıkış şekli olarak da tanımlanmaktadır. Cinsellik; ilişkilerin derinleşmesi, kendini kanıtlama ve canlı hissetme ile birlikte hayatın kalitesini artırır. Cinsellik; çoğu zaman sevgi, güven ve yakınlığı ifade etmektedir. Bu yaklaşımın en temel noktalarını anlaşılacak, kabul edilmek, güvenmek, paylaşmak ve duygularını açmak oluşturmaktadır.

Cinsel sağlık; cinsel açıdan bedensel, duygusal ve toplumsal tam bir iyilik hali olup, kadın-erkek, genç-yaşlı bütün insanlar için temel bir hakktır. 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 faktörlerdir (5). Cinsellik hem hastalıkta hem de sağlıkta insanın kişisel açıdan temel gereksinimidir (6).

Cinsel fonksiyon bozukluğu, her iki cinste cinsel yanıt döngüsünde ve cinsel istekte bozukluklar ile karakterize, psikofizyolojik değişikliklere bağlı olarak ortaya çıkan bir sorundur. Cinsel fonksiyon bozuklukları, biyolojik sorunların bir belirtisi olabildiği gibi ruhsal ve kişilerarası sorunların ya da her ikisinin bir arada bulunması sonucu da görülebilir. Cinsel fonksiyonlar, herhangi bir stres, emosyonel bozukluk ya da cinsel fonksiyon ve fizyolojinin iyi bilinmemesinden olumsuz olarak etkilenebilir (7). Bu durum kişiler için oldukça zordur ve yaşam kalitesini zayıflatır (8, 9).

İnsanların birçoğu normalin ne olduğu sorusuyla fazlasıyla uğraşır. Bunun sonucunda ortalamaya uymayan davranışı normal dışı kabul eder. Cinselliğe ilişkin normalin ne olduğu konusundaki fikirleri, diğer insanların cinsel eylemleri hakkındaki bilgileriyle oluşur ve şekillenir. Ancak bu bilgileri elde etmek kolay

değildir. Cinsellik öylesine bireysel bir konudur ki, iki kişi kalıcı bir ilişki için bir araya geldiklerinde davranışlarında önemli farklılıklar olabilmektedir. İlişkinin başlangıç döneminde bu farklılıklar giderilebilir. Ancak cinsel eşlerden biri diğeri için önemli olan cinsel eyleme katılmak istemediği zaman, öfke ve çatışmalar ile birlikte çiftlerin birbirinden uzaklaşmaları ve kendi cinsel dünyalarına dönmeleri gibi önemli sonuçlar ortaya çıkabilir (6).

Günümüzde cinsel fonksiyon bozuklukları oldukça yaygın görülmesine karşın, cinsel fonksiyon bozukluklarına ilişkin tanımlama ve sınıflandırma güçlükleri halen devam etmektedir. Cinsel fonksiyon bozuklukları için, “kişinin istediği gibi cinsel ilişkide bulunmasını engelleyen cinsel bozukluklar” tanımı benimsenirken, “cinsel uyarılara verilen cinsel yanıtların normal biçiminin uzun süreli bozulması” tanımı da kullanılmaktadır. Cinsel fonksiyon bozukluğu, hem cinsel doyum isteğinde hem de cinsel doyuma ulaşmadaki bozulmalar olarak da tanımlanmaktadır (7, 9).

Erkek cinsel fonksiyon bozuklukları konusundaki ilerlemelere karşın, kadın cinsel fonksiyonu hakkında iyi bir tanısal sınıflama sisteminin oluşturulamaması ve bu konuda sınırlı sayıda araştırma yapılması nedeniyle kadın cinsel fonksiyon patofizyolojisi, psikolojisi ve tedavisi tam olarak aydınlatılamamıştır. Son yıllarda, kadın cinsel fonksiyonuna gösterilen ilgi ve bu konudaki çalışmaların artması nedeniyle elde edilen bulgular, gerek fizyoloji gerekse tedavi konusunda önemli adımlar atılmaya başlanmasına yardımcı olmaktadır (5, 10, 11).

Cinsel fonksiyon bozukluğu ile ilgili oranlar ülkeler arasında farklılıklar göstermektedir. Amerika'da saptanan %43'lük orana karşın; İngiltere'de %33, İzlanda'da ise %22 oranları bulunmuştur. Kadın cinsel fonksiyon bozukluğu prevalansı ile ilgili en geniş seriyeye sahip çalışmalardan biri, Amerikan Ulusal Sağlık ve Sosyal Yaşam Araştırması verilerinin derlendiği çalışmadır. Bu çalışmada, yaşları 18 - 59 arasında değişen 1749 kadından elde edilen veriler toplanmış ve kadınlarda cinsel sorun görülme oranı %43 olarak saptanmıştır. Çalışmaya dahil edilen kadınlarda azalmış cinsel istek prevalansı %22, orgazm sorunları prevalansı %14 ve cinsel ilişki sırasında ağrı prevalansı ise %7 olarak bulunmuştur (12). Toplum temelli çalışmalar ülkemizde sınırlıdır. Demirezen ve arkadaşları birinci basamak sağlık merkezine gelen 40 yaş altı 123 genç kadında cinsel disfonksiyon prevalansını %67.5 olarak belirlemiş ve yaş, eğitim düzeyi, ekonomik durum ile cinsel fonksiyon bozukluğu arasında ilişki bulmuşlardır (1).

Ülkemizde üreme çağındaki genç kadınların %60,7'sini 20–39 yaş grubu kadınlar oluşturmaktadır (13). Bu yaş grubundaki kadınlarda cinsel problemlerin tanımlanması, kadınların uygun birimlere yönlendirilmesi, tedavinin başlatılması yaşam kalitesinin yükseltilmesi açısından büyük önem taşımaktadır. Toplum temelli çalışmalarda birinci basamak sağlık merkezlerinin veri toplama yönünden kilit merkezler olabileceği vurgulanmaktadır. Ülkemizde, bu birimlerde çalışan, çoğunluğu hemşire ve ebeler olmak üzere tüm kadın sağlık çalışanlarının kadınları yönlendirmede önemli rol üstlenebileceği düşünülmektedir (1). Birey ile sık sık, yakın ve direk ilişki kuran sağlık profesyonellerinden hemşirenin yeri bu konuda eğitim, öğretim ve danışmanlık görevlerini üstlenmesi yönünden son derece önemlidir. Bireyin cinsel gereksinimlerinin belirlenmesi, hemşirelik rolleri

kapsamında yer almaktadır ve hemşire bu ihtiyaçları tanıılmanın yollarını geliştirmelidir (14). Kadın cinsel fonksiyon bozukluğu yaşam kalitesinde ve ikili ilişkilerde majör etkisi olan prevalansı yüksek, çok nedenli ve çok yönlü bir sağlık sorunudur (15). Bu nedenle, hemşirelerin cinsellik, cinsel fonksiyon bozuklukları ve bu durumu etkileyen faktörler konusunda yeterli bilgi, beceriye sahip olması ve hizmet sunumunda duyarlı davranmaları oldukça önemlidir.

1.2. Araştırmacının Amacı

Bu çalışma; evli kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu sıklığını belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

GENEL BİLGİLER

2.1. Cinsellikle İlgili Kavramlar

2.1.1. Cinsiyet ve Cinsel Kimlik

Cinsiyet ve cinsel kimlik iki farklı kavramdır. Cinsiyet, kişinin kadın ya da erkek olarak gösterdiği genetik, fizyolojik ve biyolojik özellikleridir (16). Cinsel kimlik ise kişinin kendini erkek ya da kadın olarak hissetmesidir (17). Daha geniş bir tanımlamayla, bireyin kendi bedenini ve benliğini belli eşeylik içinde algılayışı, kabullenışı, duygu ve davranışlarının da buna uygun biçimde yönelmesidir. Örneğin, erkeğin kendini erkek olarak algılaması, kabullenmesi; güdü, duygu ve davranışlarında normal denebilecek bir cinsel benlik duygusunun kişiye yerleşmiş olduğunu ve erkek cinsel kimliğinin varlığını gösterir (18–21).

Cinsel kimlik bozukluklarında kişi kendi biyolojik cinsiyeti konusunda sürekli rahatsızlık duyma, bunun uygun olmadığını düşünme, birincil ve ikincil cinsiyet özelliklerinden kurtulmak isteme, bunlardan kurtulma ve karşı cinsin özelliklerini kazanma çabası içerisindedir. Sıklıkla çocuklukta ortaya çıkar, ergenlik döneminde belirginleşir (20). Bireyin dış cinsiyetini cerrahi ya da hormonal müdahalelerle erkekten kadına ya da kadından erkeğe değiştirmek mümkündür. Bununla birlikte bireyin genetik yapısını bir cinsiyetten diğerine değiştirmek henüz mümkün değildir (17).

Cinsel kimlik bozukluğunun erişkinlik döneminde hatta evlenip çocuk sahibi olduktan sonra bile başlaması olasıdır. Nadir olmakla birlikte erkeklerde daha sıktır. Erkek/kadın oranı 2,5 olarak verilmektedir. Çocukluk dönemlerinde cinsel kimlik sorunu öyküsü sıktır (20). Cinsiyet kimliği, çoğunlukla iki ve üç yaşlarındaki çocuklarda gelişmeye başlar (“ben bir kız çocuğuyum”) (17). Anne-çocuk ilişkisinden kaynaklandığı düşünülür. Çözümlememiş ayrılık anksiyetesi; bazı erkeklerde babanın mesafeli ve pasif, annenin ise güçlü özellikler göstermesi; bazı kadın transseksüellerde ise annenin yetersiz olması etiyolojide önemlidir. Doğum öncesi östrojen ve progesteron seviyesi değişikliklerinin nöral değişikliklere neden olması ile kromozomsal bozukluklar da tartışılmaktadır (20). Bununla birlikte bireylerin değerlendirilmesiyle ilgili olarak, özellikle hem cinsiyet hem de cinsel geçmişi anlamak gereklidir.

2.1.2. Cinsel Rol ve Toplumsal Cinsiyet

Biyolojik ve genetik anlamda kadın ve erkek olmak üzere iki cinsiyet vardır. Bu bağlamda bu iki cinsiyeti ayıran, onların üreme sistemleridir. Anatomik ve hormonal değişimlere göre birey cinsiyetlerden birine ait olur. Kadın ve erkeği tanımlamada önemli olan diğer bir faktör de kadın ve erkeğin değişik kültürlerdeki tanımlamalarıdır ki buna toplumsal cinsiyet denilmektedir (16). Bunlar kadın ve erkekliği sosyal olarak yapılandıran özelliklerdir. Kültürden kültüre ve zaman içinde

farklılıklar göstermekle birlikte, kadın ve erkeğin rol ve sorumlulukları ve aralarındaki güç ilişkileri bu farklılıklara göre tanımlanmaktadır (21).

Cinsel rol kendine ve başkalarına karşı cinsel kimliğin ifade edilmesidir. Cinsiyete özgü rol kavramı, kadın ve erkeğin farklılaşan rollerinin niteliklerini, davranış ve tutumlarını kapsamaktadır (18–21). Cinsiyete dayalı cinsel roller doğumda belirlenir. Bireyin erkek ya da kadın olarak atanması uygun rol davranışları beklentilerini oluşturur. Örneğin kız bebeklere sıklıkla pembe elbiseler giydirilirken erkek bebeklere mavi kıyafetler giydirilir. Kızların bebek kıyafetleri çiçekler ya da dantellerle süslenirken erkek bebeklerin kıyafetleri sıklıkla futbol ya da deniz botu gibi atletik sembollerle bezenir. Çocuğun anatomisine bağlı cinsel rolünü oluşturmaya yönelik bu öncül girişimler nedeniyle cinsel roller sosyalleşme yoluyla öğrenilir. Bunun sonucunda kültürel roller, rol nedenleri, kişisel değerler, cinsel tecrübeler ve diğer faktörler, nihayetinde bireyin cinsel rol performansını etkilerler (17). Toplumda kadın ve erkek arasındaki biyolojik fark, bireylerin cinsiyetlerine özgü farklı rolleri yerine getirmesi için zorlayıcı bir öğedir (18–21).

1960'lı yıllarda Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'de dikkatler tanımlanan erkek ve kadın rollerinin yarattığı olumsuz etkiler üzerine yoğunlaştırılmıştır. Stereotipik erkek davranış (maskülin) beklentileri agresiflik, güç, hakimiyet, dayanıklılık, kabalık ve başarı oryantasyonu olarak tanımlanmıştır. Aksine stereotipik kadın davranışı (feminen) uysal, nazik, pasif, hassas ve duygusal şeklinde tanımlanmıştır (17). Toplumsal cinsiyet eşitliği kavramı, kadın ve erkeğin, toplumsal kurumlar içinde (aile, çalışma, hukuk, eğitim, siyaset, din, sağlık, vb) var olan kaynakları, fırsatları ve gücü kullanımlarında eşitliği ifade ederken; toplumsal cinsiyet eşitsizliği de bu alanlarda birinin diğerine göre eşitsiz konumunu anlatır (22). Bunun en açık göstergesi kamusal alanda çalışma ve politika “doğal” olarak erkek, ev işleri ve aile ile ilgili özel alanlar “doğal” olarak kadın işidir, görüşünün birçok toplum tarafından benimsenmiş ve uygulanıyor olmasıdır. Toplumsal cinsiyet ayrımları hem kadınların hem de erkeklerin yaşamını şekillendirir ve sonuçta bu çeşitlilik sadece farklılıktan daha fazla anlam taşır. Öyle ki; kadın kategorisinde olma erkek kategorisinde olmaya göre, kadınların kaynaklara daha az ulaşmasını ve elde etmesini haklı gösterir (16). Ayrıca geleneksel olarak, yaşam beklentisindeki farklılıklar düşünüldüğünde, erkekler erişkin çağlarda kadınlardan daha az sağlık hizmeti alırlar. Benzer şekilde cinsel rol stereotipleri kadınlar üzerinde de olumsuz etkiye sahiptir. Örneğin, her şeyi yapmaya çabalayan “süper- anne” kariyeriyle birlikte kocasının eşi - anne cinsel rolünün tüm gereksinimlerini yerine getirmeye çabaladığında gereksiz bir stres altına girer. Yine menopoza giren kadınlar sıklıkla feminen cazibelerini kaybetmiş kadınlar olarak görülürler (kadınların kendileri de aynı şekilde düşünürler); sonuç olarak orta yaşlı kadınlar daha yüksek depresif bozukluk ve özgüven yoksunluğu riski ile karşı karşıyadırlar (17).

2.1.3. Beden İmajı ve Cinsellik

Beden imajı, bedenın öznel ve bireysel algısı olup kişiliğın temel bileşenlerinden biri olarak tanımlanmaktadır (23). Beden imajı, bütünlük ve benlik kavramıyla doğrudan ilişkilidir. Bu kavram bireyin kendi vücudu ile ilgili görüntülerini, yeteneklerini, sınırlılıklarını, algılarını ve bireysel özelliklerini içeren zihinsel bir olgudur. Beden imajı kavramı dinamik bir süreçtir. Bebeklikten başlayarak çeşitli fizyolojik değişimlere paralel olarak sosyo-kültürel olaylardan etkilenecek şekilde şekillenir ve benlik ile bütünleşerek benliğin önemli bir parçası haline gelir (24).

Vücut organ ve dokularının psikolojik sembolik anlamları vardır. Cinsel kimliğin gelişmesinde bedenın algılanma şekli ve atfedilen değerler önemlidir. Psikolojik açıdan; beden imajı, insanın kendi bedeninden ne ölçüde hoşnut ve memnun olduğunu ifade eder (25). Fiziksel değişikliklerin hızlı yaşandığı bir dönem olan ergenlikte önemli olduğu vurgulanmaktadır (23).

Her insan, cinsel bir eş olarak istenmeyi bekler. Kadın ya da erkeğin cinsel imajı, onun fiziksel çekicilik duygusu, eşinin şefkat, sıcaklık, yumuşaklık gibi duygusal gereksinimlerini doyurabilme ve sevme becerilerinin bir bütünüdür (26). Kadınlar için cinsellik arzu edilebilir olma, çocuk doğurma yeteneği ve beden imajını kapsamasının yanı sıra emosyonel, entelektüel ve sosyokültürel bileşenleri de içine alan geniş bir kavramdır.

Beden imajı, öz kavramı ve cinsellik, içsel olarak kim ve ne olduğumuz tanımıyla bağlantılıdır. Abortus, lezbiyenlik ve infertilite gibi konular bu beklentiler için önemli olup, kendimizi nasıl hissettiğimiz ve sonuçta yaşam kalitemiz üzerinde belirgin bir etkiye sahiptirler. Cinselliği doğrudan ya da dolaylı olarak etkileyen sağlık sorunları cinsel işlevi bozmakta ve dolayısıyla bireylerde fiziksel, ruhsal ve sosyal sorunlara neden olabilmektedir (27). Beden imajı nörolojik hastalıklarda bozulabildiği gibi, vücut organlarının amputasyonu ile de değişikliğe uğrayabilir. Fiziksel görünüm değişimlerinden sonra vücut imajı değişiklikleri bu fiziksel değişimlerin kişi için öznel nitelik ve anlamına, bu değişikliklerin kişi tarafından nasıl algılandığına, bireyin kişilik yapısı ve çevre etkileri gibi psikolojik, bilişsel ve sosyal faktörlere göre şekillenir (25). Kadınlarda oluşan jinekolojik bozukluklar kadınlığa yönelik ciddi bir tehdittir. Bu tehdit kendini kıymetsiz görme hissine yol açar ve özgüven kaybıyla sonuçlanır (28).

2.2. Cinsel Yanıtta Rol Alan Kadın Üreme Organları

Cinsel yanıtta rol alan kadın üreme organlarının anatomisi ve fizyolojisinin bilinmesi, kadındaki cinsel fonksiyon bozukluklarının, bilimsel bir anlayış ile değerlendirilmesine temel oluşturur. Bunları şu şekilde ele alabiliriz:

Mons Pubis: Mons pubis veya mons veneris, simfis pubisin üzerini örten, gevşek bağ dokusu ve deri altı yağ dokusu birikimi sonucu oluşan kabarıklıktır (24, 29). Mons pubis, kadın vücudunda yuvarlak dış hatların oluşmasına yardımcı olur ve özellikle cinsel birleşme esnasında pelvis kemiğini korur (29).

Labia Major: Vulvanın iki yanında yer alan, iki-üç santim genişliğinde, önden arkaya seyreden yağ, bağ ve kas dokusundan oluşmuş deri kıvrımlarıdır (24, 29). Labia majörler, labia minörleri, üretral ve vajinal açıklığı korurlar. Aynı zamanda cinsel uyarılmayı da artırır (19). Labia majör cinsel yanıt sırasında istek fazında yassılaştır ve ayrılır. Uyarılma fazında, nullipar kadınlarda incelirken multipar kadınlarda şişer. Çözülme aşamasında ise yeniden eski boyutuna geri döner (30, 31).

Labia Minör: Labia majörlerin iç kısmında yer alan, boyları labia majörlere göre daha kısa, damar ve sinir yönünden zengin, böylelikle erotik fonksiyona sahip, ince deri kıvrımlarıdır (19, 24, 29). Labia minörlerin medial yüzeyleri vajinal mukozaya benzerlik gösterir, pembe ve nemlidir. Bu yüzeylerin zengin kanlanması kırmızımımsı bir renklenmeye ve emosyonel veya fiziksel uyarı sonucu labia minörde fark edilir bir kabarmaya yol açar (19). Cinsel uyarı dönemi yeterli olmayan kadınlarda labia minör gevşek kalabilir ve penisle birlikte içeri doğru sürüklenerek disparoniye neden olabilir (32). Labia minördeki glandlar vulvanın kayganlaşmasını sağlar. Böylece penisin girişi kolaylaşmış olur. Zengin sinir desteği sayesinde erotik fonksiyonlar esnasında duyarlı hale gelir (19, 32).

Klitoris: Labia minörlerin yukarıdaki birleşme bölgesinin arasında yer alır. 5–6 mm uzunluğunda, 6-8 mm genişliğinde silindirik erektil bir organdır (24, 29, 33). Kadın cinsel olarak uyarıldığında klitoral ve labial arterlere olan kan akımında artış olmaktadır. Artan kan akımıyla intrakavernozal basınçta artış, klitoral ve labial engorjman oluşur (34). Klitorisin sebasöz bezleri peynir benzeri, yağlı, kendine özgü kokusu olan, feroman gibi hizmet eden simegma adı verilen bir salgı salgılar. Klitorisin zengin vaskülaritesi ve sinir ağı, klitorisi ısıya, dokunmaya ve basınca karşı oldukça duyarlı hale getirir. Klitorisin ana fonksiyonu cinsel gerginliği uyarmak ve arttırmaktır (19).

Paraüretral ve Bartholin Bezleri: Paraüretral bezler üretra girişinin alt tarafında yer alan, erkekteki prostat bezinin benzeri bir bezdir. Cinsel birleşmeyi kolaylaştırarak vestibülün yağlanmasını sağlar. Bartholin bezleri vulvanın alt kısmında ve iç yüzeyinde yer alır. Vulvadaki en büyük glanddır (24). Büyüklüğü bir cm. kadardır. Salgının dışarı atılmasını sağlayan kanalı vardır. Bu kanallar vestibülüm vajinaya açılır (19). Cinsel uyarının geç döneminde mukoid karakterdeki salgısı ile vajina alt ucunun lubrikasyonunu sağlar (32)

Overler: Overler kadında temel üreme organları olup, her biri, grimsi pembe renkte, badem şeklinde, solid, nodüler yüzeyli, 3–2–1 cm boyutlarında 6–10 gr. ağırlığındadırlar. (19, 29). Gonadal hormonlar, cinsel uyarılmada, somatik ve otonomik cinsel sistem arasında serebral entegrasyonu sağlayarak önemli bir rol oynar. Kadında cinsel uyarılma östrojenlerin ve muhtemelen androjenlerin varlığı ile ilişkilidir. Bu konuya ilişkin son yıllarda ortaya atılan teoriler, östrojen ve androjenlerin kadınlarda cinsel uyarılma ve yanıt artırmada birbirlerini kuvvetlendirecek şekilde çalıştıklarını ileri sürmektedir. Hem adrenal bezlerden hem de overlerden salgılanan androjenlerin eksikliği tipik olarak cinsel fonksiyon kaybı şikayetlerine yol açmaktadır (35).

Uterus:Uterus küçük pelvisin içinde, rektum ile mesanenin arasına girmiş, kalın duvarlı, içi boşluklu, müsküler bir organdır (29, 36). Uterin ve servikal bezler cinsel uyarı sırasında vajenin lubrikasyonunu sağlarlar. Cinsel yanıtın istek ve uyarılma fazında serviks ve korpus genişleyerek yükselir. Orgazm fazında uterus, fundustan alt uterin segmentlere doğru kasılır. Çözülme fazında ise uterus yeniden eski boyutuna ve yerine geri döner (30, 31). Uterus veya pelvik bölgeye yönelik cerrahi uygulamalar, kadında cinsel yanıtı ve fonksiyonu önemli derecede etkiler (37).

Vajina:Vajina, iç ve dış genital organlar arasında kanal görevi yapan, uzunluğu uterusun pozisyonuna göre değişen ve rijit penil penetrasyona kolayca uyum sağlayan bir organdır. (37). Vajinanın pelvis boşluğunda bulunan 2/3'lük üst kısmı gevşek perine kasları ile çevrili 1/3'lük alt kısmı ise sıkıdır. Vajinayı kuşatan bu perine kaslarının en güçlüsü levator ani olup, nulliparlarda kuvvetli spazm sonucu vajinayı kapatabilir (32). Cinsel yanıtın istek fazında vajen girişi genişlemekte ve lubrikasyon meydana gelmektedir (30, 31). Uyarılma sırasında sinirsel uyarılar ile vajen epitelyumundeki kanlanma artakta ve aynı zamanda venöz drenaj azalarak vazokonjesyona ve engorjmana neden olmaktadır (34). Orgazm fazında ise kontraksiyonlar oluşmaktadır. Çözülme fazında vajina yeniden eski boyutuna ve yerine geri dönmektedir (30, 31).

2.3. Kadınlarda Normal Cinsel Yanıt Fizyolojisi

Normal cinsel fonksiyon, nörolojik, mental, vasküler ve endokrin sistemleri kapsayan çok sayıda farklı organ sistemleri ile yakın ilişkilidir (38). Literatürde cinselliğe ilişkin ilk bilimsel yaklaşım, Kinsey ve arkadaşlarının 1953 yılında, cinselliğin epidemiyolojisi ile ilgili yaptığı çalışmadır. Daha sonra kaynaklarda belirtildiğine göre, Master ve Johnson 1966 yılında yaptığı araştırmalarda, cinsel eylem sırasındaki cinsel fizyolojinin, tüm organizmanın tepkileriyle birlikte seyreden, psikoseksüel uyarılma ile ruhsal ve bedensel değişimlerin ortaya çıktığı, objektif olarak ölçülebilen, değerlendirilebilen bir biyopsikososyal model saptamışlardır. Bu nedenle kadınlardaki cinsel karşılık, birbirini izleyen dört aşama olarak tanımlanmıştır. Bunlar, istek, heyecan, orgazm ve çözülmedir. Kaplan 1979 yılında cinsel eylemi üç aşamalı model olarak ele almış ve bunlar; istek, uyarılma ve orgazm şeklinde sınıflandırılmıştır (39, 40).

Bugün “Mental Bozuklukların Teşhissel ve İstatistiksel Kılavuzu-IV” (DSM-IV)’ün sınıflandırılmasında ise dört aşamalı model temel alınmış ve cinsel fonksiyon bozuklukları, cinsel istek ya da cinsel yanıt döngüsünü oluşturan psikofizyolojik değişikliklerde, kişilerarası güçlüklerle ve strese neden olacak düzeyde bozulma olarak tanımlanmıştır (39– 41). AFUD’un (American Foundation of Urologic Disease) 2000 yılındaki uzlaşma toplantısında da kadın cinsel fonksiyonu dört sınıfa ayrılmış ve bozukluklarda buna göre sınıflandırılmıştır (42). Fitzpatrick’in belirttiğine göre (2004), Master ve Johnson’un birbirini izleyen, bağlantılı dört basamaklı modelinde cinsel yanıt siklusu şu şekildedir;

Birinci Aşama: Cinsel İstek (Libido) Fazı

Libido kelimesi Latince “libd” kelimesinden türetilmiştir. Libido kelimesi eski İngilizcedeki “lof” kelimesine de dayandırılabilir. Libido kelimesinin bir psikoanalitik kelime olarak kullanılması Sigmund Freud ile başlar. Freud libidoyu,

“bilinçli bir aktivite boyunca genel seksüel enerjinin farkında olmak” şeklinde tanımlanmıştır (38). Libido (cinsel istek); cinsel fanteziler ve cinsel aktiviteye karşı duyulan arzu ya da cinsel olmak için gerekli motivasyon ve eğilim şeklinde de tanımlanabilir (5, 43).

Kadında cinsel yanıt, cinsel istek ile başlar. Cinsel istek çok düşük seviyelerden fanteziler gibi oldukça yüksek derecelere kadar geniş bir aralıkta olabilir. Beklentilerden ya da geçmiş deneyimlerden gelen cinsel düşünce ya da his nörolojik yollardan uyanma mekanizmasına yardım eder. İstek; cinsel uyum, tercihler, psikolojik durum ve çevre tarafından etkilenir (5, 43).

İkinci Aşama: Uyanış (Heyecanlanma, Arusal) Fazı

Uyanış fazı, parasempatik sinir sistemi ile oluşturulur. Bu faz, erotik duygular ve vajinal lubrikasyonun oluşmasıyla karakterizedir. Cinsel yanıtın varlığı ilk olarak vajinal lubrikasyonun görülmesiyle başlar ve bu durum, cinsel uyarıcı algılandıktan sonraki 10 – 30 saniye içinde aktive olur (5, 26, 32, 43). Lubrikasyon artmış olan vazokonjesyon sonucu vajinal duvardan sızan transüda karakterindeki mukoid sıvı ile oluşur. Lubrikasyon olayının parasempatik sinirlerin etkisi ile arteriolar dilatasyon sonucu gerçekleştiği ifade edilmektedir (32). Bunun sonucunda kalp ve solunum sayısı artarak kan basıncında yükselme meydana gelir (21, 32). Aynı zamanda uterus pelviste yükselmeye başlar. Nullipar kadınlarda labia majör incelirken multipar kadınlarda tersi olup şişer. Labia minör hem nulliparlarda hem de multiparlarda şişer. Klitoris boyu ve çapı büyür. Yapısı erkek penisine benzerdir ancak iç taraftaki parçası orantısal olarak çok daha büyüktür ve üç kat daha yüksek hassasiyete sahiptir. Doğrudan bir uyarılma olmadığı zaman, penis labia majöre doğru bastırılarak sürtünme oluşturulursa bu klitoral bir uyarıcı yaratır (5, 43). Bu dönemde kadınlarda taşikardi, hızlı nefes alma, kan basıncında artma, genel bir ısınma hissi, göğüslerde gerginlik, myotoni, göğüs uçlarında ereksiyon ve deride renklenme gözlenir (30). Yaklaşık olarak kadınların 3/4’ü bu uyarılmayı yaşar (5, 43).

Üçüncü Aşama: Orgazm Fazı

Orgazmik fonksiyon, tarihi süreç içinde çok uğraşılmasına karşın, en az anlaşılan, yaygın ve kabul edilebilir bir tanımlanamayan cinsel fonksiyon olmuştur. Yeni’nde (2005) belirttiği gibi pek çok tanımlanan orgazm, Masters ve Johnson tarafından 1966 yılında cinsel uyarı ile artmış müsküler ve vasküler gerilimin çözülmesi olarak tanımlanmıştır. Orgazmik fonksiyon cinsel siklusun en kısa süren dönemi olmasına karşın, tüm cinsel hisler içinde en güçlü ve doyurucu olanıdır (44).

Orgazm sempatik sinir sistemi tarafından oluşturulan miyotik bir cevaptır. Sempatik sinir sistemi bu aşamanın özelliği olan klonik kasılmaları kontrol eder. Vajinanın, anal sfinkterin ve uterusun çevresindeki kaslar, kadının orgazm olmaya başladığını hissetmesinden 2- 4 saniye sonra başlayarak kasılır. Bu kasılmalar 3 - 15’lik bir sayıda 0,8 saniye aralığında ortaya çıkar. Heyecan gibi orgazm da uyarım yeterli süre ve şiddetle gerçekleştiği zaman elde edilebilen bir tepkimedir (5, 32, 43). Genital bölge dışında da kalp atışında, kan basıncında (20 – 40 mmHg artışı) ve solunum sayısında artış ortaya çıkar (45). Yüz kasılmaları dahil olmak üzere kas gruplarındaki spazmlar yaygındır. Orgazm 3 -25 saniye sürer ve bilinç hafif bir

şekilde bulanıktır. Orgazm sırasında klitoriste bir değişiklik gözlenmez (5, 32, 43). Ejekülasyon ise tartışmalıdır. Orgazm sırasındaki ıslanmanın üriner inkontinans olduğu yaygın görüştür. Bunun aksine, orgazmik süreçte kadınların yaklaşık %40'ının ejakülasyon tanımladıkları, bunun orgazm duyusunda farklılık oluşturmadığı ve sıvının kesinlikle idrarla ilişkili olmadığı bildirilmiştir (44). Orgazmda kontrolü kaybetmek, performansı düşünmemek, eşe sonsuz bir güven duymak ve her şeyi başarmak duyguları bir arada yaşanır (26).

Dördüncü Aşama: Çözülme (Resolüsyon) Fazı

Dördüncü ve son aşama olan çözülme, tüm genital ve ekstragenital değişikliklerin uyarı öncesi durumuna dönmesidir. Kanın genital bölgeden çekilmesi ve cinsel gerilimin aniden boşalması ile gerçekleşir ve bütün vücudu dinlenme konumuna getirir (5, 43). Terleme vardır. Bu aşamada hiperventilasyon ve taşikardi devam edebilir (31). Tam uterus inişi, klitoris ve vajenin normale dönüşü ile labiumun dekonjesyonu yaklaşık 5 – 10 dakika sürer (5, 43). Eğer orgazm meydana gelmemişse bu değişikliklerin geriye dönüşü daha uzun zaman alabilir. Özellikle pelvik konjesyonun geriye dönüşü saatlerce sürdüğünden, bazı kadınlarda pelvik ağrı rahatsızlık nedeni olabilmektedir (32).

2.4. Kadınlarda Görülen Cinsel Fonksiyon Bozuklukları

2.4.1. Tanımlama

Pek çok kadın için cinsellik, onların cinsel fonksiyon yeterliliklerini, çocuk doğurma yeteneklerini, dişiliklerini ve vücutlarının görünümü ile ilgili duyguları kapsar. Cinsellik bir kadının kişiliğini oluşturan duygusal, entelektüel ve sosyal öğelerin ayrılmaz bir parçasıdır. Cinsel fonksiyon bozukluğu ise bireyin cinsel ihtiyaç ve tercihlerinin yetersizliği durumudur (46). Kadın cinsel fonksiyon bozukluğu, yaşa bağımlı, ilerleyici ve kadınlarda yaygın görülen yüksek prevelanslı, organik, psikolojik, sosyal pek çok nedene bağlı oluşan, çok boyutlu bir sağlık problemidir (38, 47).

2.4.2. Kadına Ait Cinsel Fonksiyon Bozukluklarının Tarihçesi

Cinsel fonksiyon bozuklukları (CFB), psikiyatrik sınıflamalara son 20 yıldır girmiştir. ICD-9'da (International Classification of Diseases-9 / Uluslar arası Hastalık Sınıflandırması-9) "Cinsel Sapkınlıklar ve Bozukluklar" başlığı altında, önceleri yalnızca "Frijidite ve Empotans" yer alırken, 1978'deki çalışmalarda "Psikoseksüel Fonksiyon Bozuklukları" olarak sıralanmıştır. Günümüz toplumunda cinsel fonksiyon bozuklukları oldukça sık görülmesine karşın, cinsel fonksiyon bozukluklarına ilişkin tanımlama ve sınıflandırma güçlükleri halen devam etmektedir. AFUD (American Foundation of Urologic Disease / Amerikan Ürolojik Hastalıklar Kurumu) 2000 yılındaki konsensus toplantısında kadın cinsel yanıt döngüsünü 4 aşama olarak (cinsel istek, uyarılma, orgazm ve çözülme) tarif etmiştir (39, 48). Kadın cinsel fonksiyon bozukluğu ise bu döngünün bir ya da birkaç aşamasının bozulması ya da cinsel ağrı olarak tanımlanmaktadır (10, 38, 49).

2.4.3. Kadına Ait Cinsel Fonksiyon Bozukluklarının Sıklığı

Toplumda cinsel fonksiyona ilişkin bozukluklar, zorluklar ve kaygılar yaygın olarak görülmektedir (50). Kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu insidans ve prevalansı ile ilgili veriler oldukça az olmakla birlikte, %76 gibi yüksek prevalans oranları bildirilmektedir (51, 52). Rosen ve arkadaşları (1993) kadınlara ilişkin daha yüksek oranlarda cinsel fonksiyon bozukluğu bildirmelerine karşın, kadınların %68'inin cinsel ilişkilerini çok tatmin edici bulduklarını saptamışlardır. Dolayısıyla kadınlar için cinsel ilişki tatminkarlığı, sadece cinsel fonksiyon ile sınırlı olmayabilir ya da çeşitli faktörler nedeniyle bir sorun olarak görülüyor olabilir (53).

Kadın cinsel fonksiyon bozukluğu prevalansı ile ilgili en geniş veriye sahip çalışmalardan biri, Amerika Ulusal Sağlık ve Sosyal Yaşam Araştırması 1999 verilerinin derlendiği çalışmadır. Bu çalışmada yaşları 18 ile 59 arasında değişen 1749 kadından elde edilen veriler toplanmış ve kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu görülme oranı % 43 olarak saptanmıştır. Bu çalışmada yaş, medeni durum, eğitim, etnik köken gibi özelliklerin kadın cinsel fonksiyonları üzerine etkileri vurgulanmıştır (9).

Ülkemizde Çayan ve arkadaşlarının (2001), 179 kadın üzerinde yaptıkları çalışmada sigara kullanımı, evlilik süresi, geçirilmiş pelvik operasyonlar ve kontrasepsiyon yöntemlerinin cinsel fonksiyon bozukluğu üzerine anlamlı etkisi saptanamazken; ileri yaş, düşük eğitim düzeyi, herhangi bir işte çalışmamak, kronik hastalık öyküsü, çok sayıda doğumun varlığı ve menopozun kadınlarda cinsel fonksiyonu olumsuz etkilediği bildirilmiştir (54).

Güvel ve arkadaşlarının (2003) yaptığı başka bir çalışmada ise, ülkemizde sağlıklı evli kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluklarında etkili olabilecek faktörler araştırılmıştır (55). Düzenli menstrasyon olan kadınların cinsel fonksiyonlarının, menstrasyonu düzensiz, menopozda ya da histerektomi geçirmiş kadın grubuna göre anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur.

Kadın cinsel fonksiyon bozukluğu ile ilgili hem Türkiye hem de yurt dışında yapılan çalışmalarda, incelenen topluluk sayısının yetersiz, seçilen topluluğun temsil etme değerinin düşük oluşu ve ortak bir kadın cinsel fonksiyon bozukluğu tanımının kullanılmaması gibi bazı yöntemsel sorunlar bulunmasının yanında; araştırmaların genel ve özel kliniklere başvuran hasta grupları ve gönüllü normaller üzerinde yapılmış olmasından dolayı ülkemizde kadın cinsel fonksiyonlarına ilişkin yeterli veri bulunmamaktadır (55).

2.4.4. Kadın Cinsel Fonksiyon Bozukluklarının Sınıflandırılması

1992 yılında ICD-10 (International Classification of Diseases-10/ Uluslararası Hastalık Sınıflandırması-10) cinsel fonksiyon bozukluğunu 10 başlık altında incelemiştir. Bunlar; cinsel istek azlığı ya da yitimi, cinsellikten tikslenme ve cinsel haz yokluğu, genital tepkinin yetersizliği, orgazmada fonksiyon bozukluğu, erken boşalma, organik nedenli olmayan vajinismus, organik nedenli olmayan ağrılı birleşme, cinsel dürtünün aşırı olması, organik nedene bağlı olmayan başka cinsel fonksiyon bozuklukları ve organik nedene bağlı olmayan belirlenmemiş başka fonksiyon bozukluklarıdır. DSM-4 (Diagnostic and Statistical Manual and Mental

Disorder- Fourth Edition/ Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatiksel El Kitabı-4) ise 1994 yılında cinsel fonksiyon bozukluklarını; cinsel istek bozuklukları, cinsel uyarılma bozuklukları, orgazmla ilgili bozukluklar, cinsel ağrı bozuklukları, tıbbi bir duruma bağlı, madde kullanımının yol açtığı ve başka türlü adlandırılmayan cinsel fonksiyon bozuklukları olmak üzere 7 başlık altında sınıflandırmıştır (7, 9, 56-58). Bu çalışmada kadında cinsel fonksiyon bozukluklarına ilişkin farklı sınıflandırma anlayışları arasından DSM–4 sisteminin temel alınması tercih edilmiştir. DSM–4'e göre cinsel fonksiyon bozuklukları şu şekilde sınıflandırılır (60);

1. Cinsel İstek Bozuklukları
 - a. Hipoaktif Cinsel İstek Bozukluğu
 - b. Cinsel Tiksinti Bozukluğu
2. Cinsel Uyarılma Bozuklukları
3. Orgazmik Bozukluklar
4. Cinsel Ağrı Bozuklukları
 - a. Disparoni
 - b. Vajinismus
5. Genel Tıbbi Bir Duruma Bağlı CFB
6. Madde Kullanımının Yol Açtığı CFB
7. Başka Türlü Adlandırılmayan CFB

2.4.4.1. Cinsel İstek Bozuklukları

Cinsel istekte azalma, cinsel ilişki kurmaktan tiksinti duyma ve bundan tamamen kaçınma ile karakterizedir (59). Cinsel isteksizliğin nedenleri arasında; cinsel organlara ya da hormonal dengeye ait bozukluklar, bazı ilaçlar ve olumsuz cinsel deneyimler sayılabilir. Cinsel istek problemleri olan çoğu kadın uyanma ve orgazm aşamalarında zorluklar yaşar. Araştırmalar iki tür cinsel istek bozukluğundan söz etmektedir. Bunlar; cinsel istekte azalma ve cinsel tiksinti bozukluğudur (5, 7, 43, 60). Cinsel istek sorunu olan hastalar, cinsellik hakkındaki bilinçdışı korkularına karşı korunma amacıyla savunma olarak cinsel isteğin engellenmesini kullanabilirler. Cinsel isteğin kaybı, kronik anksiyete, depresyon, merkezi sinir sistemini bastıran ilaç kullanımı ile de görülebilir. Cinsel istek kaybı, evli çiftler arasında, kadınlarda daha fazla görülmektedir (7).

a) Cinsel İstekte Azalma: Genel olarak kadınlarda erkeklerden daha sık görülmektedir. Hatta ülkemizde kadınlar arasında en sık görülen cinsel fonksiyon bozukluğu cinsel istek azlığıdır. Bu durum, terapilerdeki bireylerin yaklaşık olarak yüzde 40'ında görülen en yaygın cinsel fonksiyon bozukluğudur. Cinsel istek azlığı, kişisel sıkıntıya neden olan cinsel fantezilerin, düşüncelerin ya da algının sürekli ya da yenileyen tarzda yetersizliği ya da yokluğu olarak tanımlanabilir (7, 61, 62). Bu kişiler klinisyenlere, yalnızca eşlerinden talep geldiği zaman başvurmaktadır. Bu noktada bunun bir sorun olup olmadığı, neyin normal neyin yeterli olduğu ve bunlara kimin karar vereceği bir sorun olmaktadır (59). Nedeni genellikle psikolojik ve emosyonel kökenlidir (62). Kronik stresin, anksiyetenin ya da depresyonun bir sonucu ya da içsel çatışmaların bir dışı vurumu olabilir. Cinselliğin baskı altında yaşandığı tutucu toplumlarda sık görülür. Küçük yaşlardan başlayarak uygulanan cinsel yasak ve baskıların doğal sonucu olarak cinsel güdülerin bastırılması, giderek

kadının cinselliğe ve hatta kendi bedenine yabancılaşması olarak da algılanabilir. Tek tedavisi cinsel terapidir. Sonradan ortaya çıkan cinsel istek azlığının en sık görülen nedenleri ise kronik hastalıklar, kullanılan ilaçlar, alkol ve uyuşturucu madde kullanımı, menopoz, laktasyon süreci, depresyon, cinsel travma ve şiddet uygulaması sayılabilir. Cinsel istek azlığı olan kadınların tedavisi hem bireysel hem de ilişki danışmanlığını gerektirebilir (5, 43, 60).

b) Cinsel Tiksinti Bozukluğu: Cinsel istek azlığı ile kolayca karıştırılabilmesine karşın, bu rahatsızlık daha çok “fobi ve tiksinti” kelimeleriyle tanımlanır. En büyük özelliği cinsel ilişki kurmaktan sürekli ve aşırı biçimde tiksinti duyma ve bu nedenle cinsellikten tümüyle kaçınmaktır (5, 59, 60). Tecavüz gibi travmatik bir cinsel saldırı ya da tekrarlayan ağrılı fiziksel ya da duygusal deneyimler bu bozukluğa yol açabilir (60, 61). Bozukluğun ağırlığına göre, cinsel tiksinti, cinsel yaşamın genital salgılar ya da cinsel birleşme gibi bir bölümüne odaklanabilir ya da öpme ve dokunma dahil tüm cinsel uyarılara karşı yaygın bir iğrenme olarak da ortaya çıkabilir. Bu tür bozukluk genellikle tedavi gerektirir (5, 60). Ülkemizde yapılan bir çalışmada bu bozukluğun, vajinismustan sonra ikinci sırada olduğu saptanmıştır (59).

2.4.4.2. Cinsel Uyarılma Bozuklukları

Kadında cinsel uyarılma bozukluğu, sürekli ya da tekrarlayıcı biçimde, cinsel uyarılmanın olmaması ya da uyarılmanın eylem bitinceye kadar sürdürülememesi durumudur. Uyarılma aşamasındaki fonksiyon bozuklukları ya fizyolojik olarak ya da psikolojik olarak ortaya çıkar. Yetersiz ön sevişme ya da duygusal yetersizlik uyarılmayı engelleyebilir (5, 7, 62). Fizyolojik nedenler arasında, cerrahi, pelvik travma ve ilaçlar nedeniyle vajinal ya da klitoral kan akımının azalması sayılabilir (61). Bu durum cinsel eylem sırasında lubrikasyon ve şişme yanıtının elde edilmesinde kalıcı ya da yinelenen, kısmi ya da tam olan sorunlara neden olur. Bozukluk önemli sıkıntı ve kişilerarası güçlüklerle de yol açar (5, 7).

2.4.4.3. Orgazm Bozuklukları

Orgazm, sağlıklı ve doyumlu bir cinsel yaşamın en önemli parçasıdır. Orgazm bozukluğu yaşayan bir kadın, yeni cinsel fonksiyon bozuklukları, ilişki sorunları ve çeşitli psikiyatrik hastalıkları yaşama açısından daha büyük risk taşımaktadır (60). Orgazm, beyin ve periferden (klitoris, meme başları ve diğer vücut bölgeleri) sensorial uyarıların pudental sinir aracılığıyla sakral seviyede spinal korda ulaşmasıyla ortaya çıkan genital bir reflekstir (63).

Kadındaki orgazmik fonksiyon bozukluğu, normal bir cinsel heyecanlanma fazını takiben orgazma erişmenin kalıcı ya da tekrarlayıcı gecikmesi ya da olmaması ile karakterize olup (62), sıkıntıyla ya da kişilerarası iletişim zorluğu ile sonuçlanır (44). Kadınların yüzde 90'ının hayatlarının bir döneminde orgazma ulaşma yetilerinin olmasına karşın, en az yüzde 50'si aralıklarla ya da duruma göre, problemler yaşadıklarını bildirmişlerdir. Orgazmik fonksiyon bozukluğunun genel yaygınlığı %30'dur. Genç ve cinsel tecrübesi az olan kadınlarda daha sık görülür (5,43).

Orgazm olamama durumu bazen kadın tarafından önemli bir sorun olarak algılanmasa da eşi için önem taşıyabilmektedir. Bununla bağlantılı olarak orgazm sorununun genellikle eşlerin orgazm ile ilgili bilgi ve beklentileriyle, erkeğin kendi gücünü ve performansını sorgulama tutumuyla oluşabildiği gözlenmektedir (59). Hem fiziksel hem de psikolojik etmenlerin bu bozukluğun ortaya çıkmasında etkilerinin bulunduğu ortaya çıkmıştır. En önemli psikolojik nedenlerin arasında tutucu değer yargıları, suçluluk duyguları, cinsel travmalar, yetersiz cinsel bilgi ve deneyim, eşle olan duygusal iletişimin yetersizliği ve yetersiz cinsel birleşme süresi sayılabilir (5, 43).

Orgazm bozukluğu ele alınırken durumun birincil ya da ikincil olduğu araştırılmalıdır. Birincil orgazm bozukluklarında kadın ilk cinsel deneyiminden başlayarak orgazm olamamaktadır. İkincil orgazm bozuklukları ise sıklıkla kadının partneriyle olan ilişkisindeki bozukluklardan ortaya çıkmaktadır (59).

2.4.4.4. Cinsel Ağrı Bozuklukları

Disparoni: “Disparoni” vajinismus yokluğunda cinsel ilişkiden önce, ilişki sırasında ya da sonrasında oluşan genital ağrı için kullanılan genel bir terimdir. Sürekli ya da tekrarlayan bir durum olduğunda bozukluk olarak sınıflandırılır. Tekrar eden cinsel ağrı, kaçınmaya, uyarılma sorunlarına ve sonunda da cinsel isteksizliğe neden olabilir. Disparoni, jinekologlar tarafından en sık gözlenen cinsel fonksiyon bozukluklarından biridir ve kadınların yaklaşık 2/3’ünü hayatları boyunca etkilediği tahmin edilmektedir (5, 43).

Ağrı hissi, genital uyarımın, cinsel birleşme denemesinin ya da derin penetrasyon sonucu olarak birleşme sırasında ya da cinsel birleşmenin hemen ardından oluşabilir (5, 43). Ağrı cinsel birleşmenin süresi uzadıkça azalıp kayboluyorsa uyarılma eksikliğine bağlı olduğu ortaya çıkmaktadır. Eğer ağrı derin penetrasyonla artıyorsa etiyolojide daha çok organik nedenler düşünülmelidir (59). Aşağıda bu organik nedenler sıralanmıştır.

Vajen girişi ile ilgili nedenler: Nadiren hymen-epizyotomi skarları, yaşlanmaya bağlı elastikiyette azalma, bartholin glandları ve labia absesi

Klitorisle ilgili nedenler: İritasyon, enfeksiyon, travma

Vajina ile ilgili nedenler: Enfeksiyonlar, hassasiyet reaksiyonları, atrofik reaksiyonlar, lubrikasyonda azalma

Diğer nedenler: Endometriozis, pelvik enfeksiyonlar ve dış gebelik (63), hemoroid, kronik konstipasyon, üretral divertikül, pelvis tümörleri (31).

Vajinismus: Vajinanın dışındaki üçüncü kas yapısındaki istem dışı kasılmalara “vajinismus” denir. Vajinismus gerçek ya da hayali vajinal penetrasyon sonucu başlatılan istemsiz bir reflekstir (5, 43). Vajina çeperini saran perivajinal kaslarda, vajinaya penisin, parmağın ya da tamponun girmesini engelleyecek şekilde sürekli ve tekrarlayıcı olarak, istem dışı spazm gelişmesiyle cinsel ilişkinin olanaksız ya da çok ağrılı şekilde gelmesi olarak tanımlanabilir Vajinismus, primer ya da sekonder olarak

ortaya çıkabilir (64). Sekonder olan vajinismus sıklıkla disparoniye bağlıdır. Bu durum oldukça az görülen bir durum olup, kadınların %1'ini etkiler. Vajinismuslu çoğu kadının cinsel isteği normal, vajinal lubrikasyon vardır ve orgazmiktirler. Ancak cinsel ilişkiye giremezler (5, 43).

Vajinismusun muhafazakar toplumsal yapı, bekaret ve namus gibi geleneksel değer yargıları, aşırı acı, kanama ve ilk gece korkuları gibi cinsel mitler ile cinselliğin yasaklandığı, rahatça konuşulmadığı, cinselliğe yönelik olumsuz tutumların sergilendiği tutucu aile ortamlarında yetişme gibi unsurlardan kaynaklandığı bilinmektedir (60). Bazı hastalarda ise çocukluk ya da erişkin dönemde tecavüz ya da ensest öyküsü vardır (63).

Ülkemizde vajinismus diğer cinsel fonksiyon bozukluklarına oranla daha sık görülmektedir (64). Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cinsel İşlev Bozuklukları Değerlendirme ve Tedavi Ünitesi'nde yapılan bir araştırmada, cinsel tedavi amacıyla yapılan başvurular içinde en sık görülen bozukluk olduğu bildirilmiştir. Ülkemizde bu sorun kültürel baskılar nedeniyle çok boyutlu ve baş edilmesi güç bir sorun haline gelebilmektedir (59).

2.4.5. Kadına Ait Cinsel Fonksiyon Bozukluklarının Nedenleri

Cinsel fonksiyon bozukluklarının hem bedensel hem de psikolojik nedenleri vardır. Çoğu zaman, psikolojik ve organik nedenler sorunun ortaya çıkmasında birlikte yer alırlar. Bunlar arasında, erken çocukluk dönemine ait bilinçaltı çatışmalar, çocukluk ve ergenlik dönemine ait psikoseksüel gelişimdeki aksaklıklar, yanlış öğrenilmiş cinsel davranışlar, eksik ya da yanlış cinsel bilgi, cinsellikle ilgili abartılı beklentiler, geleneksel ve tutucu yetiştirilme biçimi, utanma, suçluluk ve günahkarlık duyguları yer alır. Ayrıca eşler arasındaki uyumsuzluk ve iletişim sorunları, evlilik içi çatışmalar, eşin cinsel sorunlarının olması, eşinde ya da kendisinde var olan başta depresyon olmak üzere cinsel yaşamı olumsuz yönde etkileyen çeşitli psikiyatrik sorunlar ya da hastalıklar ve kişinin başta cinsel organlar olmak üzere kendi bedeniyle ilgili olumsuz düşünce ve inançları da sıralanabilir (60).

Hormon ve nörotransmitter sistemlerinin de cinsel fonksiyonlar üzerinde önemli etkileri vardır. Organik nedenlerden söz edilirken, çok sık rastlanan ancak aynı ölçüde gözden kaçan, etkenlerden biri de ilaç yan etkileridir. Tedavilerde yaygın olarak kullanılan ilaçların önemli bir bölümü yan etki olarak, cinsel fonksiyon bozukluğu oluşturmaktadır (51, 59, 60,).

2.4.5.1. Psikojenik Nedenler

Altta yatan organik bozukluğa bağlı olsun ya da olmasın, emosyonel ve ilişkiye bağlı problemler, kadın cinsel fonksiyonu üzerinde belirgin olarak etkili olabilir (39, 61). Benlik saygısı, beden imajı ve partneriyle olan ilişki kalitesi kadının cinsel uyarıya yanıtını anlamlı olarak azaltabilir. Birçok kadında cinsel ilgi ve yanıt, ilişkinin duygusal boyutundan etkilenir (39). Etkili iletişim ve kişisel tercihler cinsel uyuşmada ve tatminde önemli bir rol oynar. Psikolojik problemler çocuklukta ve ergenlikte yanlış öğrenilen bilgilerden ya da yanlış beklentilerden kaynaklanabilir (5). Ayrıca psikolojik bozuklukların tedavisinde kullanılan ilaçlarda seksüel yanıt belirgin derecede etkilemektedir (39).

Cinsel fonksiyon bozukluğuna neden olan psikolojik faktörleri üç grup halinde inceleyebiliriz (65);

Yatkınlık yaratıcılar: Bunlar kişinin erken yaşam deneyimi içinde cinsel zorluklar geliştirmesine yatkınlık sağlayan etkenlerdir. Bunlar;

- Yetiştirilme tarzı ve bozuk aile ilişkileri
- Yetersiz ya da yanlış cinsel bilgiler
- Travmatik cinsel deneyim ve psikoseksüel roldeki güvensizlik
- İntrapsişik dinamik nedenler

Başlatıcı Etkenler:

- Hamilelik ve doğum
- Eşler arasında genel ilişki bozukluğu ve aldatılma
- Partnerdeki cinsel fonksiyon bozuklukları
- Rastlantısal başarısızlık ve yaşlanma
- Organik hastalıklara reaksiyon, depresyon ve anksiyete
- Travmatik cinsel deneyimler

Devam Ettirici Etkenler:

- Performans anksiyetesi
- Başarısızlık korkusu, suçluluk duygusu, yakınlık korkusu
- Bozuk kendilik algısı, yetersiz cinsel bilgi ve cinsel mitler
- Kısıtlı ön sevişme, kendini yetersiz tanıma
- Psikiyatrik rahatsızlıklar

2.4.5.2. Endokrinolojik Nedenler

Kadınlarda seksüel yanıtı beyin, beden ve partnerden oluşan karmaşık yapı belirler (66). Menopoz, hipotalamik-pitüer aksının fonksiyon bozukluğu, cerrahi ve medikal kastrasyon, prematür over yetmezliği ve kronik doğum kontrol hapı kullanımı sonucu hormonal değişim kadın cinsel fonksiyon bozukluğuna yol açaabilir. Bu etkenlere bağlı istek ve libidoda azalma, vajinal kuruluk ve cinsel uyarılma bozukluğu görülmektedir (39, 61).

Hormonlar, sinir iletisi ile duyuşsal algılamayı, periferel kan akımını, kas tonüsünü ve kapasitesini değiştirerek cinsel uyarılmayı etkiler. Bu mekanizmanın yetersizliği cinsel yanıtın azalması, cinsel aktivitenin düşmesi, cinsel isteğin kaybı, cinsel tiksinti bozukluğu ve dispareniye yol açaır (44). Cinsel fonksiyonlar üzerine doğrudan etkisi bulunan seks steroid hormonları, östrojen, progesteron ve androjeni kapsar (62). Östrojen eksikliği, genitoüriner sisteme ilişkin pek çok değişikliğe neden olur (67). Araştırmalar, kandaki östrodiol düzeyinin 50 pg/ml'nin altına düştüğünde libidoyu azaltan bir etki yarattığını ortaya koymuştur. (66). Östrojen azalması genital organlarda kan akımını ve vazokonjeksiyonu azaltır. Buna bağlı deri ve mukoza membranlarında incelme, deri altı yağ dokusunda azalma ve introutusda daralma meydana gelir (32, 68, 69). Ayrıca kadında sıcak basması, vajinal mukozada kuruluk ve atrofi, üriner inkontinans, deri elastikiyetinin azalması, depresyon ve libidonun düşmesine neden olur (62). Yavaşlamış ya da azalmış klitoral reaksiyon zamanı, vajen ve bartolin bezi salgısının azalması ya da yokluğu, vajinal derinliğin azalması

sonucu, ağırlı uterus kontraksiyonlar ve disparoni ortaya çıkar (67). İnatçı disparoni, uyarılma ve orgazm sorunları, cinsel ilişki ve cinsel motivasyonun bozulmasına, dolayısıyla evlilik ilişkilerinde bozulmalara neden olabilir (32, 44, 68).

Kadında cinsel uyarılma östrojenler ve muhtemelen androjenler ile ilişkilidir. (35). Androjenlerin kadında libidoyu düzenledikleri düşünülmesine karşın eksikliğinin biyokimyasal ya da klinik olarak tanımlanmasında görüş birliği yoktur. Testosteronun libido üzerine doğrudan etkisinin olduğunu, azlığı durumunda azalmış libido, cinsel istek kaybı, cinsel fantezi yokluğu, genital organ duyarlılığında azalma, uyarılma ve orgazma ulaşmada eksiklik rapor edilmiştir. Erken menopoza girmiş ve cinsel istek azlığının belirlendiği kadınlarda, fizyolojik dozların üstünde androjen replasmanından olumlu sonuç alınması, androjen eksikliğinin kanıtı olarak kabul edilmiştir (32, 68). Yapılan çalışmalar testosteron düzeyi düşük olduğunda takviye uygulanan kadınların %65'inde libidonun yükseldiği, cinsel isteğin, fantezilerin, erojen bölgelerde duyarlılığın arttığını ve cinsel ilişkinin sıklaştığını ortaya koymuştur (68).

Hiperprolaktinemi de kadın cinsel fonksiyonunu etkileyebilen yaygın bir hormonal bozukluktur. Kadioğlu ve arkadaşlarının (2005) yaptığı çalışmada hiperprolaktinemili kadınların çoğunluğunda prolaktin seviyesindeki yükselmenin cinsel fonksiyonlarda azalmaya neden olduğu ortaya çıkarılmıştır (70).

2.4.5.3. Vaskülojenik Nedenler

Hipertansiyon, diyabet, sigara içme ve kalp hastalıkları bu grupta yer almaktadır (39). Vasküler, müsküler ve farmakojenik etkileri nedeniyle hipertansiyon ve hastalığın yönetiminde kullanılan antihipertansif ilaçlar pelvik bölge ve cinsel organların yapı ve fonksiyonunu önemli ölçüde etkilemektedir. Bunun sonucunda, pelvik bölge kan akımının azalması ile kadın ve erkekte cinsel fonksiyona ilişkin sorunlar daha sık görülebilmektedir. Bu sorunlar arasında kadınlarda, vajinal duvar ve klitoral düz kasların incilmesi ve buna bağlı kuruluk gelişebilmektedir (1).

Kardiyovasküler hastalığı olan kişilerde bireylerin yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyen cinsel disfonksiyon her iki cinste de oldukça yüksek bir prevalansa sahiptir. Miyokard enfarktüsü sonrası bu oran %50–75 olarak tesbit edilmiştir (71). Cinsel fonksiyon bozukluğu görülen kalp hastalarında, durumun daha çok psikolojik kaynaklı olduğu bildirilmektedir (65). Kardiyovasküler hastalığı olan bireylerin yalnızca çok az bir kısmında cinsel aktiviteyi kısıtlayan özel bir kardiyak neden vardır. Bu hastalarda cinsel fonksiyon bozukluğuna neden olan faktörler arasında kalp hastalığının ruhsal etkisine bağlı libido azalması, libidonun normal olmasına rağmen korku nedeni ile cinsel ilişkiden kaçınma, depresyon, ilaçlara bağlı disfonksiyon ve diğer risk faktörlerine bağlı vasküler değişiklikler sayılabilir (71).

Diabetes mellitus, KCFB nedenleri arasında yer almaktadır ve özellikle uyarılma bozukluklarına neden olmaktadır. Diyabetli kadınlardaki cinsel uyarılma bozuklukları görülme riski, normal kadınlara göre iki kat daha fazladır (72). Hastalığın ileri süreçlerinde nöropati, nefropati, retinopati, idrar inkontinansı ile birlikte nörojenik mesane gelişir. Buna bağlı hastanın otonomisi azalır ve baş etme güçlükleri ciddi hale gelir. Diyabetin hasta üzerindeki psikolojik etkileri ise

karmaşıktır. Cinsel fonksiyon bozukluğu olan bu kadınların tedavisinde biyopsikososyal yaklaşım önemlidir (65). Diyabetik kadınlardaki CFB ile ilgili çalışmalar oldukça sınırlıdır. Doruk ve arkadaşlarının (2005), diyabetli kadınlardaki CFB prevalansını saptamak için yaptığı çalışmada, cinsel fonksiyon bozukluğu oranının Tip 1 diyabetli kadınlarda %71, Tip 2 diyabetli kadınlarda ise %42 olduğu bulunmuştur (73).

2.4.5.4. Nörojenik Nedenler

Santral, periferik ve otonom sinir sistemlerinin tümünün cinsel fonksiyonda işlevi vardır (65). Spinal kord hasarlı hastalarda, bireyin cinsel eyleminin koital seks ile sonuçlanmasını sağlayan anatomik ve fizyolojik mekanizmaların bozukluğu söz konusudur (74). Eğer yaralanma sonucu meydana gelen lezyon servikal ya da torasik düzeyde ise psikojenik ereksiyon ya da klitoral şişme olmamasına karşın genital-spinal kord refleksi yoluyla birey ereksiyon olabilir. Ancak lezyon lumbal ve sakral düzeylerde ise genital-spinal kord refleksi kaybolur ve ereksiyon gelişmez. (65). Kadınlarda libido azalması, seksin spontan olma özelliği kaybı, partner bulma güçlüğü, vajinal lubrikasyon yokluğu, orgazm kaybı ve azalması görülür (74). Bu hastalarda cinsel ve cinsel olmayan kayıpların hepsini konuşmak ve paylaşmak önemlidir (65).

Multipl Skleroz (MS) santral sinir sisteminde yaygın olarak ortaya çıkan lezyonlar nedeniyle, çeşitli nörolojik semptomların ortaya çıktığı farklı klinik tablolarla kendini gösterebilen bir hastalıktır. MS sıklıkla spinal kordu etkileyerek, parapareziye, barsak, mesane ve cinsel fonksiyonla ilgili problemlere neden olur (52). Genellikle genç erişkinlerde görülmesi ve cinsel fonksiyon bozukluğunun hastalığın seyrinde sıklıkla saptanması dikkat çekicidir (65). Akkoç ve arkadaşları (2001) tarafından yapılan çalışmada MS'li hastalarda CFB oranı %40 bulunmuştur. En sık görülen bozukluğun ise orgazmik bozukluklar olduğu saptanmıştır (52).

2.4.5.5. Musküler Nedenler

Levator ani, bulbokavernosus ve iskiokavernosus kasları seksüel istek ve orgazmda önemli bir yere sahiptir. Bu kasların hipotonik olması kadında vajinal hiponesteziye (vajinal hissin azalması), anorgazmiye, koitus ya da orgazm sırasında üriner inkontinansa neden olabilir. Bu kasların hipertonic olması ise vajinismus ve disparoniye neden olabilir (61).

2.4.5.6. İlaç Kullanımına İlişkin Nedenler

Fiziksel hastalıklarda kullanılan birçok ilaç ile psikotrop ilaçlardan bazıları, alkol ve yasal olmayan ilaçlarda dahil olmak üzere, pek çok ilaç normal cinsel yanıtı değiştirebilir ve cinsel fonksiyon bozukluklarına neden olabilir (43, 65). Antihipertansifler, psikotropikler ve antidepresanlar gibi yaygın olarak kullanılan bazı ilaçların cinsellik üzerindeki yan etkileri kesin olarak bilinmektedir (5). Bunlardan antidepresanlar başta depresif bozukluklar olmak üzere birçok psikiyatrik bozukluğun tedavisinde yaygın şekilde kullanılan ilaçlardır (5). Libido azalması, orgazm inhibisyonu, erektil fonksiyon bozuklukları ve priapismus gibi cinsel yan etkiler, antidepresan tedavi sürecinin tedaviye uyumunu olumsuz etkileyen ve son zamanlarda oldukça önem kazanan istenmeyen etkileridir (75).

Kadın cinsel fonksiyon bozukluğuna neden olabilen ilaçlar aşağıda verilmiştir (47, 60, 43, 31);

Antihipertansifler

α -1, α -2 blokerler (clonidine, reserpine, prazosin)

β -blokerler (propranolol, metoprolol)

Ca kanal blokerleri (diltiazem, nifedipine)

Diüretikler (hydrochlorothiazid)]

Kemoterapötikler

Alkilleyici ajanlar (busulfan, chlorambucil, cyclophosphamide)

Merkezi Sinir Sistemine etkili ajanlar

Antikolinergikler (diphenhydramine),

Antikonvülzanlar (carbamazepine, phenobarbital, phenytoin)

Antidepresanlar (monoamin oksidaz inhibitörleri, trisiklik antidepresanlar, selektif serotonin reuptake inhibitörleri)

Antipsikotikler (phenothiazins, butyrophenones)

Narkotikler (oxycodone),

Sedatifler /Anksiyolitikler (benzodiazepines)

Hormonlara etkili ajanlar

Antiandrojenler (cimetidine, spironolactone),

Antiöstrojenler (tamoxifen, raloxifene),

Oral kontraseptifler.

2.4.5.7. Cinsel Fonksiyonları Etkileyen Diğer Bazı Etmenler

a) Hamilelik ve Doğum: Çiftlerin cinsel yaşamı hamilelik ve doğum sonu dönemde meydana gelen bedensel ve psikolojik değişiklikler nedeniyle etkilenebilmektedir. Bu değişikler gebeliğin her trimesterinde görülebilmektedir (21). Hamilelik süreci ilerledikçe, cinsel ilgi ve aktivite genellikle azalır. Partnerle yaşanan iliŐkideki değişiklikler, ebeveynlik, cinsellik aktiviteleriyle ilgili inançlar, hamilelik döneminde cinsel aktivitelerle ilgili kuŐkular ve vücut görünümünde olan değişimlerden kaynaklanan endiŐeler hamilelik döneminde cinsel istek azalmasına neden olabilir (5).

Gebeliğin birinci trimesterinde çiftler cinsellik konusunda çoğunlukla karmaşık düşünceler içindedir. Yeni duruma alışma sürecinde çiftler bir taraftan bulantı, kusma gibi gebeliğe ait problemlerle karşılaŐırken, diğer taraftan cinsel yaŐamlarındaki bu yeni durumu, cinsel partnerin özelliklerini kabullenme sürecine girerler. İkinci trimesterde, çiftler gebeliği kabullenme sürecini tamamlarlar. Bulantı-kusmalar azalır ve cinsel yaŐamda biraz daha düzelme ve normalleşme görülür. Üçüncü trimesterde, ilerlemiŐ gebelik nedeniyle genel olarak cinsel fonksiyonlarda gerileme görülür. Çiftlerde 9. ayda belirgin olarak cinsel kaçınma görülür. Uterin kontraksiyonlar, anneye ve fetüŐe zarar verme korkusu, libido eksikliği, kendini cinsel yönden zayıf görme, yorgunluk, halsizlik, ağrılı koitus, vajinal mukus, erken membran rüptürü riski, plasenta previa vs. gibi faktörler cinsel ilişkiden kaçınma için bu dönemdeki temel faktörlerdir (20).

Doğumla birlikte kadının yaşamında, onun cinsel gereksinimlerini değiştirecek ve ilişkilerini etkileyecek birçok fiziksel, emosyonel ve sosyal değişiklik ortaya çıkmaktadır. Olsson, Lundqvist, Faxelid ve Nissen'in (2005) yaptığı bir

çalışmada kadınların doğum sonrası cinsel yaşam deneyimlerine ilişkin düşüncelerinin bazıları şunlardır:

- Memelerdeki ve vajinadaki fiziksel değişiklikler nedeni ile kendini daha az çekici hissetme,
- Vajinal ve perineal yırtıklar nedeni ile sonraki cinsel yaşamları konusunda endişe duyma,
- Fiziksel değişiklikleri kabul etmede güçlük, bunların kalıcı olmasından endişe duyma,
- Emzirmeye başlama ile birlikte memeleri cinsellikle ilgili görmeme, memelerin bu iki farklı fonksiyonunu bütünleştirmede zorlanma
- Yorgunluk, bebek bakımı nedeniyle zaman bulamama, önceliklerin değişmesi,
- Boş zaman bulduğunda uyumayı, dinlenmeyi cinsel ilişkiye tercih etme,
- Cinsel ilişki sırasında bebeğin varlığının rahatsız edici etkisi,
- Bazı kadınlar ise olumlu bir deneyim olarak, doğum sonrasında vücudunu daha iyi tanıdığını, kaslarını daha kolay belirleyebildiğini ve cinsel doyuma daha kolay nasıl ulaşabileceğini öğrendiğini ifade etmiştir (76).

Aşırı yorgunluk gibi fiziksel faktörler, karın bölgesinin büyümesi ve belirli cinsel pozisyonlarda yaşanan rahatsızlıklar ya da doğumdan ve epizyotomiden kaynaklanan travmalarla ilgili vajinal rahatsızlıklar doğrudan olarak bu dönemdeki cinsel birleşme sıklığının azalmasına neden olabilmektedir (5).

Postpartum dönemde yaygın olarak deneyimlenen sorunlardan biri de disparonidir. Postpartum dönemde cinsel ilişkiye başlama, kültürel-dini faktörler, annenin yaşı, emzirme, etnik köken ve doğum sürecinde ortaya çıkan laserasyonlara bağlı gelişebilen disparoniden etkilenmektedir. Ülkemizde cinsel ilişkiye postpartum 40. günden sonra başlanması önerilmektedir. Ancak perine bölgesindeki doğum sürecinde oluşan laserasyonlara bağlı disparoni, ilişkiye başlama zamanını belirlemede temel etken olabilmektedir (77).

b) Kürtaj ve İnfertilite: Kadının bedensel ve ruhsal sağlık durumunu etkileyen kürtaj olayı çiftler arasındaki cinsel yaşamı etkileyebilir (4). Bir gebeliği sonlandırma kararı kadının suçluluk, pişmanlık ve kayıp duyguları yaşamasına neden olur. Özellikle kürtajın yasal olmadığı durumlarda psikolojik travmanın daha da ağır olduğu rapor edilmektedir. Dinsel inançlar, sosyal normlar ve kültürel yapı kadının tepkilerini etkiler. Araştırmalar, kürtaj sonucunda; kızgınlık, öfke, suçluluk, korku, ızdırap, utanma gibi duyguların değişik derecelerde sıklıkla yaşandığını göstermektedir (78). Eroğlu ve Karaöz'ün (1997) yapmış olduğu çalışmada da kadınların yaklaşık %70 gibi önemli bir oranının kürtaj sonrası hamile kalma korkusuyla cinsel ilişkiden uzaklaştıkları belirlenmiştir (4).

İnfertilite en yaygın tanımıyla bir yıl süreyle korunmasız koitus sonrasında çiftlerin çocuk yapma başarısızlığı olarak tanımlanır. Sterilite ise tamamlanan araştırmalar sonucu, çiftin çocuk doğurma şanslarının olmadığını tanımlar. Her iki durumda eşlerin özgüveni üzerinde ciddi etkiye sahiptir. Eşlerde çocuk sahibi

olamamaya ilişkin anksiyete ve bu gerçeğe ilgili ifadelerle yüzleşmenin yarattığı ızdırıp, temel yaşam krizi haline gelebilir. Daha sonra, eşlerin ebeveynlik üzerinde vurgu yapan bir toplumda bu sorunla başa çıkmayı öğrenmeleri gerekecektir. Birçok kadın için feminite ve fertilité arasındaki bağlantılar son derece güçlüdür ve kadın kendi çocuğunu doğuramıyorsa kendisini eksik hissedebilir. Bu durum kadının benlik saygısını olumsuz etkiler (28).

c)Kültür: Cinsel hayat, çeşitli psikolojik ve biyolojik etmenlerin rol oynadığı karmaşık bir süreçtir. Kişilerin yetiştiği ve içinde yaşadığı aile, yakın çevre, alt kültür ve toplumsal yapı, gelenekler, dini inanç ve ahlaki tutumlar cinsel tutum ve davranışlarımızı belirleyiciler arasındadır (60, 64). Yaşan ve Gürge'nin belirttiğine göre, batılı kaynaklar cinsel sorunların evrensel olduğunu varsaymıştır. Ancak son bilgiler bu sorunların kaynağı ve ortaya konuş şekli ile ilgili olarak kültürel faktörlerin (sosyal tutumlar, dini inanışlar, sosyal normlar, geleneksel davranış ve inanışlar) önemini dile getirmiştir (79). Cinselliğin iki amacı vardır: bireye haz ve doyum yaşatmak, üremeyi sağlamaktır. Bir cinsel yaklaşım, bir seri refleksin oluşturduğu, periyodik, başlangıcı ve sonu olan bir davranıştır. Bu davranışta ilk önce devreye giren psikolojik reflekslerdir. Psikolojik refleksler başta görme, koku alma, dokunma olmak üzere beş duyumuzla ortaya çıkar ve sonra da fizyolojik refleksler devreye girer. Cinsel cevabı oluşturan reflekslerin tamamen doğuştan gelmiş olması gerekmez. Cinsel olgunlaşma sırasında bu refleksler zaman içinde çoğalır ve cinsel olgunlukta bir birleşim oluştururlar. Birey cinsinin tüm özelliklerini taşımasına karşın, kötü bir kültür ve bozuk özdeşleşmelerle cinsel sorunlar yaşayabilir (64). Çoğu zaman yalnızca sosyokültürel nedenler bile herhangi bir cinsel fonksiyon bozukluğunun ortaya çıkmasında başlıca rolü oynayabilmektedir (60).

Bireyin cinsellikle ilgili gelişme ve değişimlerinde en önemli etken, içinde yetiştiği kültürün cinselliğe bakış açısıdır. Kültürlerin cinselliğe bakış açıları birbirinden farklı olabildiği gibi aynı kültür içindeki yöresel farklılıklarda cinselliğe bakışı etkiler. Değişik kültürlerde cinselliğe bakışta farklılıklar dört grupta incelenebilir:

Cinselliği bastıran kültürlerde cinsellik tabu olarak kabul edilir. Üreme amacı dışında cinsellik engellenir. Cinsellikten zevk alınması istenmez. Mastürbasyon yapmak utanç verici ve kötüdür. Evlilik öncesi ilişki kesinlikle yasaklanır. Gençler cinsel bilgiden yoksun kalırlar. **Cinselliği kısıtlayan kültürlerde** karşı cins arkadaşlıklarına hoş bakılmaz. Evlilik öncesi ilişki izni erkeklerle verilmiştir. Cinselliğe yönelik davranışlar dikkatle izlenip denetlenir. **Cinselliğe izin veren kültürlerde** cinsellik hoş görülmez ama göz önünde değilse ses çıkarılmaz. Evlilik öncesi ilişki normal karşılanabilir. Cinsel ilişkide bulunup bulunmama değil, hangi cinsel davranışın doğru olduğu tartışılır. Cinsellik insan yaşamının doğal bir parçası kabul edilir. **Cinselliği destekleyen kültürlerde** cinselliğin öğrenildiği kültürlerdir. Cinsellik insan mutluluğunun bir parçası kabul edilir. Gelenekler, görenekler aracılığıyla gençlerin cinsel becerileri geliştirilir. Erken cinsel deneyim, olgunluk için gerekli görülür.

Türkiye’de cinselliğe bakış, kültürel çeşitlilik nedeniyle farklılıklar göstermektedir. Türkiye farklı yöreler ve farklı aile yapıları açısından; cinselliği bastıran, kısıtlayan ve izin veren kültürler grubu içerisinde yer almaktadır (80).

İnsanların sağlıkla ilgili inanç ve uygulamaları, içinde yaşadığı toplumun kültürünün bir parçasıdır. Daha iyi sağlık hizmeti verebilmesi için bakım verilen grubun hastalık ve sağlığı nasıl algıladıklarını, sağlığa yönelik davranışlarının arkasında hangi kültürel etmenlerin yer aldığını bilmesi, en azından anlamaya çalışması gerekmektedir (81).

d) Cinsel mitler: Cinsel mitler kişilerin toplumda doğru olduğunu düşündükleri, çoğu zaman abartılı, yanlış, bilimsel değeri olmayan inanışlardır (64, 79). Bazı toplumlarda yaygın rastlanan yanlış inanışlar olan cinsel mitler, oluşturdukları abartılı ve gerçekçi olmayan beklentiler, suçluluk ve yetersizlik hisleri, kaygı ve başarısızlık korkularıyla cinsel fonksiyon bozukluklarına zemin hazırlamakta, bu bozuklukların sürmesinde etkili olmakta ve tedavi sürecini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (79). Cinsel mitler toplumdaki cinsel eğitimsizlik ve deneyimsizlik ile doğrudan bağlantılıdır. Ancak entelektüel ve kültürel düzeyi ne olursa olsun hemen herkesi etkilemektedir (64).

Cinsel mitler yalnızca cinsel yaşamı olumsuz etkilememekte, aynı zamanda cinsel fonksiyon bozukluklarının oluşmasında ve kronikleşmesinde ciddi bir etken olabilmektedir. En sık rastlanan cinsel mitler şunlardır: (45, 60, 79, 82, 83).

- Erkeklerde cinsel organın boyutu, cinsel gücün göstergesidir.
- Büyük erkek cinsel organı, kadının daha çok uyarılmasını sağlar.
- Erkekler cinsel ilişkide yalnız cinsel birleşme ve orgazm ile ilgilidir.
- Duygusallık ve haz alma çoğunlukla kadınlarda görülür.
- Erkeklerde çabuk boşalma erkekliğin göstergesidir.
- Mastürbasyonun cinsel güce zararlı etkisi olabilir.
- Oral seks olgunlaşmamışlığın göstergesidir ve pis bir eylemdir.
- Erkek ve kadının cinsel ilgileri ve sorumlulukları temel olarak farklıdır.
- Erkek cinsel ilişkinin sorumluluğunu üstlenmek ve zorundadır.
- Cinsel birleşmede en doğal pozisyon erkeğin üstte olduğu pozisyonudur.
- Erkek cinsel ilişkiyi her zaman ister ve buna her zaman hazırdır.
- Sevişmeyi başlatan kadın ahlaksızdır.
- Cinsel ilişki cinsel birleşme demektir.
- Tüm fiziksel yaklaşımlar cinsel birleşme ile bitmelidir.
- Erkek her kadına nasıl zevk vereceğini bilmelidir.
- İyi bir sevgili (eş) partnerine orgazm yaşatabilmelidir.
- Menstruasyon ve gebelik döneminde cinsel ilişkiden kaçınılmalıdır
- Cinsel birleşme insanı yorar
- Mastürbasyon kirlidir
- Menopoz ve histerektomi kadının cinsel yaşamını bitirir.
- Kadınlarda orgazm sadece cinselle ilişki ile olabilir.

Bu cinsel mitler değişik toplum ve kültürlerde benzer düzeylerde kabul görmektedir. Özmen’in belirttiğine göre (1999) Türkiye’de cinsel mitlere inanma derecesi ve bunun cinsel işlevsellik üzerindeki etkisine ilişkin yapılan iki çalışmanın

ilkinde cinsel fonksiyon bozuklukları nedeniyle kliniğe başvuran 33 erkek 33 kişilik kontrol grubuyla karşılaştırılmış ve mitlere inanma derecesi cinsel fonksiyon bozukluğu olan grupta anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Diğer çalışmada ise çoğu vajinismus olmak üzere CFB nedeniyle kliniğe başvuran 40 kadın, nörotik yakınmaları bulunan kadınların oluşturduğu ve normal popülasyonu temsil eden ve herhangi bir yakınması bulunmayan diğer iki grupta karşılaştırılmıştır. İlginç bir şekilde CFB tanımlayan grupta cinsel mitlere inanma derecesi daha düşük bulunmuş, bu durum vajinismusta mitlerin yaygın olduğu uyarılma ve orgazm sorununun bulunmamasına sorunun uzun süredir gündemde oluşundan eşle iletişimin iyi oluşuna bağlanmıştır (82).

Yaşan ve Gürgeç'in (2004) ülkemizde 105 hemşire üzerinde yaptığı çalışmada ise, cinsel partneri olanlarda bu oran %53.3 bulunurken, cinsel partneri olmayanlarda %65.1 bulunmuştur. Çalışmada cinsel mitlerin kabul görme nedeninin yörenin kapalı bir toplum olmasının getirdiği yanlış bilgi ve inanışların cinsel bilgi edinme kaynaklarına bağlı olarak nesilden nesile değişikliğe uğramadan aktarılmasından kaynaklandığı düşünülmektedir (79).

e) Yaşlanma: Yaşlanma ile birlikte ortaya çıkan, kronik medikal hastalıklar, romatizma ya da osteoporoz gibi fiziksel rahatsızlıkların tamamı, hareketliliği ve çevikliği azaltarak cinsel aktivitenin engellenmesine neden olur (5). Arterioskleroz vajinal kan akımını azaltabilir ve cinsel istek, lubrikasyon ve orgazmik şiddette azalmaya neden olur. Yaşla birlikte ortaya çıkan anatomik değişiklikler, kadınları daha çok vulvovajinitis ve idrar yolu enfeksiyonlarına yatkın hale getirirken, azalmış vajinal kayganlıkla beraber disparoniye neden olabilir. Bu değişiklikler şöyle sıralanabilir: (30, 43)

- Vajinal boyutta azalma, vajinal duvarlarda incelmeye, vajinal duvar elastikiyetinde azalma
- Labia majör boyutunda küçülme, labia minörde incelmeye
- Azalmış klitoral boyut ve hassasiyet, azalmış perinal kas dokusu
- Göğüs atrofisi, uyanış sırasında göğüs şişkinliğinde azalma, göğüs ucu ve areolada duyuşal değişiklikler
- Uyanış ve lubrikasyon için gerekli zamanın uzaması, daha az vajinal lubrikasyon oluşması
- Daha az şiddette orgazm, orgazm olmak için uyarı ihtiyacının artması

f) Menopoz: Menopoz; menstrual kanamaların kesilmesi anlamındadır. Kadının doğurganlık özelliğinin bittiği bu dönem, yaş dönümü olarak da adlandırılır. Geçmişte, kadının yaşamındaki son dönem olduğuna inanılır, doğurganlığını yitiren kadının cinsellikten uzaklaştığı ve sık sık hastalandığı düşünülürdü (24, 84). 19. yüzyıl ortalarından bu yana insan, özellikle de kadın ömrü uzadığı için günümüzde "menopoz" denen kavramdan sıkça söz edilmekte, her kadının doğal ve normal yaşam evrelerinden biri olduğu kabul edilmektedir. Menopoz, kadın hayatının overial fonksiyonlarının sonlandıktan sonraki doğal bir aşamasıdır. Ancak menopozda oluşan bazı değişiklikler kadının hayatını olumsuz etkiler. Bu durum birçok hastalığın ortaya çıkmasına ve kadının yaşam kalitesinin azalmasına neden olmaktadır (85).

Menopoz dönemindeki cinsel fonksiyon değişikliklerini, değişikliklerin derecesini, altta yatan nedenleri ve tedavi olanaklarını ortaya koymaya yönelik biyolojik, psikolojik ya da sosyolojik açılardan olaya yaklaşan pek çok çalışma yapılmıştır. Kadında seksüel aktivitenin azalmasının asıl sebebi olan menopoza bağlı fizyolojik değişiklikler nedeniyle, menopozal ve postmenopozal kadında, cinsel istekte azalma, yetersiz ya da geç uyarılma, orgazma ulaşmada güçlük, orgazmik kasılmalar ve orgazm yoğunluğunda azalma, disparoni, koit sıklığında azalma ve cinsel ilişkide üriner inkontinans gibi sorunlar yaşanabilir. Bu sorunlar sıklıkla menopoza bağlı fizyopatolojik değişiklikler, bazen de depresyon ve evlilik problemleri nedeniyle ortaya çıkar (69). Cawood ve arkadaşları (1996), kendi istekleriyle ayda birden daha az cinsel aktivitede bulunan ya da hiç cinsel aktivitesi olmayan kadınların oranının 40 yaş altında %46, perimenopozal dönemde %57 ve postmenopozal dönemde ise %76 olarak belirlenmiştir (86). Chen ve Ho (1999), perimenopozal dönemde cinsel istek kaybının sırasıyla %34, %55 ve %60 olarak gittikçe arttığını; postmenopozal dönemde ise orgazm yokluğu ve seksten zevk almamanın %60'ların üstüne çıktığını rapor etmiştir (87).

g) Enfeksiyonlar, Diğer Hastalıklar ve Ameliyatlar: Cinsel fonksiyon bozuklukları büyük ölçüde pek çok hastalığın tanı ve tedavisinden etkilenir (46). Endometriozis, fibroids, vulvovajinitis, üriner inkontinans gibi hastalıklar, kadında istek, uyarılma, orgazm bozukluklarına neden olabilir (62). Kanser tanısı ve tedavisi de, hastanın fiziksel ve emosyonel dengesine olduğu kadar cinsel fonksiyonlarına da olumsuz etki eder (65). Cinsel istekte azalma, kanser deneyimi sonrası kadınlarda görülen en yaygın problemlerden biridir ve değişik nedenlere bağlı olarak gelişir. Tedaviler sırasında yaşanan beden imajı değişiklikleri, yorgunluk, bulantı, kusma, ağrı ve yoğun stres gibi fiziksel halsizliğe neden olan semptomlar, cinsel arzuyu büyük ölçüde azaltabilir (88). Hastalık ve tedaviden kaynaklanan sorunlar da, bireyde depresyon ya da anksiyeteye neden olarak cinsel isteği, heyecanlanmayı ya da orgazm yeteneğini bozabilmektedir. (26).

Kanser hastalarında cinsel yaşam, beklenmeyen kanser tanısına, kanser tedavisinin neden olduğu vücut imajı değişikliklerine, infertiliteye, yorgunluğa, ağrıya ve tanıdan önce partneriyle olan iletişim sorununa bağlı olarak ortaya çıkabilir. Ölüm korkusunun yanında geçici ya da uzun süreli şekil bozukluklarına da olduğu için genellikle çekiciliğin kaybı ve beden görüntüsü ile ilgili kaygılar belirgindir.

Meme kanseri kadındaki malign rahatsızlıkların %30'a yakını oluşturması ve kanserden ölümlerde ilk sırayı alması gibi özellikleri ile kadınların en korkulu sağlık sorunlarından biri olmayı sürdürmektedir (Yeni ve ark., 2003). Memeler, kadının beden algısı açısından son derece önemli olmasının yanı sıra genital bölge dışında en duyarlı erojen bölgeler olarak tanımlanmaktadır (6). Ölüm korkusu, cerrahi ile organ kaybı, hormon tedavisi, kemoterapi ve radyoterapi ile oluşan diğer sistemik yan etkiler sonucu bireylerin yaşamı son derece sınırlanmaktadır. Yeni ve arkadaşlarının (2003) meme kanserli hastalarla yaptığı çalışmada, hastalığın kadınlarda cinsel fonksiyonları son derece olumsuz etkilediği belirlenmiştir (89).

Histerektomi jinekolojide en sık rastlanan cerrahi işlemlerden biridir. 64 yaşındaki kadınların % 40'ından fazlasında histerektomi olduğu tahmin edilmektedir. Salter'in belirttiğine göre bu konu üzerinde yapılan son çalışmalarda histerektominin, cinsel fonksiyonlardaki olası kötüleşmelere ve endişeye sebep olan başlıca etmenlerden biri olduğu bulunmuştur. Histerektomi sırasındaki sinirsel doku zedelenmeleri ve duyu kaybı kadına ait cinsel bozukluklardan sorumlu tutulabilir. İki taraflı oferektomi ile histerektomi sonucu oluşan östrojen eksikliği de vajinada kuruluğa neden olabilir. Ayrıca histerektomi, overlerde bozulmaları ve vajinal kuruluğu içeren menopozal semptomları hızlandırmaktadır. Depresyon ve dişilik kimliğinin kaybı gibi psikolojik etkilerin de cinsel fonksiyon bozukluğuna neden olduğundan söz edilmektedir (28).

AIDS'in klinik belirtisi olmasa bile, serolojik testin pozitif çıkmasına bağlı olarak yoğun cinsel sorunların başlamasıyla cinsel istekte belirgin bir azalma meydana gelir. Geç dönemde ise majör depresyon ve demans saptanır (65).

2.4.6. Cinsel Fonksiyon Bozukluklarının Tedavisi

Cinsel fonksiyon bozukluklarının tedavisinde ilk ve en önemli koşul önyargısız ve objektif yaklaşımdır. Ülkemizde formal cinsel eğitimin olmaması muhafazakar toplumsal yapı ve gelenekler, yalnızca geniş halk kesimlerini değil, akademik çevreleri ve başta hekimler olmak üzere tüm klinisyenleri de doğal olarak etkilemektedir. Bu durum tek başına, cinsel sorunların ortaya çıkmasını, doğru tanı konmasını ve dolayısıyla tedavilerini engellemektedir. Ne yazık ki, hastalardan yoğun biçimde gelen yakınmaların başında; cinsel sorunlarını zorlukla ve sıkılarak ifade ettiklerinde, zaman zaman duyarsız kalma, soruları sessizce geçiştirme, bunu tıbbın bir sorunu değilmiş gibi algılama ve yansıtma gibi engelleyici tutumlarla karşılaştıkları gelmektedir. Kimi zamansa bu tutumlar yargılayıcı ve suçlayıcı boyutlara varabilmektedir (60).

Kadın cinsel fonksiyon bozukluğu tedavisi için birçok klinikte çalışma ve deneysel araştırmalar yapılmaktadır. Hormonal tedaviden başka diğer medikal ve mekanik cihazların kullanımı henüz tedavi modelleri arasında tam olarak yerini almamıştır.

A- Östrojen Replasman Tedavisi: Östrojen replasman tedavisi, lokal ya da sistemik olarak, vajinal atrofiyi düzeltir, vajinal kan akımını, lubrikasyonu ve cinsel yanıt duyarlılığını artırır (67). Östrojen replasman tedavisi genellikle spontan ya da cerrahi menopozda endikedir (39). Postmenopozal kadınlarda östrojen ve androjen seviyelerinin düşmesine bağlı olarak cinsel fonksiyonlar olumsuz yönde etkilenir. Bu etkiler östrojen eksikliğinin sistemik etkilerine ve genital sistemdeki etkilerine paralel olarak, genital vazokonjesyonda ve lubrikasyonda azalma, vajinal epitelyumunda atrofi, sıcak basması, angina pectoris benzeri ağrı, çarpıntı, baş ağrısı, eklemlerde ağrı, anksiyete, depresyon ve uykusuzluk gibi klimakterik semptomlar şeklinde ortaya çıkar. Östrojen replasman tedavisi, sistemik ve genital etkileri ile sıcak basmasını ve osteoporozu önler, klitoral hassasiyeti ve vazokonjesyonu düzenleyerek ilişki sırasında ağrı ve yanma hissini azaltır (12).

B- Androjen Replasman Tedavisi: Androjen eksikliği, klinik olarak kendini iyi hissetme duygusunda azalma, açıklanamayan kalıcı yorgunluk, libido azalması ve cinsel memnuniyetsizlik gibi belirtilerle kendisini göstermektedir (90). Androjen yetersizliği sendromunda, androjenlerin genital sistem ve merkezi sinir sistemindeki etkilerinin azalmasına bağlı olarak cinsel fonksiyon bozukluğu ortaya çıkmaktadır. Cinsel istek, uyarılma ve orgazmda azalma, androjen yetersizliğinde görülen önemli semptomlardır (12).

Jacqueline, Gutmann'ın belirttiğine göre özellikle postmenopozal kadınlarda yapılan çalışmalarda, testosteron tedavisi ile cinsel istek azlığının düzeldiği, östrojen kombinasyonu ile bu etkinin daha da güçlendiği tespit edilmiştir (67).

C- Vazoaktif Ajanlar: Kadın cinsel uyarılma bozukluğunun medikal tedavisinde kullanılan ajanlar (L-Arjinin, zestra, l arjinin+yohimbin, alprostadi, avlimil, sildenafil) geniş bir ilgi alanı bulmuş ancak KCFB için güvenilirliği ve etkisi kanıtlanmamıştır. Bu ilaçların bir çoğu lokal kan akımını arttırmaya yöneliktir. Ancak artmış kan akımı, lubrikasyon ve genital dolgunlaşmada artışa neden olmasına rağmen, subjektif uyarılmayı belirgin olarak etkilememektedir.

Kadın cinsel fonksiyon bozukluğunda sınırlı sayıda klinik çalışma yapılmaktadır. Organik kadın cinsel fonksiyon bozukluğunda medikal tedavinin iyileşmeyi sağladığı kanıtlanmaktadır. Bunun yanında kadın cinsel fonksiyonunun sadece organik değil, psikolojik yönü olduğu ve tedaviye beyin ve genital organlar ekseninde yaklaşmanın yararlı olacağı unutulmamalıdır (12).

2.5. Kadına Ait Cinsel Fonksiyon Bozukluklarında Hemşirenin Rolü

Cinsel sağlık insan sağlığının ayrılmaz bir parçasıdır. Ancak ülkemizde cinsellik halen çok açık ve rahat konuşulabilen bir konu olmadığından bu durum, özellikle kadınlar için ayıp ve günah olarak kabul edilmektedir (26, 91). Bütüncül bakım hizmeti veren hemşireler aynı zamanda kadın olmaları dolayısıyla kadınların, cinsellik gibi özel durumlarını ifade edebilecekleri en yakın sağlık personelleridir (21).

Hemşireler, hasta ya da sağlıklı, tüm kişilerin sağlık durumlarına katkıda bulunacak ya da hastalıklarını tedavi edecek uygulamaları yerine getirirler. Hemşireler, kişilerin optimum sağlık seviyesine ulaşmaları için bilgiye dayalı uygulamada bulunup, bireylere yardım ederler (46). İnsanı holistik olarak ele alan hemşireler, bireyin bakımında cinsellik boyutunu da ele almalıdırlar (92).

İnsan seksüalitesi sağlık bakımının bir parçası olarak kabul edildiğinden hemşirelerin kendi uygulamaları içinde cinsel sağlığı geliştirme, bireylerin, cinsellikle ilgili güvenliğini sağlama ve cinsellikle ilgili olarak danışmanlık yapma sorumlulukları vardır (26, 93). Cinsellik; American Nursing Association'ı (ANA) oluşturan organizasyonlar tarafından hemşirelik bakımının ayrılmaz bir parçası olarak tanımlanmıştır ve The North American Nursing Diagnosis Association, 1980 yılında cinsel fonksiyon bozukluklarını hemşirelik tanıları listesine dahil etmiştir (46). Bu açıdan hemşirelerin, bu sorumluluklarının bilincinde olup sağlıklı olan ya da olmayan tüm kadınlara eğitici, rehberlik ve danışmanlık hizmeti vermesi gereklidir (21). Bilgi vermek, danışmanlık sunmak ve rehabilite etmek, kişilerin yaşam

kalitesini yükseltme ve sürdürülmesinde önemli bir yöndür. Hemşireler, bireylerin yaşam kalitelerini arttırmak konusundaki çabalarını destekleyerek, içinde buldukları durumu algılamalarını sağlamak için kilit konumdadırlar (26).

Hemşireler cinsellik değerlendirmesini sağlık hizmetinin bir ögesi olarak ele almalıdır. Daha sonra hemşirelik tanısı doğrultusunda bilgi sağlamak, desteklemek ya da sevk etmek gibi uygun müdahalelerin planlanması ve yapılmasını sağlamalıdır. Hemşireler, hemşirelik hizmetinin diğer yönlerinde olduğu gibi bu hizmette de gerçekçi, bilimsel ve terapötik şekilde yaklaşmalıdır. Cinsellik konusunda bireye gereksinim duyduğu bakımı verebilmek için hemşirenin sahip olması gereken bir takım özellikler vardır. Hemşire;

- Cinsellik konusunu kabul etmeli ve bu konu ile ilgili kendini rahat hissetmeli
- Hasta bireyle cinsel konuları tartışmak üzere iletişim yeteneklerini geliştirmeli
- Cinsellik ve cinsel fonksiyon konusunda bilgi sahibi olmalı
- Cinsellik konusunda kendisi ve diğerlerinin inanç, değer ve tutumların farkında olmalı
- Ayrıca hemşire yaşam siklusu içinde cinselliğin gelişimsel durumunu iyi bilmelidir (Tablo 2.1).

Yetişkin kişilik yapısı doğumla birlikte şekillenmeye başlar. Genetik ve çevresel iki yönlü etkileşimin etkisinde son şeklini alır (94). Freud'un kişilik gelişim aşamalarına, psikolojik olarak cinsel doyumun, dürtünün ortaya çıkmasıyla ilişkili oldukları için psikoseksüel aşamalar denilmektedir (95). Freud, kişilik gelişimini psikoseksüel gelişme olarak birbirini izleyen beş dönemde incelemiştir. Bunlar;

Oral Dönem (0–1 yaş): Bu dönemde çocuk anneye bağımlıdır. Doyum kaynağı ağız, doyum aracı annesidir (96). Ağız, dudaklar ve dil temel haz organlarıdır. Bu dönemin en etkin işlevi içe alımdır (97).

Anal Dönem (1–3 yaş): Çocuğun benliğinin gelişiminin son aşamasıdır. Başlıca doyum kaynağı anüs bölgesi ve boşaltım organlarıdır (96). Bu dönemde nöromüsküler koordinasyon ve kontrol oluşur, genital gelişim devam eder (93).

Fallik Dönem (4–6 yaş): Çocuğun süper ego gelişiminin tamamlandığı dönemdir. Cinsel kimlik ve genital alana karşı ilgi gözlenir. Kız ve erkek çocuklar farklı beden yapılarının olduğunu fark ederler (96). Doyum kaynağı cinsel organları ve çevredir (93).

Latent Dönem (7–11 yaş): Seksüel dürtülerin sosyal uğraşlara yöneldiği dönemdir. Üst benlik olgunlaşma süreci içindedir (97). Cinsel dürtülerin göreceli olarak pasif olduğu bir dönemdir (96).

Genital Dönem (11 yaştan ergenliğin başlamasına kadar): Bilişsel yetiler ve duygusal tepkilerde gerçeklik ilkesi ön plandadır (97). Normal cinsel gelişim, cinsel olgunluğa erişilen, karşıt cinsle doyumlu ilişkilerin kurulduğu ve geliştirildiği bir dönemdir (96).

Freud'a göre libidonun (cinsel enerjinin) bir aşamadan diğerine transfer edilmesi, her psikoseksüel aşamayla yan yana olan kişisel gelişim çatışmasının ne kadar iyi çözüldüğüne bağlı olmaktadır. Çatışma, her zaman anne-babanın baskıları

ve biyolojik dürtülerin serbestçe açığa vurulması arasındadır. Bir aşamadaki çatışmanın üstesinden gelinebilmemişse, çatışma çözümlenememişse, bir sonraki çatışmanın üstesinden gelinebilecek daha az miktarda libido olacaktır (95).

Tablo 2.1. Yaşam Süreci İçinde Cinselliğin Gelişimsel Durumu

Aşama	Karakteristik özellikler	Hemşirelerin Kullanabileceği Öğretim Rehberi
Doğumdan 18 aya kadar	<p>Kişiliğin oluşmasında, temel güven duygusunun gelişmesine etki eden en önemli dönemdir.</p> <p>Bu dönemin başında bebeğin şefkat ve dokunsal uyarılmaya gereksinimi vardır.</p> <p>Erkek çocuklar penil ereksiyona ve kız çocuklar orgazmik potansiyele sahiptir.</p> <p>Gittikçe kendi benliğini diğerlerinden ayırt eder.</p> <p>Genital bölgeye dokunulmasından hoşnut olur.</p> <p>Cinsiyete göre giydirilir. Oyuncakları cinsiyetiyle ilişkilidir.</p>	<p>Bu dönem gereksinimlerinin yeterince karşılanmaması sonucunda; daha sonraki yaşamlarında güvensizlik, içine kapanıklık ve bağımlılık gibi kişilik özelliklerinin geliştiği, tırmak yeme, içki ve sigara kullanma eğiliminin arttığı saptanmıştır. Bu nedenle oral gereksinimine engel olmak için bebek süttten erken kesilmemelidir.</p> <p>Özellikle fiziksel ve mental gelişme geriliği olan çocuklarda fiziksel temas önemli olduğundan aile bu konuda teşvik edilmelidir. Genital bölgenin kendi kendine uyarılması normal bir davranıştır, bunun kötü olarak gösterilmesinden kaçınılmalıdır.</p>
1-3 yaş Yürüme dönemi	<p>Çocuk, idrar yapma ve dışkılama faaliyetlerini kontrol etmeyi öğrenir. Bu dönemde, uygulanan tuvalet eğitimi kişilik özelliklerinin kazanılması üzerinde etkili olur ve ileriye yönelik önemi büyüktür.</p> <p>Her iki cinsiyet de genitalerin okşanmasından hoşlanır.</p> <p>Kendi cinsiyetini tanımlayabilir.</p> <p>Anatomiye ilişkin kelime hazinesi gelişir.</p>	<p>Cezalandırıcı katı ve baskılı bir tutum çocukta dışkıyı tutmasına ve inatçılık, cimrilik ve yıkıcılık gibi kişilik özellikleri göstermesine neden olur. Dışkılamayı özendiren ve onaylayan bir tutumsa, yaratıcılık ve üretkenliğe temel oluşturur. Bu nedenle yeni yürüyen çocuğun tuvalet eğitimi için, ona yardımcı olmaya hazır olduğu gösterilmelidir.</p> <p>Çocuk, genital bölgesini okşaması durumunda cezalandırılırsa; ileriki yaşamında cinsel davranışına ilişkin utanma ve suçluluk duyabilir. Bundan kaçınılmalıdır.</p> <p>Vücut bölümleri için uygun terimler kullanılmalıdır</p>
4-6 yaş	<p>Erkekler baba ile kızlar anne ile özdeşim kurarak cinsel kimliklerini kazanırlar. Bu cinsel kimlik kazanma sürecindeki çatışmalar, ileriki yıllarda nevrozlara ve kişilik bozukluklarına yol açmaktadır.</p> <p>Kastrasyon anksiyetesi (cinsel kimlik karmaşası ile birlikte cinsel organlarının fiziksel zarar göreceği düşlemi) ve ödipal kompleks (erkek çocuğun annesine karşı duyduğu bilinçsiz yakınlık nedeniyle babasını kıskanması) bu döneme özgüdür.</p> <p>Oyun ve giyim seçimleri cinsiyete göre belirlenir</p> <p>Kendinin ve oyun arkadaşlarının vücut bölümlerini araştırmaktan hoşlanır.</p> <p>Mastürbasyona eğilim vardır. Mastürbasyon deneyimlerler.</p>	<p>Anne-babanın, çocuğun mastürbasyon eğilimine olumsuz yaklaşımı, seksin kötü bir şey olduğu izlenimi yaratabilir. Bu yaklaşımdan kaçınılmalıdır.</p> <p>Bu dönemdeki çocuklarda karşı cinsteki ebeveyne yakınlık ve ilgi duyma yaşantısı yer alır.</p>

<p>6–10 yaş</p>	<p>Çocuk birçok dürtüsünü kontrol etmeyi öğrenir. Cinsel dürtüler sosyal faaliyetlere, eğlenceye yöneliktir. Kişisel gelişme, değişme ve bir gruba ait olma duygusu başlıca doyum kaynağıdır. Çocukta aynı cinsiyete sahip arkadaşlar edinmeye eğilim vardır.</p> <p>Cinsellik hakkında merak oluşur.</p> <p>Benliğe ilişkin farkındalık artar.</p>	<p>Doyuma ulaşamayan kişi, daha sonraki yaşamında motivasyon güçlüğü yaşama ve yeteneksizlik gibi kişilik özellikleri gösterir. İlişkilerde aynı cinsin tercihi heteroseksüellik ya da homoseksüellik ile ilişkili değildir.</p> <p>Anne-baba çocuk soru sorduğunda açık ve gerçek bilgilerle yanıtlamalıdır.</p>
<p>Ergenlik öncesi 10–13 yaş</p>	<p>Giderek çocuk, doyum arayan özseverci özellikten, gerçeklere yönelik, toplumsal bir yetişkine dönüşür. Doyumsuzluklar sonucu ortaya çıkan saplantılar, karşı cinsle ilişkilerde başarısızlık, kadında frijite, erkekte impotans, erken boşalma ve sık evlilikler gibi olumsuz kişisel özelliklere neden olur.</p> <p>Sekonder seks özelliklerinin ortaya çıkışıyla birçok erkek ve kız çocukta puberte başlar.</p> <p>Menarş oluşur.</p>	<p>Bedensel değişikliklerle ilgili korkuyu yenmesi için gerekli bilgi verilmelidir. Bu bilgi, genç bireye puberte başlamadan önce verilmelidir.</p> <p>Kız/ erkek, davranışsal sınırları test edilebilir. Arkadaşlık, cinsiyet, meslek seçimi, evlenme gibi konularda düşünme, hazırlık yapmaya başlama bu dönemde başlar.</p> <p>Anne ve baba rollerin belirlenmesinde memnun edici bir orta yol bulmaya çalışmalıdır. Çok sert ya da yumuşak kurallar özgüven ve değer sistemine müdahale edebilir.</p>
<p>Ergenlik 13–19 yaş</p>	<p>Karşı cinsle ilişkiler gelişmeye başlar.</p> <p>Cinsel fanteziler yaygındır.</p> <p>Masturbasyon yaygındır.</p> <p>Öpüşme gibi cinsel ilişkiye varmayan cinsel aktiviteye katılma başlayabilir.</p> <p>Kız çocuklar popüler olmak ister ve beden imajı önemlidir.</p> <p>Erkek çocuklar cinsel aktiviteye ilişkin rekabet ile ilgilenirler.</p>	<p>Anne-babalar kendi inanç ve ahlaki değer sistemlerini çocuklarıyla paylaşmalıdır.</p> <p>Gençler duygularını aileleriyle paylaşabilmelidir. Ciddiye alınmazlarsa güven ve iletişim eksikliği oluşabilir.</p> <p>Gençler cinsel yolla bulaşan hastalıklar konusunda bilgilendirilmelidir.</p>
<p>Genç yetişkinlik 20–35 yaş</p>	<p>Evlilik öncesi seks yaygındır.</p> <p>Pek çok genç yetişkin, evlilik yerine birlikte yaşamayı tercih etmesine karşın çoğu 30 yaşından önce evlenir ve aile kurar. Anne-baba olmayı deneyimler.</p> <p>Cinsel yanıt ve aktiviteye ilişkin bilgi ilişkinin memnuniyetini artırır.</p> <p>Çeşitli cinsel ifadeyle ilgili deneyim kazanılır.</p>	<p>Çiftler, cinsel gereksinimlere ve farklılıklara ilişkin iletişime teşvik edilmelidir.</p> <p>İstenmeyen hamileliklerden korunma yöntemleri öğretilmelidir.</p> <p>Cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve korunma yöntemlerine ilişkin danışmanlık yapılmalıdır.</p> <p>Stres ve zorluklarla başa çıkmak için günlük iletişim gereklidir.</p>
<p>Yetişkinlik 35–55 yaş</p>	<p>Menopoz sonucunda bedensel değişiklikler oluşur.</p> <p>Çiftler cinsel deneyimlerinde sayıdan çok kaliteye odaklanır.</p> <p>Boşanma yaygındır.</p> <p>Yetişmiş çocuklar kendi yaşamlarına ve cinsel deneyimlerine başlarlar.</p> <p>Hamilelik korkusunun azalmasına bağlı olarak cinsel memnuniyet artabilir.</p>	<p>Hem erkekler hem de kadınların, ilişkilerinde neyin iyi olduğu konusunda olumlu teşvike gereksinimleri vardır.</p> <p>Anne-babaya boş yuva sendromunun yaygın olduğu öğretilmelidir (çocuklar evden ayrıldığında duyulan eksiklik hissi).</p> <p>Çiftlere bu periyodun kendilerini yenileme periyodu olduğuna ilişkin destek verilmelidir.</p>

<p>Yaşlılık–55 yaş ve üstü</p>	<p>Orgazmlar hem erkek hem de kadında daha kısa süreli ve daha az şiddette olabilir.</p> <p>Vajinal sekresyon azalır ve erkeklerde çözülme süresi uzar.</p> <p>Birey, yaşlanma süreci ve cinsel aktivitenin sona ermesiyle ilgili olarak hakkında stereotiplere uyma ihtiyacı hissedebilir.</p>	<p>Yaşa bağlı olarak cinsel aktivite engellenmemelidir.</p> <p>Çiftlere bedensel değişikliklere uyum ve cinsel birleşmede rahat pozisyonların kullanımı öğretilmelidir.</p> <p>Cinsel birleşmenin mümkün olmadığı durumlarda çiftlere alternatif olarak okşama, kucaklama gibi yöntemler öğretilmelidir</p> <p>Çiftler cinsel anlamda aktif oldukları sürece ilişkilerine devam edebilirler (93, 96–99).</p>
---------------------------------------	---	--

2.5.1. Hemşirelik Süreci

Son zamanlara kadar, bireyler değerlendirilirken cinsel fonksiyonları ile üreme fonksiyonları içinde rutin şekilde değerlendirilmiyor ve sağlık öyküsünün önemli bileşenleri olarak düşünülüyordu. Cinsel değerlendirme, halen sağlık öyküsünde en sık göz ardı edilen bölüm olmayı sürdürmektedir. Bu tip bir ihmal önemli sorunlara neden olmaktadır. Çünkü birçok hastalık, cerrahi uygulama, fizyolojik yaşlanma süreci ve ilaçlar cinsel fonksiyonu ve tatmini etkilemektedir. Cinsel fonksiyon ve üreme fonksiyonu; bireyin cinsel ya da üremeyle ilgili kaygılarını ifade etmesi, eğitim gereksinimlerini tanımlaması, tedavi edilmesi gereken problemleri belirlemesi ve doğumdan ölüme kadar üreme yapıları ile fonksiyonlarının normal gelişimini gözlemesi için bireylere yardımcı olmak amacıyla mutlaka sağlık muayenesi sırasında değerlendirilmelidir (17).

2.5.1.1. Veri Toplama Aşaması

Hemşirenin kadına destek ve danışmanlık yaparken izleyeceği yol, kadını dinlemek ve onunla bilgi alışverişinde bulunmaktır. Hemşire, kadının anksiyetesini azaltmak için onun endişeleri ve sorunları konusunda konuşmasına olanak tanımalı, ilgiyle ve yargılamadan dinlemelidir. Ancak bu konuşmalar sırasında üzerinde durulması gereken diğer bir nokta da kadının duygularını ifade etmesine izin verilmesidir (24).

Hemşirelerin belirli davranışları ya da cinsellik konusundaki önyargıları yeterli veri toplamak ve terapötik bir ilişki kurmak için engel oluşturabilir. Konuya ilişkin doğru veri toplandığından emin olabilmek için bu engeller aşılmalıdır (17). Bireyi hedef alan ya da hemşirelerin konuyla ilgili değerlerini ya da inanışlarını etkileyebilecek kişisel önyargıların önlenmesi önemlidir. Hemşireler bireylerin cinsel fonksiyonla ilişkili değerlerini ve inanç sistemlerini kabul etmek zorundadır. Kendi değerlerini hastaya empoze etmemelidir. Burada hemşirenin amacı, yargılayıcı olmadan, hizmet ve destek sağlamaktır (93).

a) Veri Toplamada Uygun Görüşme Ortamının Hazırlanması: Kadının cinsel sağlığının korunup, sürdürülebilmesi için öncelikle sorunlarını, gereksinimlerini rahatça ifade edebileceği sıcak, özel ve duyarlı bir ortam sağlanması gereklidir. Ayrıca hemşire içten, sevecen ve yargılayıcı olmadan kabul edebilme niteliklerine de sahip olmalıdır (21, 26).

İnsanların cinsel konuları tartışmaya gönülsüz olmasındaki nedenlerden biri bu konuşmanın diğerleri tarafından duyulacağı ya da açıklanacağı korkusudur. Hastane koşullarında gizliliğin sağlandığından emin olmak için görüşme, oda arkadaşları dahil diğer bireylerin bulunmadığı ve kimsenin görüşmeyi duyamayacağı bir ortamda yürütülmelidir. Diğer bireylerin odadan çıkmasının beklenmesi ya da özel bir odanın kullanılması, utanma olasılığını önleyecektir. Görüşmeye, aile bireylerinin ya da cinsel partnerlerin olmadığı zamanda başlamak uygundur. Bireyin izni ile daha sonraki görüşmelerde ya da eğitim aşamalarında aile üyeleri ya da partnerler de davet edilebilir (17). Konu ile ilgili görüşme, birkaç sağlık çalışanından ziyade tek bir sağlık çalışanı tarafından yürütülmelidir. Bireyden tekrarlı şekilde özel konuları tartışmasını istemek, anksiyete, utanma ya da suçluluk duygusuna neden olabilir. İdeal olarak tek bir sağlık çalışanı görüşmeyi yapmalı ve uygun bilgiyi diğer sağlık çalışanlarıyla paylaşmalıdır. Bireyin başlangıçta cinsellikle ilgili tarama sorularına verdiği cevaplara bağlı olarak gerekli olduğunda daha derin görüşmeyi kimin yapacağı konusunda karar verilmelidir. Kapsamlı sağlık öyküsü; bireyin üretkenliği ve cinsel sağlığını içine alacak bilgiler içermelidir. Kural olarak, üç farklı bireyin cinsel sağlık öyküsü hemşire tarafından alınmalıdır:

- Hamilelik, CYBH (cinsel yolla bulaşan hastalıklar), infertilite ya da doğum kontrolü bakımı alan herhangi bir tedavi görmüş ya da görmemiş birey,
- Cinsel fonksiyon bozukluğu ya da cinsel problemi olan birey,
- Hastalığı, cinsel fonksiyonunu ve davranışını herhangi bir şekilde etkileyen birey (98).

b) Veri Toplama Aşamasında Hemşire - Hasta İletişimi: Bu aşamada hemşirenin yaklaşımı, bireyin cinsel sağlık öyküsüne ilişkin sorulara vereceği yanıtları etkileyebilir. Eğer hasta hemşirenin gizliliğe bağlı kaldığını hissederse daha işbirlikçi bir yaklaşım sergiler. Gizlilik, cinsel geçmiş için gereklidir. Kapılar kapatılmalı ve müdahaleye izin verilmemelidir. Kadına yakın oturulmalı, rahat ve alçak bir ses tonu kullanılmalıdır. Birey, verdiği bilginin ne amaçla kullanılacağı ve bu bilgiye kimlerin ulaşacağını bilmek isteyebilir. Hemşirenin bu bilgiye, gerekmedikçe hiç kimsenin ulaşamayacağını bireye söylemesi gereklidir. Hemşirenin sahip olduğu cinsel bilginin derecesi cinsel sağlık konusunu tartışmayı engelleyebilir ya da teşvik edebilir. (98).

Bu aşamada karşılaşılan başka bir zorluk da terminoloji seçimidir. Hastanın ve partnerinin amaçlarını ve beklentilerini belirlemek son derece önemlidir. Cinsel vurgular yapılmaksızın cinsiyeti kapsayan terimlerin kullanımı tercih edilmelidir. Hemşire aynı zamanda sözsüz iletişime de önem vermelidir (60). Hastalar kendi cinselliklerini ve cinsel tecrübelerini ifade etmek için çeşitli deyimler kullanabilirler. Hemşire hastanın kullandığı terimlere yabancılık çekerse, hastanın açıklama yapmasını istemek üzere hazırlıklı olmalıdır. Hemşire; hastanın kullandığı dili kullanmalıdır. Eğer bunu yapmazsa hastalar bazı terimleri anlamadıklarında aptal görünecekleri korkusuyla isteksiz olabilirler. Örneğin; hasta “gelmek” terimini klimaks ya da orgazma tercih edebilir (98). Ereksiyon ya da organ gibi teknik terimler korkutucu gelebilir ya da anlaşılabilir. Aksine, argo terminolojisi saldırgan bulunabilir ya da kişiyi utandırabilir. Cinsel aktivitenin tanımlanması ya da anlaşılmasında ortak bir zemin bulunması, bilgiye daha doğal şekilde ulaşmayı

sağlayacaktır. Kullanılan ifadelerin açıklığa kavuşturulması ve anlaşılması zorunludur. Görüşme süresince aşağılayıcı ya da yargı içeren ifadelerden kaçınılmalıdır. Rastgele, gerçek dışı ya da yetersiz gibi ifadelerin kullanılması karşı tarafta yargılandığı duygusunu uyandıracak ve ileri tartışmanın yapılmasının önünde engel oluşturacaktır. Karı, koca ya da kız arkadaş gibi kelimelerin kullanılması da bazı kültürlerde doğru olmayan varsayımları yansıtabilir. Cinsel partner ya da eş gibi genel tabirlerin kullanılması hemşirenin daha tarafsız bir yaklaşım sürdürmesine yardımcı olacaktır (17).

c) Veri Toplamada Soru Seçimi: Birçok kişi özel konularını hemşireyle tartışırken önce güvenilir bir ilişki geliştirerek kendini rahat hissedebilmek için zamana ihtiyaç duyar. Bu nedenle cinsellikle ilgili sorular, birey ile görüşmeyi yapan kişi arasında güvene dayalı bir ilişki başladığı fikri oluşuncaya kadar ertelenebilir (17). Güvene dayalı bir ilişki oluşturmak için sağlık personelinin kabul edici bir tutum ve yargılayıcı olmayan bir tavır içinde olması gereklidir. Ayrıca dikkatli ve ince düşünülmüş açıklamalarla, belirsizlikler aydınlatılmalıdır (60). Bununla birlikte, başlangıç görüşmesi, cinselliğin yaşamın ve sağlığın doğal bir parçası olduğu, beslenme, boşaltım ve aktivite ile aynı düzeyde anlamlı olduğu mesajını taşımalıdır (17).

Hemşire tarafından alınan cinselliğe ilişkin öykü, değerlendirmede ilk basamaktır Başlangıç değerlendirmesi ve tarama görüşmesinde cinsel konularla ilgili sorular en az düzeyde tutulmalıdır. İlk görüşmenin amacı herhangi bir özel cinsel kaygı ya da problemi tanımlamak ve bireyin ileri bilgi ya da sevke ihtiyaç duyup duymadığını belirlemektir. Daha kapsamlı sorgulama gereksinimi spesifik olarak cinsellikle ilişkili problemlerin varlığında olmalıdır. Hastadan en iyi bilgi başlangıçta, tehditkar olmayan sorularla elde edilir (17). Suçluluk ya da güvenme duygularını teşvik etmeyen şekilde sorular yöneltilir. Hastalar genellikle bedensel içerikli ve “ilk kez menstrual periyodunuz ne zaman başladı?” gibi sorulara zorluk çekmeden cevap verirler (98). En iyi yaklaşım, genel açık uçlu sorulardan, daha spesifik olanlara geçmektir. Hemşire davranışın normal olduğunu ortaya koyan özel bir yolla belirli soruları özetlemelidir. Örneğin; “ birçok insan masturbasyonu... yapmanın bir yolu olarak görür” , “ birçok insan cinsel problemleri konuşurken kendini huzursuz hisseder...” , “ cinsel ilişkinin sürdürülmesine ilişkin emin olamama hissi olağan dışı bir şey değildir...” gibi ifadeler uygun olabilir (17). Bu yaklaşım, bireyleri nasıl hissettikleri, bu duygularında yalnız olmadıklarını bilmek konusunda rahatlatır ve problemleri hakkında konuşmaya teşvik eder (98). Cinsel sağlık öyküsü şu bilgileri kapsamalıdır: (93)

- Aile üyelerinin yaşları, cinsiyetleri ve meslekleri,
- Ailedeki eş-eş ilişkisi ve ebeveyn- çocuk ilişkisinin kalitesi,
- Aile üyelerinin ruhsal, dinsel ve felsefi inanışları ve üyeler arasındaki uyum,
- Cinsellikle ilgili çocuk eğitimi,
- Geçmiş ya da devam eden sağlık problemleri, tıbbi durumlar, cerrahi işlemler ve ilaç tedavileri,
- Normal cinsel rolünü uygulamadaki güçlükler,
- Eşlerden birinde ya da her ikisinde vardır ya da potansiyel CFB,

- Cinsel davranış, inanış ve değerlerdeki farklılıklar nedeniyle aile bireyleri arasında oluşan anlaşmazlığın varlığıdır.

Cinsiyet öyküsünü almak, cinsel kimliğin çeşitli belirtilerini anlamayı içerir. Bu, şu tarz soruları kapsamaktadır: (100).

- Çocukken oynadığı oyunların çeşidi (cinsiyet uygun ya da değil)
- Çocukken giyimi ya da istenilen giyim tarzı
- Bir çocuk, adölesan ya da yetişkin olarak cinsel kimliği (değişiklikler arayıp aramaması)
- Çocuğun cinsel davranışlarına aileden, arkadaşlarından, partnerlerinden ve diğerlerinden gelen tepkiler
- Birinin vücudu ve reaksiyonlarıyla ilgili puberti hissetmesi
- Cinsiyet disforisinin ilk belirtileri
- Karşı cinsin kıyafetlerini giyme konusundaki geçmişi
- Yetişkin olarak diğer karşı-cins tecrübeleri
- Bir karşı cins rolünü benimseme teşebbüsleri (örneğin, isim değişikliği)
- Çapraz cinsiyetli grup ve bireylerle ilişki kurma
- Cinsiyet değişimindeki amaçları

Bu bilgiye ilaveten, dikkatli bir cinsel öykü bilgisi gereklidir. Burada:

- İlk cinsel tecrübe,
- Cinsel istismar ya da travma,
- İlk cinsel fanteziler ve mastürbasyon şekilleri,
- Karşı cinsin kıyafetlerini giyme ile ilişkili cinsel uyarılma tecrübesi,
- Her iki cinsiyetle cinsel tecrübelerin sayısı ve şekilleri,
- Önemli romantik/cinsel ilişkilerin varlığı (evlilik gibi),
- Şu anki cinsel fantezilerin içeriği (özellikle fantezilerin içerisindeki insanların cinsiyetleri),
- Geçerli olan ve istenen cinsel senaryolar,
- Cinsel problemlerin geçmişi

Hemşire, elde ettiği cinsel sağlık öyküsünü, belli amaçlara yönelik olarak kısaca aşağıdaki soruları sorarak da elde edebilir:

1. Cinsellik ve cinsiyetle ilgili rollere ilişkin hisleri ve inanışları sorgulamada;

Bana kendiniz ve cinsellikle ilişkili inanışlarınızı anlatın. Karı/ koca ya da anne/baba olarak rolünüzü etkileyen herhangi bir sağlık probleminiz bulunuyor mu?

2. Bireyle olağan seks rolleri ve hastaneye yatma, hastalık gibi olayların neden olduğu rol geçişleri ya da normal büyüme ve gelişimle ilgili görüşme yaparken aşağıdaki yaklaşım ve soruların kullanılması faydalı olabilir:

Bir kadın olarak bu cerrahi müdahale (hastalık, engel) size ne ifade ediyor?, Gebeliğin yaşamınız, kendiniz ya da ailenizle ilişkili duygularınızı nasıl

değiştireceğini düşünüyorsunuz?, Hastaneden çıktıktan sonra bu hastalığın (ameliyatın) cinsel fonksiyonunuzu ne şekilde değiştireceğini düşünüyorsunuz?, Eş, sevgili ya da anne olarak rolünüzün ne şekilde değişeceğini bekliyorsunuz?

3. Sahip olunan bilgi ve anlama düzeyi, kullanılan dil ve anlatılan mitler hemşireyi bireyin gereksinimlerini öğrenme konusunda uyarır. Burada hemşire aşağıdaki soruları sorarak bilgi alabilir:

Cinsellik ya da üremeyle ilgili herhangi bir sorunuz var mı? Cinsellikle ilgili daha fazla neleri bilmek isterdiniz?, Cinsel ilişki konusundaki bilginizle ilgili kaygılarınız bulunuyor mu?, Bazen insanlar sizin gibi farklı nedenler sonucunda cinsel fonksiyonlarında değişiklikler yaşarlar. Bu konuyla ilgili bilgi edindiniz mi? İnsanların bazen hastalığın, yaşamlarının cinsel yönünü etkileyip etkilemeyeceğine ilişkin kaygıları vardır, siz ne tip kaygılar taşıyorsunuz?

4. Cinsel davranış ile tatminin tanımlanması hemşireyi muhtemel risk faktörleri ve bireyin sağlık hizmeti ihtiyaçları konusunda uyarır. Hemşire aşağıdaki soruları yönelterek bu konuda bilgi edinebilir:

Var olan cinsel aktivitelerinizi tanımlar mısınız? Cinsel ilişkilerinizde ne şekilde tatmin oluyorsunuz?, Cinsel performansınızla ilgili herhangi bir kaygı taşıyor musunuz?, Cinsel performansınızı etkileyecek herhangi bir değişiklik oldu mu?

5. Problem yaratmayacak bir şekilde ilaç kullanımıyla ilgili sorular da yöneltilmelidir.

Örneğin, “birçok insan bu ilacı kullandığında doyumsuzluk yaşıyor. Şimdiye kadar siz böyle bir sorun yaşadınız mı?” şeklinde bir soru yönetmek akıllıca değildir. Bunun yerine daha kapsamlı bir cevap verilmesine müsaade edilecek şekilde soru yeniden oluşturulur: “Benzer ilaçları alan bazı insanlar cinsel fonksiyonlarında değişiklikler yaşadılar. Sizin bu konuyla ilgili kaygılarınız nedir?” (17).

2.5.1.2. Kadın Cinsel Fonksiyon Bozukluklarında Hemşirelik Tanıları

Hemşire, cinsel problemlerin tanısını koyarken konuya ilişkin anatomik, fizyolojik, sosyo-kültürel, etik ve bireye özel durumlar değerlendirmelidir. Bireyde var olan ya da olası bir tanıya işaret eden faktörler içinde, üreme organlarına ilişkin ameliyatlara, üreme organlarındaki değişiklikler, geçmiş ya da güncel fiziksel taciz, kronik hastalıklar ve puberte ya da menopoz gibi gelişimsel durumlar yer alır. Hemşirenin, cinselliğe ilişkin hemşirelik tanısı koyarken, hastanın cinsellik ile ilgili bilgi gereksinimini açığa çıkarması gerekir. Sürece katkıda bulunan faktörlerin belirlenmesi önemlidir. Cinselliği etkileyen tüm faktörlerin sürece dahil edilmesi etkili bir planlama üzerine odaklanmaya yardımcı olur (92)

Cinsel ve üreme fonksiyonundaki bozukluklar diğer sağlık problemleriyle de ilişkili olabilir. Cinsel rolün üreme fonksiyonuyla ilişkili olduğu sekonder hemşirelik tanıları içerisinde ise, aile çevresinin değişmesi, rol performansının değişmesi, beden imajındaki bozukluk, inkontinans, yüksek enfeksiyon riski, dini baskılar ve beslenme değişiklikleri yer alır (17)

Cinsel ve üreme paternindeki NANDA'nın primer hemşirelik tanıları içerisinde: Cinsel fonksiyon bozukluğu ve cinsel örüntülerde değişim yer alır (17, 30,

93, 101, 102). Cinsel örüntülerde değişim ve cinsel fonksiyon bozukluğu tanımlarını ayırt etmek güçtür. Cinsel örüntülerde değişim tanısı, cinsel fonksiyon bozukluğunu da içerebilen geniş bir tanıdır. Bu yüzden cinsel fonksiyon bozukluğu tanısının cinsel tedavi uygulamada ileri hazırlık almış hemşireler tarafından kullanılması daha uygundur (101). Cinsel fonksiyon bozukluğu ile cinsel örüntülerde değişim tanımlarındaki farklılık bireyin cinsel doyumunu yaşamasında problem algılayıp algılamadığı ya da cinsellikle ilgili kaygılarını dışa vurup vurmama durumuna bağlıdır. Cinsel örüntülerde değişim tanısında önemli olan faktör cinsel güçlükler, sınırlayıcılar ya da değişikliklerin tanımlanmasıdır. Cinsel fonksiyon bozukluğuna ilişkin hemşirelik tanısı ise arzu edilmeyen şekilde algılanan cinsel fonksiyon değişikliği yaşayan ya da yüksek risk altında bulunan birey için kullanılır (17).

TANI 1: Cinsel Örüntülerde Değişim

Cinsel örüntülerde değişim, cinsel sağlığında bir değişim olan ya da bu riski taşıyan bir bireydeki durumdur.

Tanımlayıcı Majör Özellikler:

- Cinsel işlevlerde ya da cinsel kimlikte olumsuz değişimler olması ya da bunun beklenmesi

Tanımlayıcı Minör Özellikler:

- Cinsel işlevler ya da cinsel kimlik hakkındaki kaygıların ifade edilmesi (101),
- Uygunsuz sözel olan ya da olmayan cinsel davranış,
- Muhtemel ya da gerçek cinsel davranış güçlükleri, sınırlamaları ya da değişiklikleri ile ilgili kaygıların ifade edilmesidir (17).

TANI 2: Cinsel Fonksiyon Bozukluğu

Cinsel işlevlerde yetersizlik ya da doyumsuzluk düşünölen, bir değişim olan ya da bu riski taşıyan bireydeki durumdur (101). Cinsel fonksiyon bozukluğu bilgi eksikliği gibi basit hususlardan ya da önceki cinsel davranışlar nedeniyle suçluluk duyulmasını kapsayan çok daha karmaşık konulardan da kaynaklanabilir. Vakaların çoğunluğunda cinsel fonksiyon bozukluğu, temel hemşirelik uygulamasının ötesinde kapsamlı değerlendirme ve müdahaleyi gerektirir

Sağlık öyküsü ya da fizik muayenede birey cinsellikle ilgili problemlerini, cinsel rolünü tamamı ile yerine getirme güçlüğünü, cinsel tatmin sağlayamamasını, belirli bir partner(ler)le yaşadığı ilişki değişikliğini ya da cinsel ilişki ya da ifade anlamında diğer bireylerle yaşadığı değer /inaniş çatışmalarını dile getirebilir. Cinsel fonksiyon bozukluğu tanısında hiç bir genital ya da pelvik yapı bozukluğuna ilişkin bulgu bulunmayabilir. Tanı konulup hedefler oluşturulduktan sonra bakım ve değerlendirmeye yardımcı olacak beklenen sonuçlar oluşturulmalıdır (17).

Tanımlayıcı Majör özellikler: (101).

- Cinsel işlevlerle ilgili problemin sözel olarak ifade edilmesi,
- Hastalık ya da tedavi ile cinsel performansın sınırlandırıldığıının bildirilmesidir.

Tanımlayıcı Minör özellikler: (101).

- Cinsel performansın gelecekte sınırlanacağı korkuları,
- Cinsellik konusunda yanlış bilgilendirilme,
- Cinsellik ve cinsel fonksiyon konusunda bilgisiz olma,
- Cinselliğin ifadesine ilişkin değer çatışmalarının olması,
- Kendisi için önemli olan kişilerle ilişkilerde değişim olması,
- Cinsiyet rolünde doyumsuzluk olmasıdır.

Cinsel fonksiyon bozukluğunun nedenleri, fizyolojik ya da psikolojik olabilir. Bazen fonksiyon bozukluğunun nedeni tanımlanamayabilir ya da çeşitli faktörlerin birleşiminden oluşabilir. Aşağıda **cinsel fonksiyon bozukluklarının etiyolojisini oluşturan diğer problemlere ilişkin hemşirelik tanıları** verilmiştir (17, 30, 93, 98);

Hamilelik korkusuna, cinsel fonksiyon ya da istek kaybına, hastalık sürecinin etkisine bağlı **endişe,**

Cinsel partner ya da cinsel organ kaybına bağlı **cinsel aktivite düzeninde bozulma,**

Cinsel pozisyona, penil penetrasyona, genital ameliyatının etkilerine, vajinal lubrikasyon eksikliğine bağlı **ağrı,**

Cinsel birliktelik süresince acı ve cinsel suistimale bağlı **korku,**

Cinsel birleşme esnasındaki pozisyona bağlı **hareket kısıtlılığı,**

Beden imajındaki bozulmaya bağlı **reddedilme korkusu,**

Evliliğin bitmesi ya da boşanmaya bağlı **sosyal etkileşimde bozulma,**

CYBH ile temas korkusuna bağlı **sosyal izolasyon,**

Cinsel fantezilere ilişkin obsesifliğe bağlı, süreçlerde değişiklik,

Eksik bilgiye, cinsel mitlere, öğrenmede ilgi eksikliğine ve kavramsal kısıtlamalara bağlı bilgi açığı .

Sonuç Kriterleri

- Kişi cinsel işlevlerine ilişkin kaygılarını paylaşacak,
- Kişi cinsel partneri ile doyumda artma olduğunu belirtecek,
- Yaşamındaki stresörleri tanıyacak,
- CFB öncesindeki normal cinsel aktiviteye dönecek,
- Cinsel aktiviteye geri dönme isteğini belirtecektir (101).

Planlama ve Girişimler

Cinsel problemleri ele alan hemşirelik müdahaleleri genellikle, hastaya bilgi sağlayarak, bireyin bilinç durumunu arttırarak, endişe ve kaygıları açıklığa kavuşturarak bireye yardımcı olmayı amaçlar. Müdahaleler planlanırken, hemşire hastayı ve hastanın izniyle cinsel partnerini değerlendirmelidir. Hedefleri hasta seçmelidir. Cinselliğin bireyler arası doğası nedeniyle hedeflerin gerçekçi olup olmadığını ya da karşılıklı olarak istenip istenmediğini belirlemek için düzenli şekilde yeniden yapılmalıdır.

Genel Girişimler

- Cinsel yaşama ilişkin öykü alınmalıdır.
- Cinsellik ve cinsel fonksiyonlar hakkında, kendini rahatsız edebilen konularda soru sorması için birey cesaretlendirilmelidir. Hemşireler, bireylerin kendi problemlerini anlamasına ve sorunların çözümünde etkili yöntemleri keşfetmesine yardımcı olarak cinsel ilişkiyi teşvik etmelidir
 - Partneri ile ilişkisini inceleyip, tanımlaması sağlanmalıdır (92).
 - Hasta ve partneri, görüşme boyunca problemlerinden bahsetmeye teşvik edilmelidir.
 - Hasta ve partneri ile cinsel tatmin sağlamanın alternatif yönleri (kucaklama, öpme, sarılma) tartışılmalıdır ve gerçekçi bilgi materyali sağlanmalıdır (103).
 - Cinsel işlevler, bir vücut parçasının kaybı ya da değişiminden etkileniyorsa:
 - ~ Bireyin ve partnerin kayıba uyum düzeyi tanılanmalıdır.
 - ~ Kayıba karşı yaşanan tepkilerin normal olduğu açıklanmalıdır.
 - ~ Endişeleri partnerle paylaşmanın gerekliliği açıklanmalıdır.
 - Beden imajını değiştirecek cerrahi girişimlerin yapıldığı bireylerin (örneğin mastektomi ya da kolostomi) cinsellik algılarında da değişiklik kaçınılmazdır (104). Bu hastalarda cinsel aktivitenin sürdürülmesinin desteklenmesi önemlidir. Bunun hastanın da gereksinimi olduğunun farkına varmasını sağlamak üzere plan yapılmalıdır
 - Cinsel aktiviteden doyum almanın önündeki engeller ve nedenleri tanımlanmalıdır.
 - Cinsel fonksiyonlara ilişkin ilgi, aktivite, tutum ve bilgiler incelenip tanımlanmalıdır.
 - Kronik hastalıkların cinsel işlev üzerine olan etkileri tartışılmalıdır.
 - Genel sağlık hizmetinin bir parçası olarak hastalık ya da tedavinin etkilerinden kaynaklanan fizyolojik değişikliklerin detayları anlatılabilir. Bu davranış hastayı kişisel fonksiyonu ile ilgili kaygılarını dile getirmeye ya da bu kaygılar ile ilgili sorular yöneltmeye cesaretlendirir (92).
 - Tıbbi tanının genel sağlık üzerine olan etkisine ve cinsel fonksiyona etkisine ilişkin kesin bilgi sağlanmalıdır (103).
 - Cinsel fonksiyon bozukluğu ilaç tedavisi ile ilişkili ise alternatif yöntemler incelenmelidir.
 - Çocuk doğurma yaşındaki hastalar ile cinsel sağlık tartışılırken hastanın doğum kontrolü ile ilişkili kültürel ve dini inanışları göz önünde bulundurulmalıdır. Görüşmede çocuğu isteme dereceleri, olağan cinsel uygulamalar ve kabul edilebilir doğum kontrol yöntemleri yer alabilir. Doğum kontrol yöntemleri eğitimlerinde cinsel ilişki sıklığının ya da cinsel ilişki zamanının ayarlanması, genital dokunmalarda rahatsızlık duyulmaması ve cinsel faaliyetin kesintiye uğramasından rahatsızlık duyulmaması yer almalıdır. Aile planlaması yöntemi için gerekli olan bilgiyi sağlamak üzere tüm doğum kontrol yöntemleri gözden geçirilmelidir (92). Gerekli ise sağlık eğitimi başlatılmalı, hastaya uygun bilgi sağlanmalı ve gerekli yerlere yönlendirilmelidir (103).

Hastanın cinsel yaşam özellikleri değişikliklerini ya da cinsel fonksiyon bozukluklarını ele alan hemşirelik müdahaleleri; hastanın bilinç seviyesini artırır, konuya ilişkin durum ya da kaygıların açıklığa kavuşturulmasına yardımcı olarak gerekli bilgiyi sağlar. Cinsel işlev değişiklikleri bulunan hastalara ya da cinsel sağlık eğitimi gereksinimi içerisinde olan bireylere sağlanacak olan sağlık hizmetinin değerlendirilmesinde, hastanın beklentilerinin karşılanıp karşılanmadığı belirlenmelidir. Sağlık hizmetinin ilerleme süreci belirlendikten sonra hastaya hemşirelik hizmetinin etkili ve destekleyici olup olmadığı sorulmalıdır. Ayrıca hastaya danışmanlık sağlama sürecinde kısıtlamalara neden olan herhangi bir bireysel faktörden haberdar olunmalıdır (92).

1976 yılında bir davranışçı psikolog olan Jack Annon tarafından oluşturulan PLİSSİT modeli, yararlı bir cinsel danışma ve tedavi metodu olup, sağlık personelinin, profesyonel biçimde konuları tartışmalarını destekleyen, aynı zamanda mesleklerin eğitimlerinin ötesinde fonksiyon görenek birbirlerinin alanlarında meydana gelecek tekrarları önlemek için sınırları belirleyen bir modeldir. Bu model dört terapötik girişim aşamasından oluşur. Bu modelin özel bir değeride, kolay uygulanabilir ve oluşturulmasından bu yana 20 yıldır güncelliğini yitirmemiş olmasıdır. Bu modelin ilk 3 aşaması kullanılarak, cinsel sorunların ortalama % 80-90'ıyla başa çıkılabilir. PLİSSİT modeli şu şekildedir:

İzin vermek (Permission): Bu aşamada hemşire kendine ve hastaya cinsellikle ilgili problem ve endişeleri tartışması için izin verir. Hemşirenin istekliliği, bireylerin gerilim ve anksiyetesini azaltmaya yardım eder(105). Hastanın duygularını değerli hale getirir, hastanın cinsel olarak hissettiklerinin belirlenmesini sağlar ve cinsel problemleriyle başa çıkabilmesine izin verir (26). Örneğin; hasta seksteki bazı pozisyonların sapıkça olup olmadığını öğrenmek ister. Hemşire de buna karşılık bazı insanlar sekste farklı pozisyonlar uygulamaktan hoşlanır. Bazı pozisyonlar diğerlerine göre daha tatmin edici olabilir. Sen ve senin partnerin için en uygun pozisyonu uygulayabilirsin şeklinde bilgi verir (99).

Sınırlı bilgi (Limited Information): Bu aşamada hastaya, doğrudan kendi sorunu ile ilgili özel bilgi sağlanır. Bu bilgi hastada özellikle cinsellikle ilgili potansiyel negatif davranış ve düşüncelerde değişiklik yapmasına yardımcı olabilir. Sınırlı bilgi sağlama izin verme aşamasına göre daha çok bilgi içerir. Hastalar sıklıkla normal davranış ya da kabuledilebilir davranışın ne olduğu ile ilgilenirler (105). Bu aşama, hastanın cinsel fizyoloji ve davranışlar hakkında bilgilenmesini sağlar. Yanlış inançları düzeltme ve ilgileri açığa çıkarmada gerçek bilgiyi sağlar (26, 98).

Spesifik Öneriler (Specific Suggestions): Modelin bu aşaması, hastada davranış değişikliği oluşturmak için özel çaba gerektirir ve belli hedeflere ulaşmak için özel problemlerle ilgili direkt bilgi sağlanır. Bu özel durumlar gebelik, lohusalık ya da histerektomi sonrasında cinsellik olabilir. Bu aşama, problem çözme planları ya da özel medikal müdahale gerektirir. Öneriler hastanın endişelerinin azalmasına ve problemlerini yeniden düşünmesine yardım eder (105). Hastanın cinsel eğilimleri ve uygulamaları ile ilgili tekrardan özel olarak bilgilendirilmesini içerir. Çözülmemiş konularda uzmanlara gönderme için sevk gerekir (26, 98). Cinsel fonksiyon ve

danışmanlık konusunda özel eğitim alan hemşireler, daha kapsamlı cinsel ilişki terapisi sağlayabilirler.

Yoğun tedavi (Intensive Therapy): Yoğun tedavi; ilk üç girişim seviyelerinde cevap vermeyen, yoğun bireysel ya da çift tedavisine gereksinim duyan hastalar için kullanılır. Cinsel fonksiyon bozukluğu olan kadınlarla çalışan hemşireler bu modelin ilk üç aşamasını kullanabilirler ve gereksinime göre kadını daha üst tedavilere yönlendirebilirler (26, 98)

Sağlık ekibinin vazgeçilmez üyelerinden biri olan hemşirelerin, holistik yaklaşım çerçevesinde, insanların önemli, fakat göz ardı edilen gereksinimlerinden olan cinselliğe yönelik kapsamlı bakım verme sorumlulukları vardır. Bu bağlamda hemşireler hastayı bilgilendirmek ve sorunu çözebilmek için eğitimlik ve danışmanlık rollerini yerine getirmelidir.

GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu çalışma, Antalya il merkezinde bulunan evli kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu sıklığının saptanması ve sosyodemografik faktörlerle ilişkisinin belirlenmesi amacı ile tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma; şehir merkezinde bulunan, şehir merkezi özelliklerini temsil eden 2 No'lu Sağlık Ocağı ve gecekondu bölgesi özelliklerini temsil eden 17 No'lu Selahattin Topçu Sağlık Ocağı bölgesinde, Ekim 2005 ve Mart 2006 tarihleri arasında altı aylık bir süreçte gerçekleştirilmiştir.

Çalışmada, 2005 verilerine göre kentsel özellikleri temsil eden Antalya Merkez 2 no'lu Sağlık Ocağı'na bağlı olan bölge nüfusu 44753 kişidir. 15–49 yaş grubunda 13859 kadın bulunmaktadır. Bölgedeki nüfus artış hızı binde 2.3'dür. Bölgedeki ortalama hane halkı büyüklüğü 2.87'dir. (106)

Gecekondu özelliklerini temsil eden Antalya Merkez 17 No'lu Selahattin Topçu Sağlık Ocağı'na bağlı olan bölge nüfusu 41232 kişidir. 15–49 yaş grubunda 12702 kadın bulunmaktadır. Bölgedeki nüfus artış hızı binde 11.18'dir. Bölge hem apartman, hem de gecekondu tipi yapı içermektedir. Bölgedeki ortalama hane halkı büyüklüğü 3.78'dir. (106)

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Bu çalışma, Antalya ili merkezde bulunan iki sağlık ocağına kayıtlı 15–49 yaş grubu kadınlarda tanımlayıcı bir alan çalışması olarak yapılmıştır. Sosyoekonomik ve kültürel farklılıkların etkilerini ortaya koyabilmek için bir merkez sağlık ocağı ile gecekondu bölgesinde bulunan diğer bir sağlık ocağı rastgele belirlenmiştir. Örneklemi oluşturacak kadın sayısını saptamak için Med Calc istatistik paket programı kullanılmıştır (107). Bu hesaplamada $\alpha=0.05$ ve $\text{power}=0.90$, toplumda kadın cinsel fonksiyon bozukluğu görülme oranı olan $P: 0.40$ olarak alınmış ve sonuçta 500 denek üzerinde çalışılması uygun görülmüştür. Fakat araştırmanın gücünü artırmak için her iki sağlık ocağı bölgesinden 300'er kişi olmak üzere toplam 600 kişi araştırma kapsamına alınmıştır. İlgili sağlık ocaklarında bu yörede yaşayan insanların Ev Halkı Tespit Formu (ETF) bulunduğu için örnekleme, kayıta dayalı sistematik örnekleme yöntemi kullanılmıştır.

Örneklemin kısıtlılıkları: Örnekleme; 15–49 yaşında, en az bir yıldır evli, menapoza girmemiş, kronik hastalığı bulunmayan ve sürekli olarak belirgin bir ilaç kullanmayan kadınlar alınmıştır.

3.4. Verilerin Toplanması ve Kullanılan Ölçek

Araştırmada uygulama yapılacak olan sağlık ocağı bölgeleri belirlendikten ve Antalya İl Sağlık Müdürlüğü'nden gerekli izinler alındıktan sonra (Ek-1) verilerin toplanması aşamasına geçilmiştir. Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından geliştirilen anket formu (Ek-2) ile Kaplan, Reis ve arkadaşları (1999) tarafından geliştirilen ve 9 sorudan oluşan “Kadın Cinsel Fonksiyon Sorgulama İndeksi” (IFSF) (Ek-3) kullanılmıştır (108). Bu indeks ile kadının son dört haftadaki cinsel fonksiyon durumu sorgulanmaktadır.

Araştırmadaki IFSF sorularının yanıtlarında her bir soruya eşit puan verilmemiştir. İndeksin ilk üç sorusunun altı maddesi olup, 0'dan 5'e kadar (birinci madde sıfır olmak üzere, diğerlerine sırasıyla 1, 2, 3, 4, 5 olarak puan verilmiştir), diğer altı sorunun ise 5 maddesi olup 1'den 5'e kadar puanlandırılmıştır. Araştırmadan alınan en yüksek puan 45, en düşük puan 6 olup, toplam puan 45'dir. Araştırmada cinsel fonksiyona ilişkin puanların daha iyi kavranabilmesi için puanlar dört gruba ayrılmış ve derecelendirilmiştir. Bu derecelendirmeye göre;16'dan düşük puan (çok düşük), 16–25 puan (düşük), 26–34 puan (orta), 35 puan üzeri (yüksek) olarak değerlendirilmiştir.

Bu derecelendirmede IFSF puanı düşük olan grupta CFB görülme oranı en yüksek, IFSF puanı yüksek olan grupta ise CFB görülme oranı en düşük olarak değerlendirilmektedir. Kısaca ters bir ilişki vardır. Puan düştükçe CFB görülme oranı yükselmektedir.

3.4.1. Soru Formunun Geliştirilmesi

Araştırmada kullanılan anket formu iki bölümden oluşmuştur. İlk bölümde kadınların sosyo-kültürel ve bireysel özelliklerine ilişkin 23 soru (Ek-2) bulunmaktadır. İkinci bölümde ise Kaplan, Reis ve arkadaşları (1999) tarafından geliştirilen ve 9 sorudan oluşan “Kadın Cinsel Fonksiyon Sorgulama İndeksi” bulunmaktadır (108) (Ek-3). Kullanılan ölçek, Yılmaz ve Yıldız (2004) tarafından, Türkiye'de geçerlilik-güvenilirliği yapılmış bir ölçektir (109). Araştırmacı çalışmada kullanacağı soruları belirledikten sonra, anket formunda yer alacak olan soru sayıları ve sıraları konusunda beş uzman görüşüne başvurulmuştur.

3.4.2. Ön Uygulama

Hazırlanan soru formunda yer alan soruların işlerliğini test etmek amacıyla Antalya İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı 23 No'lu Sağlık Ocağı bölgesinde bulunan 15–49 yaş grubu, 30 evli kadın üzerinde ön uygulama yapılmış ve ardından gerekli düzenlemeler yapılarak soru formuna son şekli verilmiştir. Ön uygulama yapılan formlar araştırmaya dahil edilmemiştir.

3.4.3. Soru Formunun Uygulanması

Soru formları katılımcılara verilmeden önce araştırmacı kendini tanıtmış (Adı, soyadı, çalıştığı kurum), araştırmanın amacı ve süresi konusunda bilgi vermiş (Ek-2), sözlü onaylarını almıştır. Katılımcılara gönüllü olacağı ve isterlerse çalışmadan ayrılacakları söylenmiştir. Katılımcılara soru formuna isimlerinin yazılmayacağı, bilgilerin güvenli bir şekilde saklanacağı ve yalnızca araştırma amacıyla kullanılacağı konusunda bilgi verilmiştir. Katılımcılara evlerinde ulaşılmış ve formlar araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile doldurulmuştur. Kadının gizliliğinin sağlanması ve rahatlığı için tek başına olmasına dikkat edilmiştir. Kadının boy ve kilosuna ilişkin bilgi, kendi söylemine dayanarak doldurulmuş, araştırmacı tarafından ölçülmemiştir. Her bir anket formunun araştırmacı tarafından doldurulması, yaklaşık 15 dakika sürmüştür.

3.4.4. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin analizinde SPSS 13.0 paket program kullanılmıştır. Ölçeğin güvenilirliği için Cronbach Alfa katsayısı hesaplanmış ve cronbach alpha= .907 bulunmuştur. Bağımsız değişkenlerin cinsel fonksiyon puanları yönünden karşılaştırılmalarında; ikili grupların analizinde Students t testi (110), ikiden fazla alt grupu olan değişkenlerin cinsel fonksiyon puanları yönünden karşılaştırılmalarında tek yönlü varyans analizi (ANOVA) yapılmıştır. Bu test sonucunda gruplar arasında fark bulunduğu farklılığın hangi ikili gruplardan kaynaklandığını ortaya çıkarmak içinde Scheffe testi uygulanmıştır (111).

3.5. Araştırmanın Sınırlılıkları

15- 49 yaş grubu kadınlarda CFB yaygınlığını ve bazı sosyodemografik faktörlerle ilişkisinin araştırıldığı bu çalışma, bazı sınırlılıkları da beraberinde getirmiştir. Araştırmanın sınırlılıkları arasında, verilerin toplanması sırasında soruların direk kadınlara yöneltilip, gözlem yapmaya olanak sağlamaması yer almaktadır. Araştırma ileri yaş gruplarında uygulanmamış, katılan kadınlarda ise premenopozal dönemde olup olmadıkları saptanamamıştır. Ayrıca araştırmaya sadece kadınlar alınmış, eşleri alınmamıştır.

3.6. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Araştırmanın bağımsız değişkenleri; soru formundaki demografik özellikleri gösteren sorular; yaş, boy, kilo, eğitim durumu, eş eğitim durumu, çalışma durumu, meslek, eş mesleği, evlilik süresi, 14 yaşına kadar yaşanan yerleşim birimi, aile tipi, evlilik biçimi, evdeki oda sayısı, özel oda bulunma durumu evde yaşayan kişi sayısı, gelir miktarı, gebelik sonlanma biçimi, doğum sayısı, çocuk sayısı, doğum şekli, menstural siklus düzeni, sigara kullanma durumu ve kadınların kullandıkları aile planlaması yöntemi ve yerleşim yeridir.

Araştırmanın bağımlı değişkenleri ise çalışmada kullandığımız ölçek soruları ve bu soruların puan toplamalarından oluşan IFSF puanıdır.

BULGULAR

Bu çalışmada; kadınlarda görülen cinsel fonksiyon bozukluğu sıklığını araştırmak için 15–49 yaş grubunda olan 600 kadınla görüşülmüştür. Toplanan veriler sonucunda, kadınların ve eşlerinin bazı sosyo-demografik özellikleri incelenerek tablo 4.1’de gösterilmiştir.

4.1. Katılımcıların Tanıtıcı Özellikleri

Tablo 4.1.a Kadınların Bazı Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı (n:600)

Özellikler	Sosyodemografik Özelliklerin Dağılımı	
	Sayı	%
Yaş		
15-19	18	3.0
20-24	80	13.3
25-29	136	22.7
30-34	130	21.7
35-39	106	17.6
40 Yaş Ve Üzeri	130	21.7
Eğitim Durumu		
Okur Yazar Olan -Olmayan	15	2.5
İlkokul	158	26.3
Ortaokul	84	14.0
Lise	170	28.4
Yüksekokul	173	28.8
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	243	40.5
Çalışmıyor	357	59.5
Meslek Durumu		
Çalışmıyor-Emekli	357	59.5
Memur	144	24.0
İşçi	32	5.3
Serbest	67	11.2
Aile Tipi		
Çekirdek	570	95.0
Geniş	30	5.0
14 Yaşına Kadar Yaşadığı Yer		
Köy – Kasaba	185	30.8
Şehir- Büyükşehir	415	69.2
Evlilik Şekli		
Tanışarak	392	65.3
Görücü Usulü	208	34.7
Evlilik Süresi (Yıl)		
1- 5	181	30.1
6- 10	161	26.8
11- 15	103	17.2
16- 20	85	14.2
21 Ve Üzeri	70	11.7
Evde Özel Oda Bulunma Durumu		
Var	590	98.3
Yok	10	1.7

Tablo 4.1.a'nın Devamı.....

Özellikler	Sosyodemografik Özelliklerin Dağılımı	
	Sayı	%
Evdeki Oda Sayısı		
1- 2	45	7.5
3- 4	512	85.3
5 ve Üzeri	43	7.2
Evde Yaşayan Kişi Sayısı		
2	86	14.3
3	203	33.9
4	227	37.8
5 ve Üzeri	84	14.0
Aylık Gelir Düzeyi		
0-400 Ytl	24	4.0
401-800 Ytl	198	33.0
801-1200 Ytl	126	21.0
1201-1600 Ytl	92	15.3
1601 ve üzeri	160	26.7

Tablo 4.1.a'da katılımcılara ilişkin tanıtıcı özellikler verilmiştir. Katılımcıların yaşları 17 ile 49 arasında değişmekte olup, yaş ortalaması 32.48 ± 7.49 'dur. Kadınların yaş gruplarına göre dağılımları incelendiğinde; kadınların %22.7'sinin 25–29 yaş grubunda ve % 21.7'sinin 40 yaş ve üzerinde olduğu görülmektedir. Kadınların eğitim düzeyine göre dağılımları incelendiğinde ise lise ve üniversite mezunlarının çoğunlukta olduğu (sırasıyla %28,4 ve %28,8) belirlenmiştir. Katılımcıların çalışma durumuna bakıldığında, % 40,5'inin çalıştığı ve en büyük grubu memurların oluşturduğu belirlenmiştir (%24).

Tablo 4.1.a'nın devamında, araştırmaya katılan kadınların % 95'inin çekirdek aile olduğu ve % 69,2'sinin en uzun süre yaşadıkları yerin, büyük şehir ya da şehir olduğu görülmektedir. Kadınların % 65.3'ü tanışarak evlendiğini belirtmiş olup, %11,7'si 21 yıl ve üzerinde evlidir. Araştırmaya katılan kadınların %85,3'ü 3–4 odalı evlerde oturmakta olup % 98,3'ünün özel yatak odası bulunmaktadır. Kadınların gelir düzeyleri incelendiğinde aylık gelirin 150 YTL ile 10.000 YTL arasında değişmekte olduğu ve ortalama gelirin 1385 YTL olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.1.b. Kadınların Eşlerinin Bazı Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı

Özellikler	Sosyodemografik Özelliklerin Dağılımı	
	Sayı	%
Eşinin Eğitim Durumu		
Okur Yazar Olan- Olmayan	6	1.0
İlkokul	117	19.5
Ortaokul	78	13.0
Lise	209	34.9
Yüksekokul	190	31.6
Eşinin Meslek Durumu		
Çalışmıyor- Emekli	41	6.8
Memur	158	26.4
İşçi	119	19.8
Serbest	282	47.0

Araştırmaya katılan kadınların eşlerinin eğitim durumu incelendiğinde ise % 34.9'unun lise ve % 31.6'sının üniversite ve üzeri bir eğitime sahip olduğu görülmektedir. Bu sonuçlara göre evli çiftlerde erkeğin eğitim durumunun kadınlara göre daha yüksek olduğu dikkati çekmektedir. Kadınların eşlerinin meslekleri incelendiğinde ise en büyük grubu serbest çalışanların oluşturduğu belirlenmiştir (%47).

Tablo 4.2. Katılımcıların Obstetrik Durumlarına İlişkin Özelliklerinin Dağılımı (n:600)

Özellikler	Obstetrik Özelliklerin Dağılımı	
	Sayı	%
Son Gebelik Sonlanma Şekli (n:537)		
Canlı doğum	389	72.4
Ölü doğum	24	4.5
Kürtaj	89	16.6
Düşük	35	6.5
Toplam Doğum Sayısı (n:525)		
1	196	37.3
2	232	44.2
3 ve üzeri	97	18.5
Toplam Yaşayan Çocuk Sayısı (n:521)		
1	200	38.4
2	243	46.7
3 ve üzeri	78	14.9
Doğum Şekli		
Sezaryen	232	38.7
Vajinal- müdahaleli	293	48.8
Doğum yapmadı	75	12.5
Aile Planlaması Yöntemi Kullanma Durumu		
Etkin yöntem	365	60.8
Etkin olmayan yöntem	159	26.5
Yöntem kullanmıyor	76	12.7
Menstruasyon Durumu		
Düzenli	476	79.3
Düzensiz	124	20.7
Sigara Kullanma Durumu		
Kullanıyor	231	38.5
Kullanmıyor	369	61.5
Beden Kitle İndeksi*		
>24 (hafif)	336	56.0
24-29 (orta)	208	34.7
30< (ağır)	56	9.3

* BKİ = Ağırlık (kg)/ Boy² (m) formülü ile hesaplanmış ve gruplandırılmıştır.

Tablo 4.2.'de katılımcıların sağlık durumlarına ilişkin özellikleri verilmiştir. Araştırmaya alınan kadınların %89.5'i gebelik deneyimlemiş ve bunların %72.4'ünün son gebelikleri canlı doğumla sonuçlanmıştır. Doğum deneyimleyen kadınların %18.5'inin üç ve daha fazla doğum yaptığı saptanmış olup, %14.9'u üç ve üzerinde çocuğa sahiptir.

Kadınların doğum yapma şekli incelendiğinde, vajinal-müdahaleli doğum %48,8 ile birinci sırada yer aldığı görülmüştür. Araştırmaya katılan kadınların aile planlaması yöntemi kullanma durumları incelendiğinde; kadınların %87,3'ü bir yöntemle korunuyor olup, etkin yöntemler %60,8 ile ilk sırada yer almaktadır. Kadınların % 79,3'ünün menstruasyonu düzenli olduğu saptanmıştır.

Kadınların sigara kullanma durumları incelendiğinde; kadınların sigara kullanma oranının %38,5 olduğu saptanmıştır.

4.2. Kadınların IFSF (Cinsel Fonksiyon Sorgulama İndeksi) Puan Ortalamalarına Göre İncelenmesi

Araştırmaya katılan kadınların, IFSF sorularına verdikleri yanıtlardan aldıkları toplam puanlar incelenmiş ve Tablo 4.3’de gösterilmiştir.

Tablo 4.3 Kadınların IFSF Puan Aralıklarına Göre Dağılımı (n:600)

IFSF Puan Aralıkları	n	%
16’den küçük (çok düşük)	41	6.8
16-25 arası (düşük)	99	16.5
26-34 arası (orta)	279	46.5
35’ten büyük (yüksek)	181	30.2

Tablo 4.3’de kadınların IFSF’e verdiği yanıtlardan aldıkları toplam puanlar gösterilmiştir. Puanlar yükseldikçe cinsel fonksiyon bozukluğu görülme oranı düşmektedir. Buna göre kadınların %46,5’i IFSF’den 26 ile 34 arasında puan alarak, cinsel fonksiyon düzeyleri orta olarak değerlendirilmiştir.

4.2.1 Kadınların ve Eşlerinin Sosyodemografik Özelliklerine Göre IFSF Puan Ortalamalarının İncelenmesi

Tablo 4.4.a Kadınların IFSF Puan Ortalamalarının Bazı Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı (n:600)

Özellikler	IFSF Puan Dağılımları			
	n	\bar{X}	ss	İstatistiksel Analiz Sonucu
Yerleşim Yeri				
Kent Merkezi	300	31.7	7.99	F: 1.976 P: 0.000
Gecekondu Bölgesi	300	29.1	8.38	
Yaş				
15-24	98	32.5	7.95	F:9.837 P:0.000
25-29	136	31.4	7.99	
30-34	130	31.7	6.94	
35-39	106	30.0	7.77	
40+	130	26.7	9.37	
Eğitim Durumu				
Okuryazar-ilkokul	173	27.7	8.70	F:15.153 P: 0.000
Ortaokul	84	28.7	8.14	
Lise	170	31.0	8.53	
Yüksekokul	173	33.2	6.54	
Çalışma Durumu				
Çalışıyor	243	32.0	7.66	t: 4.034 P :0.000
Çalışmıyor	357	29.3	8.51	
Meslek Durumu				
Çalışmıyor-Emekli	357	29.3	8.51	F:8.769 P:0.000
Memur	144	33.0	7.26	
İşçi	32	28.0	8.73	
Serbest	67	32.0	7.42	
Toplam Aylık Gelir				
0-400YTL	24	26.8	8.87	F:5.150 P:0.000
401-800YTL	198	29.3	8.14	
801-1200YTL	126	29.7	8.81	
1201-1600YTL	92	30.7	8.03	
1601 YTL ve üzeri	160	32.6	7.64	
Sigara Kullanma Durumu				
Kullanıyor	324	29.8	8.92	T:2.001 P:0.046
Kullanmıyor	276	31.1	7.41	
Beden Kitle İndeksi				
Hafif	336	31.5	8.11	F:6.751 P:0.001
Orta	208	28.9	8.60	
Ağır	56	29.1	7.21	

Tablo 4.4.a’da kadınların bazı sosyodemografik özelliklerine göre aldıkları IFSF puan ortalamalarının dağılımı gösterilmiştir.

Kadınların yaşadıkları yerleşim yeri ile IFSF puan ortalamalarına bakıldığında gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu görülmektedir. Bu fark incelendiğinde, kent merkezinde yaşayan kadınların puanının (31.68), gecekondu bölgesindekilere (29.10) göre daha yüksek puan olduğu belirlenmiştir. Bu da kent merkezinde yaşayan kadınlarda CFB görülme oranının daha düşük olduğunu göstermektedir.

Kadınların yaş gruplarına göre aldıkları puan ortalamalarına bakıldığında, gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu görülmektedir. En yüksek puanı (32.52) 15-24 yaş grubu alırken, en düşük puanı (26.75) 40 ve üzeri yaş grubu almıştır. Gruplar arasındaki fark ikili karşılaştırmalarla incelenmiş (Scheffe testi) ve bu farkın 40⁺ yaş grubu ile 15-24, 25- 29 ve 30-34 yaş grupları arasında olduğu saptanmıştır (p<0.01). Yaş arttıkça CFB görülme oranında artış olduğu görülmektedir.

Çalışmada kadınların eğitim düzeyine bakıldığında; en yüksek puanı (33.23) yüksekokul alırken, en düşük puanı (27.75) okur yazar-ilkokul grubu almıştır. Kadınların eğitim düzeyi ile IFSF puan ortalamaları karşılaştırıldığında ise gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur (p< 0,01). Bu gruplar arasındaki fark ikili karşılaştırmalarla incelenmiş (Scheffe testi) ve eğitim durumu okuryazar-ilkokul olanlarla lise, yüksekokul olanlar ile okuryazar-ilkokul ve ortaokul olanlar arasında olduğu saptanmıştır (p<0.05). Eğitim düzeyi düşük olan kadınlarda CFB görülme oranı daha yüksektir.

Araştırmada kadınların çalışma durumları ile IFSF puan ortalamaları arasında istatistiksel bir fark olduğu, bu farkın çalışan kadınların IFSF puan ortalamalarının anlamlı düzeyde yüksek olmasından kaynaklandığı saptanmıştır (p<0.01). Çalışan kadınlarda IFSF puan ortalaması 32.02 iken çalışmayan kadınlarda 29.28 bulunmuştur.

Çalışmada kadınların meslekleri ile IFSF puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0.01). Meslek grupları arasındaki farkın memur olan grup ile çalışmıyor-emekli ve işçi grupları arasında olduğu saptanmıştır (p<0.05). Çalışan kadınlarda en yüksek puan ortalamasını memur (32.97), en düşük olanı ise işçi grubu (28.00) almıştır. Bu sonuca göre memurlarda CFB görülme oranı daha düşüktür.

Çalışmada kadınların aldıkları IFSF puan ortalamaları ile aylık gelirleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (p< 0,01). Bu farkın 1601 YTL ve üzerinde geliri olanlarla 0-400 YTL ve 401-800YTL arasında olduğu bulunmuştur (p<0.05). Ailede gelir düzeyi arttıkça kadınlardaki CFB görülme oranında azalma görülmektedir.

Tabloda kadınların sigara kullanıp kullanmama durumlarına göre IFSF puanlarının dağılımı verilmiştir. Çalışmada kadınların sigara kullanma durumlarına göre aldıkları IFSF puan ortalamaları karşılaştırılmış ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p< 0.05). Sigara içen kadınlarda IFSF puan ortalaması 29.77 iken sigara içmeyenlerde 31.12 bulunmuştur.

Araştırmada kadınların ait oldukları BKİ grupları ile IFSF puan ortalamaları karşılaştırılmış ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur. Bu fark ikili karşılaştırmalarla incelenmiş (Scheffe testi) ve farkın BKİ puanı hafif olan grup (31.48) ile orta olan grup (28.97) arasında olduğu saptanmıştır (p<0.05). Buna göre BKİ arttıkça kadınlarda CFB görülme oranında da artış olabileceği görülmektedir.

Tablo 4.4.b Kadınların IFSF Puan Ortalamalarının Eşlerinin Bazı Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Özellikler	IFSF Puan Dağılımları			
	n	\bar{X}	ss	İstatistiksel Analiz Sonucu
Eşin Eğitim Durumu				
Okur yazar-ilkokul	123	27.3	8.90	F:11.401 P:0.000
Ortaokul	78	28.8	8.36	
Lise	209	31.0	7.95	
Yüksekokul	190	32.4	7.51	
Eşin Meslek Durumu				
Çalışmıyor-Emekli	41	28.0	9.39	F:5.552 P:0.001
Memur	158	32.5	7.16	
İşçi	119	29.3	7.77	
Serbest	282	30.0	8.70	

Tablo 4.4.b’de kadınların, eşlerinin bazı sosyodemografik özelliklerine göre aldıkları IFSF puan ortalamalarının dağılımı gösterilmiştir.

Çalışmada kadınların eşlerinin eğitim durumlarına göre IFSF puan ortalamaları karşılaştırılmış ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Gruplar arasındaki farkın, eğitim durumu okuryazar-ilkokul (27.28) olanlarla lise (31.01) arasında olduğu saptanmıştır. Ayrıca eğitim durumu yüksekokul olanlar (32.39) ile okuryazar-ilkokul ve ortaokul (28.77) olanlar arasında IFSF puan ortalamaları yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Buna göre kadının eşinin eğitim durumu yükseldikçe CFB oranında düşme olduğu görülmektedir.

Araştırmada eşlerin meslekleri ile IFSF puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.01$). Bu fark ikili karşılaştırmalarla incelenmiş (Scheffe testi) ve memur olan grup (32.50) ile çalışmıyor-emekli (28.00), işçi (29.30) ve serbest (30.02) olan gruplar arasında IFSF puan ortalamaları yönünden bir fark olduğu gözlenmiştir ($p<0.05$).

4.2.2 Kadınların IFSF Puan Ortalamalarının Yerleşim Yeri ve Aile Özelliklerine Göre İncelenmesi

Tablo 4.5 Kadınların IFSF Puan Ortalamalarının Yerleşim Yeri ve Aile Özelliklerine Göre Dağılımı
(n: 600)

Özellikler	IFSF Puan Dağılımları			
	n	\bar{X}	ss	Analiz Sonucu
14 Yaşına Kadar Yaşadığı Yerleşim Birimi				
Köy	185	28.2	7.87	t: 4.370
Şehir	415	31.4	8.29	p: 0.000
Aile Şekli				
Çekirdek	570	30.5	8.26	t: 1.035
Geniş	30	28.9	8.79	p: 0.301
Evlilik Şekli				
Görücü	208	27.8	8.13	t: 5.643
Tanışarak	392	31.7	8.05	p: 0.000
Evlilik Süresi (yıl)				
1-5	181	32.3	7.83	F:11.714 p: 0.000
6-10	161	31.1	7.54	
11-15	103	31.0	7.43	
16-20	85	28.3	8.80	
21 ve üzeri	70	25.3	9.20	
Oda Sayısı				
1-2	45	30.5	7.83	F: 0.272 p: 0.762
3-4	512	30.3	8.33	
5 ve üzeri	43	31.3	8.37	
Evdeki kişi sayısı				
2	86	33.3	8.82	F:8.603 p:0.000
3	203	31.0	7.92	
4	227	30.0	7.69	
5 ve üzeri	84	27.1	9.01	
Özel Oda				
Var	590	30.4	8.29	MW-U:2309.50 P: 0.238
Yok	10	27.7	7.76	

Tablo 4.5’de görüldüğü gibi kadınların aile tipi, evdeki oda sayısı ve özel oda bulunma durumuna göre aldıkları IFSF puan ortalamaları karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0.05$).

Kadınların 14 yaşına kadar yaşadıkları yerleşim birimine göre IFSF puan ortalamaları karşılaştırılmış ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,01$) (Tablo 4.5). Köyde yaşayan kadınlarda IFSF puan ortalaması 28.21 iken, kentte yaşayanlarda 31.36 bulunmuştur. Bu bulguya göre köyde yaşayan kadınlarda, kente göre CFB görülme oranı daha yüksektir.

Çalışma sonucunda kadınların evlenme şekline göre aldıkları IFSF puan ortalamaları karşılaştırılmış ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark

olduğu saptanmıştır ($p<0,01$). Tanışarak evlenenlerde CFB görülme oranı diğerlerine göre daha azdır.

Kadınların evlilik süresi grupları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p< 0.05$). Bu farkın 21⁺ yıl (25.27) ile 1–5 (32.31), 6–10 (31.15), 11–15 yıl (31.03) grupları arasında, ayrıca 1–5 yıl (32.31) ile 16–20 yıl (28.32) grupları arasında olduğu saptanmıştır. Evlilik süresi arttıkça CFB görülme oranında da anlamlı bir artış olduğu görülmektedir.

Araştırmada kadınların evinde yaşayan kişi sayısı ile aldıkları IFSF puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır. Bu farkın iki kişi (33.26) ile dört (29.99), beş ve üzeri (27.13) kişi arasında, üç kişi (30.98) ile beş ve üzeri (27.13) kişi arasında olduğu bulunmuştur. Evde yaşayan kişi sayısı arttıkça kadınlarda CFB görülme oranı da artmaktadır.

4.2.3 Kadınların Obstetrik Özelliklerine Göre IFSF Puan Ortalamalarının İncelenmesi

Tablo 4. 6. Kadınların Obstetrik Özelliklerine Göre IFSF Puan Ortalamalarının Dağılımı (n:600)

Obstetrik Özellikler	IFSF Puan Dağılımları			
	n	\bar{X}	ss	İstatistiksel Analiz Sonucu
Menstruasyon Durumu				
Düzenli	476	31.0	7.93	t: 3.848
Düzensiz	124	27.9	9.11	P: 0.000
Aile Pl. Yönt. Kul.Durumu				
Etkin Yöntem Kullanıyor	365	30.7	7.62	t:1.129
Etkin Yöntem Kullanmıyor	159	29.5	9.05	P:0.324
Yöntem Kullanmıyor	76	30.8	9.55	
Son Gebeliğin Sonucu (n:537)*				
Canlı Doğum	389	30.6	7.91	
Ölü Doğum	24	22.9	9.07	F: 7.613
Kürtaj	89	28.8	8.06	P: 0.000
Düşük	35	30.5	8.17	
Son Gebeliğin Sonlanma Şekli (n:525)**				
Sezaryen	232	31.8	7.64	F:20.131
Vajinal Doğum	293	28.4	8.21	P: 0.000
Doğum Yapmadı	75	33.9	8.52	
Doğum Sayısı (n=525)**				
1	196	31.8	7.19	F:23.290
2	232	30.2	7.65	P: 0.000
3 ve üzeri	97	25.2	9.26	
Çocuk sayısı (n:521)***				
1	200	31.4	7.56	F:11.706
2	243	29.8	7.88	P: 0.000
3 ve üzeri	78	26.3	9.30	

* Kadınların sadece 537'si gebelik deneyimlemiştir.

** Kadınların sadece 525'i doğum deneyimlemiştir.

***Kadınların sadece 521'i çocuk sahibidir.

Tablo 4.6’da kadınların obstetrik özelliklerine göre IFSF puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir. Çalışmada kadınların menstruasyon düzeni ile IFSF puan ortalamaları karşılaştırılmış ve gruplar arasında, istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0.05$). Düzenli menstruasyon olan kadınların IFSF puan ortalaması 31.05 iken, düzensiz olanlarda 27.87 bulunmuştur. Düzenli menstruasyon olan kadınlarda CFB görülme oranı, diğerlerine göre daha azdır.

Çalışmada kadınların aile planlaması yöntemi kullanma durumlarına göre IFSF puan ortalamaları karşılaştırılmış ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanamamıştır ($p>0.05$).

Araştırmada kadınların son gebeliklerinin sonlanma şekli ile IFSF puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p<0.01$). Gruplar arasındaki bu fark ikili karşılaştırmalarla incelenmiş (Scheffe testi) ve ölü doğum yapan grupla diğer üç grup arasında olduğu saptanmıştır. Ölü doğum yapan kadınların IFSF puan ortalamalarının diğer üç gruba göre belirgin düzeyde düşük olup, CFB görülme oranı diğerlerine göre daha yüksektir.

Çalışmada kadınların doğum yapma şekli ile IFSF puan ortalamaları karşılaştırılmış ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p<0.01$). Sezaryen olan kadınlarda IFSF puan ortalaması 31.81 iken, vajinal doğum yapanlarda 28.37, doğum yapmayan kadınlarda ise 33.92 bulunmuştur. Gruplar arasındaki fark incelendiğinde; fark sezaryen ile diğer gruplar arasında olup, sezaryenle doğum yapanlarda CFB görülme oranı diğerlerine göre daha yüksek bulunmuştur.

Kadınların doğum sayısı ile IFSF puanları karşılaştırılmış ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p<0.01$). Bu farkın doğum sayısı üç ve üzeri olan grup (25.24) ile bir (31.80) ve iki (30.22) olan gruplar arasında olduğu belirlenmiştir. Sonuca göre üç ve daha fazla doğum yapan kadınlarda CFB görülme oranı daha yüksektir.

Çalışmada kadınların sahip oldukları çocuk sayısı ile IFSF puan ortalamaları karşılaştırılmış ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Farkın çocuk sayısı üç ve üzeri olan (26.27) grup ile bir (31.42) ve iki (29.77) olan grup arasında olduğu saptanmıştır. Çocuk sayısı arttıkça bununla ters orantılı olarak kadında CFB görülme oranında artış olmaktadır.

TARTIŞMA

Kadınlarda görülen cinsel fonksiyon bozukluğu, kadının yaşamını olumsuz etkileyen ve yaşam kalitesini düşüren oldukça önemli bir sağlık sorunudur. Hemşirelerin bununla ilgili olarak, bireye etkin sağlık hizmeti verebilmesi için öncelikle cinsel fonksiyon bozukluğu görülme sıklığı, nedenleri ve buna etki eden faktörleri bilmesi gereklidir. Kadınlardaki cinsel fonksiyon bozukluğu görülme sıklığı ve buna etki eden bazı sosyodemografik değişkenlerin incelendiği bu çalışmada elde edilen bulgularla ilgili tartışma aşağıda verilmiştir.

Kadınlardaki cinsel fonksiyon bozukluğu görülme sıklığı ve buna etki eden bazı sosyodemografik değişkenlerin incelendiği bu çalışmada cinsel fonksiyon bozukluğu tanısı için belirli bir eşik değer belirlenmemiştir. Böyle bir eşik değer belirlenebilmesi için toplumdaki normal değerlerin ve kullanılan ölçekten elde edilen puanların o toplumdaki değerlerinin saptanması gerekir (54). Bu nedenle kadın cinsel fonksiyon bozukluklarına ilişkin değerlendirme IFSF puan ortalamaları ile yapılmıştır. Elde edilen verilerde kadınların %6,8'inin çok düşük (16 puandan az), %16,5'inin düşük (16-25 puan) % 46,5'inin orta (26-35 puan) ve % 30,2'sinin yüksek (35 puandan fazla) IFSF puanına sahip olduğu görülmüştür. Bunlar IFSF puanları düştükçe cinsel fonksiyon bozukluğu görülme sıklığının arttığı şeklinde yorumlanmıştır.

Güvel ve arkadaşlarının (2003) aynı ölçeği kullanarak 98 gönüllü ve sağlıklı kadında yaptıkları çalışmada kadınların %38'inin IFSF puanı 25 ve altında (düşük ya da çok düşük), % 47'si 26–35 arasında (orta) ve % 14'ü 35'ten yüksek (yüksek) bulunarak bizim çalışmamıza göre daha yaygın cinsel fonksiyon bozukluğu saptanmıştır (55). Ülkemizde yapılan diğer çalışmalara bakıldığında CFB görülme sıklığı % 27 ile %67.5 arasında değişen farklı değerlerde bulunmuştur (1, 112, 113).

KCFB yönünden, yurtdışında, farklı kültür, yer, yaş gruplarında yapılan çalışma sonuçları ile ülkemizdeki sonuçlar arasında belirgin bir fark bulunamamış ve prevalans oranının oldukça değişken olduğu (% 27- % 78,4) saptanmıştır (114–116).

5.1. Kadınların Aldıkları IFSF Puan Ortalamalarının Kendilerinin ve Eşlerinin Sosyodemografik Özelliklerine Göre İncelenmesi

Kadınların yaşadıkları yere göre aldıkları IFSF puan ortalamalarının dağılımına bakıldığında kent ve gecekondü bölgesindeki fark istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bulunmuştur. Bunun nedeni; kadın cinsel fonksiyonunu olumsuz etkileyen birçok etkenin kırsal bölgede daha fazla bulunması olarak düşünülmüştür. Bunlar; gecekondü bölgesinde yaşayan kadınların kent merkezindekilere göre daha düşük eğitim seviyesi, daha fazla doğum ve çocuğa sahip olmaları, görücü usulü evlenmeleri, çalışma ve gelir düzeyinin düşük olması gibi nedenler olarak

sıralanabilir. Ayrıca gecekondü bölgesinde tabuların daha fazla oluşu, cinsellikle ilgili konuların daha az konuşulması, bu bozukluğu sorun olarak görme ya da çözüm aramanın daha düşük olmasından da cinsel fonksiyonların olumsuz etkilendiğı düşünülmektedir.

Çalışmamızda, kadınların yaşlarına göre IFSF ölçeğinden aldığı puan ortalamaları incelendiğinde, yaşın ilerlemesi ile ters orantılı olarak IFSF ortalamalarının azaldığı görülmektedir. Özellikle 40 yaş ve üzerindeki kadınların puanlarında oldukça hızlı bir azalma (26.75) olduğu ve KCFB daha yaygın görüldüğü belirlenmiştir. Ülkemizde yapılan birçok çalışma bu sonucu destekleyen sonuçlar elde edilmiştir (1, 54, 112, 115.) Ülkemizde yapılan başka bir çalışmada ise Güvel ve arkadaşları (2003) bizim çalışmamızın aksine sonuçlar elde etmiş, yaş gruplarına göre puanlar karşılaştırıldığında gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$) (55). Diğer ülkelerin KCFB'nu araştırmak için yaptıkları çalışmalara bakıldığında, kadınlarda cinsel ilişki sıklığının ve cinsel fonksiyonların yaşa bağımlı olarak azaldığı sonucu ortaya çıkmış ve çalışmamızı destekleyen sonuçlar elde edilmiştir (114–116, 118, 119).

Yaşlanma ile birlikte kadında meydana gelen anatomik ve fizyolojik değişiklikler, kadında cinsel uyanış, lubrikasyon ve orgazm için sürenin uzamasına ayrıca orgazm şiddetinin azalmasına ve orgazm için uyarı ihtiyacının artmasına neden olur (49). Yaşla birlikte ortaya çıkan anatomik değişiklikler; kadınları daha sık vulvovajinit ve idrar yolu enfeksiyonlarına hazırlayıcı hale getirirken, azalmış vajinal kayganlıkla birlikte dispareniye neden olabilir (61). Çalışmada CFB'nun yaşla birlikte artmasının nedeni; ilerleyen yaşla orantılı olarak, kadının anatomisinde, over fonksiyonlarında meydana gelen değişikliklerin ve buna bağılı hormonal değişimlerin kadının cinsel fonksiyonlarını olumsuz etkilemesi, ayrıca yaşla birlikte hastalıkların, psikososyal problemlerin ve sosyal destek gereksinimlerinin de artmasına bağlanabilir.

Bu çalışmada kadınların ve eşlerinin eğitim durumlarına göre IFSF puan ortalamaları karşılaştırıldığında; gruplar arasında, istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (Tablo 4.4.a- 4.4.b). Alınan puanlara bakıldığında okuryazar ve ilköğretim mezunu olan kadınların IFSF puan ortalamalarının lise ve yükseköğretime göre daha düşük olduğu belirlenmiştir. Eğitim düzeyleri arttıkça CFB görülme oranlarında düşme olduğu görülmektedir. Ülkemizde ve yurt dışında da, farklı gruplarda yapılan çalışmalarda; düşük eğitim seviyesinin cinsel fonksiyon bozukluğu görülme sıklığını olumsuz yönde etkilediğı saptanarak çalışmamızı destekleyen sonuçlar elde edilmiştir (1, 115, 117.). Ülkemizde Güvel ve arkadaşlarının (2003) yaptığı benzer çalışmada ise, eğitim durumuna göre IFSF puanları arasındaki fark anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$) (55).

Geleneksel toplumumuzun kadına biçtiğı en iyi rol eş ve annelik olduğu için eğitimi olmayan kadın erken yaşta evlendirilip çocuk doğurması beklenmektedir. Böyle bir sistemde çok çocuğı olan kadının anne olarak toplumsal konumu yükselirken eğitim sosyal ve mesleki alanlarda ilerlemesi de engellenmektedir (82). Sağlık ve eğitim arasındaki ilişki, iş ve ekonomik koşullar, sosyal psikolojik şartlar ve sağlıkla ilgili yaşam tarzı olmak üzere üç teorik sınıflama ile açıklamaktadır. İlk olarak, iş ve ekonomik koşullar incelendiğinde; eğitim, iş ve ekonomik koşulları şekillendirmektedir. İyi eğitilmiş kişiler genellikle daha az işsiz kaldıkları ve iyi gelir

getiren tam zamanlı işlerde çalıştıkları için gelirleri yüksek olmakta, daha az ekonomik sıkıntı çekmektedirler. Ayrıca daha az eğitilmiş kişilerin düşük statüsü, geliri az, atılma riski çok olan işlerde çalıştıkları anlaşılmıştır. İkinci olarak sosyal psikolojik şartlar incelenmektedir. İnsanın hayatı üzerindeki kontrol duygusu, sağlık ve eğitim arasındaki en önemli bağlardan biridir. Kişinin bireysel kontrol duygusunu artıran eğitim, pek çok düzeyde kapasitesini de artırır. Bireyin iletişim kurma ve analitik düşünce yeteneğini artırarak ve karşılaşacağı problemleri daha kolay çözmesini sağlayarak sağlığının bozulmasına engel olur. İyi eğitilmişler, eğitim düzeyi düşük olanlara göre daha fazla sosyal desteğe sahiptir. İşsiz ve ekonomik sıkıntı içinde olan bireyler eşleri tarafından da çok fazla destek görmemekte ve aile içi tartışmaların artmasına neden olmaktadır. Üçüncü kategoride ise sağlıkla ilgili yaşam tarzı yer almaktadır. Eğitilmiş kişiler eğitimsizlere göre daha sağlıklı bir yaşam stiline sahiptir. İyi eğitilmişler eğitimsizlerle karşılaştırıldığında daha çok egzersiz yapmaya, koruyucu tıbbi bakımı kabule ve daha az sigara içmeye eğilimlidirler (113). Çalışma sonucuna göre eğitim seviyesi yüksek olan kadınlarda CFB riskinin daha az olma nedeni, yukarıdaki nedenlerin yanında, bu gruptaki kadınlarda çalışma oranının daha yüksek olması, eğitim düzeyi yüksek olan eşlerle evlenmeleri, buna bağlı olarak gelir düzeylerinin daha iyi olması olarak düşünülebilir.

Çalışmada kadınların çalışma durumlarına göre IFSF puan ortalamaları karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ortaya çıkmıştır ($p < 0.05$). Çalışmayan kadınlarda IFSF puan ortalamaları belirgin düzeyde düşük bulunarak KCFB'nun daha yaygın olduğu saptanmıştır. Ülkemizde Çayan ve arkadaşlarının (2004) yaptıkları çalışmada da bizimkine benzer olarak çalışmama durumunun cinsel fonksiyon bozukluklarını artıran bir neden olduğu saptanmıştır (54). Safarinejad'ın (2006) İran'lı kadınlar üzerinde yaptığı çalışmada ise çalışmayan ve ev hanımı olan kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu görülme oranının çalışan kadınlara göre anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur. Bu bulgu araştırma sonuçlarını da desteklemektedir (120).

İşsizlik olgusu geçmişte olduğu gibi bugün de gelişme seviyesi farklı da olsa tüm toplumların en önemli ortak sorununu oluşturmaktadır. Bir işte çalışma, kişinin kendine güven ve saygı duygusunu geliştirmektedir. Çalışma aynı zamanda kişinin topluma ait olma duygusunu güçlendirmektedir. Çalışma yaşamının güçlüklerine karşın, çalışmak insanların psikolojik sağlıklarını ve gönenclerini olumlu yönde etkilemektedir. Çalışmak kişinin, bir işe yaradığı, toplumda statüsünün olduğu, emeğini değerlendirdiği duygusunu yaşamaya olanak sağlamaktadır. Çalışmayanların önemli bir çoğunluğu; işsizlik sürecinde ailesinin, çevresinin tutumlarının olumsuzlaştığını, toplum baskısını duyumsadığını, aile huzurunun bozulduğunu belirtmişlerdir. Yine işsizlik sürecinde ailesine karşı tutumlarının olumsuzlaştığını ifade edenler önemli düzeyde bulunmuştur. Güney Avustralya'da yapılan bir çalışmada işsizlik süresi ile öz saygı, özsaygı ile psikolojik yakınmalar arasında negatif yönlü bir ilişkinin olduğu saptanmıştır (122). Ekonomik faaliyet, eğitim konusunda olduğu gibi kadınların statülerinin iyileşmesinde önemli bir rol oynayabilmektedir (13). Bu durum kadınların yaşam kalitesini ve dolayısı ile cinsel yaşamını olumlu yönde etkilemektedir. Çalışma sonucunda; çalışan kadınlarda IFSF puanlarının anlamlı düzeyde yüksek olmasının nedeni olarak; kadının kendine ait para sağlayan bir işe, arkadaş çevresine sahip olması, benlik saygısı ve özgüveninin

yüksek olması ve daha sosyal olması, çalışmayan kadınların ise ev içinde kısıtlanmaları, geleneksel rollerini devam ettirmek zorunda kalmaları ve sosyal yaşamdan soyutlanmaları şeklinde açıklanabilir.

Çalışan kadınların ve eşlerinin meslek gruplarına göre IFSF puan ortalamaları karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0.05$). Kadınların mesleklerine bakıldığında ortalama puanı en yüksek olan grup memur, en düşük olan grubunda işçi olduğu görülmektedir. İş stresi bireyi normal fonksiyonlarından (örn; zihin-vücut) saptıran psikolojik ve fiziksel davranışlarını değiştiren (dağıtan ya da arttıran) işle ilgili etmenlerin sonucunda oluşan psikolojik bir durumdur (123). Çalışma yaşamında ortaya çıkan stres, işgörenin normal işlevlerini yerine getirmesinde bir engel olarak ortaya çıkmakta ve bireyin fiziksel ve duygusal olarak tepkilerinin ortaya çıkmasına sebep olmaktadır. İşini kaybetme korkusu bireyin benlik saygısının azalmasına yol açabilmektedir (124). Çalışmada ortaya çıkan sonucun nedeni olarak işçi olan kadınların daha ağır koşullarda, vardiya şeklinde, buna karşılık düşük ücretle çalışıyor olmaları ve işten çıkarılma endişelerinden kaynaklandığı düşünülmüştür. Ayrıca memur olmaya bağlı CFB görülme oranındaki azalmanın; eğitim düzeyinin yükseliyor olması, kadının mesleğine verilen önem ve değer artması ile cinsel sorunların ortaya çıkma durumunun daha az olduğu ya da bu durumda çözüm arayışının olması ile de açıklanabilir.

Kadınların aldıkları IFSF puan ortalamaları eşlerinin mesleklerine göre incelendiğinde memur olan grubun puanının diğer üç grubun puanına göre anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır. Memur eşlerin puanlarının anlamlı derecede yüksek olmasının nedeni, düzenli, belirli bir işe sahip olması, belirli bir ücrete göre yaşamını planlıyor olması ve buna bağlı olarak yaşama ilişkin daha az endişe duyuyor olması şeklinde açıklanabilir. Ayrıca memur eşlerin sahip oldukları statü, düzey ve çevre nedeniyle kadın ve kadın cinselliğine karşı daha olumlu yaklaşımları da düşünülebilir.

Çalışmada aylık gelir miktarına göre IFSF puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde aylık gelir arttıkça IFSF puanının arttığı görülmektedir. Aylık geliri 400 YTL ve altında olanlarda puan oldukça düşükken 1600 YTL ve üzerinde anlamlı derecede yükseldiği dikkati çekmektedir. Ülkemizde, Demirezen, Erdoğan ve Önem'in (2005) yaptığı çalışmada da bu durum desteklenmiş, gelir durumunu iyi olarak tanımlayan kadınların cinsel isteğe ilişkin puanları çalışmamıza benzer şekilde anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (1).

Çalışmada eve giren aylık gelir düzeyine bakıldığında ailelerin yarısından fazlasının geliri 801 YTL ve üzerinde bulunmuştur. Yoksulluk sınırı ile ilgili çalışmalarda genelde izlenen yol, kişinin yaşamını devam ettirebilmesi için gereken minimum standart geçinme düzeyinin belirlenmesi yönündedir. Yaş, cinsiyet ve yaşanılan yerleşim yerine göre bu tür gereksinimler bireysel olarak farklılık gösterebilmektedir. Yalnızca gelir değil, aynı zamanda hane halkı büyüklüğü de harcamaların belirlenmesinde etkin bir role sahiptir. Dolayısıyla yoksulluk sınırını belirlemede hane halkı büyüklüğü de önemli bir değişkendir. Ayrıca hane halkının sosyo-ekonomik durumu, yaşadığı konutla ilgili harcamaları, sağlık hizmetlerinden

yararlanışı, hane halkı fertlerinin meslek ve çalışma koşulları gibi etkenler de yoksulluk düzeyini belirlemede göz ardı edilemeyecek özellikte değişkenlerdir (125). Bu sonuçlardan maddi yeterliliğin yaşam kalitesini yükselttiğini, dolayısı ile yaşamın önemli bir parçası olan cinselliği olumlu yönde etkilediğini söylemek mümkündür.

Çalışmada kadınların sigara kullanma durumlarına göre aldıkları IFSF puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde; sigara kullanan ve kullanmayan kadınlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur. Öksüz ve Malhan'ın (2006) Ankara'da yaptıkları bir çalışmada da çalışmamızı destekleyen bulgular elde edilmiş, sigara kullanma durumunun cinsel fonksiyonlar üzerinde olumsuz etkisinin olduğu belirlenmiş ve kullananlarda cinsel fonksiyon bozukluğunun daha yaygın görüldüğü saptanmıştır. Yapılan diğer bazı çalışmalarda ise sigara içmenin cinsel fonksiyonları etkilemediği belirlenerek çalışmanın aksine sonuçlar elde edilmiştir (112, 115, 118, 120). Bu çalışmada sigara içenlerde IFSF puanının daha düşük olduğu sonucu; sigaranın, bireyde yorgunluk, uykusuzluk, ruhsal gerilim, stres, performans düşüklüğü ve reflekslerde azalma gibi olumsuz sonuçlara neden olarak, bireyin yaşam kalitesini düşürmesi dolayısıyla cinsel fonksiyonlarını da etkilemesi şeklinde açıklanabilir.

Çalışmada kadınların beden kitle indeksine bakılmış ve kadınların % 56'sının beden kitle indeksi 24'ün altında (hafif), % 34,7'si 24–29 arası (orta) ve % 9,3'ünde 30 ve üzerinde (ağır) olduğu bulunmuştur. Kadınların beden kitle indeksine göre aldıkları IFSF puan ortalamaları karşılaştırıldığında gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$). Hafif olan grupta ortalama puan en yüksek bulunurken, orta kilolu grupta puan düşmüştür. Kolotkin ve arkadaşlarının (2006) obezitenin cinsel yaşam kalitesine etkisini belirlemek için yaptıkları çalışmada da yüksek beden kitle indeksine sahip kadınlarda cinsel yaşam kalitesinin büyük ölçüde bozulduğu saptanmıştır (126). Yapılan başka iki çalışmada ise beden kitle indeksinin cinsel fonksiyonları etkilemediği belirlenmiştir (53, 118).

Obesite, kişilerde cinsel istek azlığı, cinsel performans zorluğu, cinsel ilişkiden kaçınmak gibi cinsel yaşamı etkileyen olumsuzluklara neden olmaktadır. Obeziteye bağlı en sık görülen psikolojik sorunlarda klinik depresyon ve benlik saygısı düşüklüğüdür (127). Erkol ve Khorshid'in (2004) yaptığı çalışmada da obez bireylerin fiziksel görünümelerini beğenmedikleri ve obezite nedeniyle bazı ruhsal sorunlar yaşadıkları saptanmıştır (128). Yapılan çalışma sonucunda elde ettiğimiz en çarpıcı bulgulardan biri beden kitle indeksi ağır olan grupta; CFB görülme riski, orta olan gruba göre daha düşük bulunmuştur. Bunun için konuyla ilgili olarak daha ileri ve özel çalışmaların yapılması, konunun irdelenmesi açısından yararlı olacaktır.

5.2. Kadınların Aldıkları IFSF Puan Ortalamalarının Yerleşim Yeri ve Aile Özelliklerine Göre İncelenmesi

Araştırmaya alınan kadınların % 69,2'sinin 14 yaşına kadar yaşadığı yerleşim birimi, şehir ya da büyük şehirdir. Kadınların 14 yaşına kadar yaşadığı yerleşim yerine göre aldıkları IFSF puan ortalamaları incelendiğinde gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür (Tablo 4.5) Sağlık davranışlarının kazanılmasında eğitim ve sağlıkla ilgili müdahale programları için en uygun zaman çocukluk yıllarıdır. Çocukların ilk eğitimi aldıkları ailede, genellikle töre, gelenek ve görenekler doğrultusunda, alışıla gelmiş yöntemler ve sezgilere

dayanılarak el yordamıyla eğitildikleri açıktır (128). Okul, öğretmen ve çevredeki başka yetişkinler, arkadaşlar ve tümü ile toplum, çocuğun gelişiminde etkili olur. Yetişkinlik yıllarına doğru ailenin çocuk üzerindeki etkisi giderek azalır. Toplum, benimsediği değer yargıları, kültürü, çocuk yetiştirme biçimi ile en büyük eğitim ortamını oluşturur (129). Bu açıdan bireylerin 14 yaşına kadar yaşamış olduğu yerleşim birimi ve çevrenin, büyük ölçüde, kişilerin cinsel davranış ve tutumlarında da belirleyici olarak, cinsel fonksiyonlarını etkilediği düşünülmektedir.

Çalışmada kadınların %95'inin çekirdek aileye sahip oldukları görülmüştür. Geleneksel ailede, eşler arasında cinsel rol ayrımı oldukça belirgindir. Ayrıca duygusal ifade ve iletişimde sınırlılık vardır. Evlilik kurumu iki aile arasında bir bağ olarak görüldükçe eşler bağlılıklarını kendi öz ailelerinden kendi kurdukları ilişkiye aktarmakta güçlük çekebilirler (130). Bu çalışmada katılımcıların aile tipine göre IFSF puanlarının dağılımı incelendiğinde aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu durumun bizim farkı oluşturacak kadar yeterli sayıda geniş aile tipine ulaşmamamızdan kaynaklandığı düşünülmektedir. Bunun için daha büyük gruplarda çalışmaların tekrarlanması yararlı olabilir.

Türkiye genelinde evliliklerin yarısı görücü usulü ile gerçekleşmektedir. Buna karşılık kentli eğitilmiş kesimlerde ve genç popülasyonda bu oran azalmıştır (131). Çalışmada evlilik şekline bakıldığında kadınların %65,3'nün tanışarak evlendiği saptanmıştır. Kadınların evlenme şekline göre aldıkları IFSF puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde ise gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Görücü şekliyle evlenenlerde IFSF puan ortalamaları daha düşük bulunmuş, cinsel fonksiyon bozuklukların daha yaygın olduğu saptanmıştır. Bu durum; eşler arasında evlilik öncesi duygusal paylaşımın daha fazla olduğu ve birbirlerini birçok yönden daha iyi tanıdıkları şeklinde açıklanabilir.

Çalışmada katılımcıların evlilik süresine göre IFSF puanları incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$). Kadınların IFSF puanlarının evlilik sürelerine göre dağılımı incelendiğinde IFSF puanının evliliğin ilk yıllarında daha yüksek olduğu, evlilik süresi uzadıkça puanın düştüğü, yani cinsel fonksiyon bozukluklarının daha yaygın görüldüğü saptanmıştır. Özellikle 21 yıl ve üzerinde belirgin bir puan düşüşünün olduğu yani cinsel fonksiyon bozukluklarının daha yaygın görüldüğü dikkati çekmektedir ($p > 0.05$) (Tablo 4.5). Ülkemizde, Güvel ve arkadaşlarının (2003) yaptığı benzer çalışmada ise bizim sonuçlarımızın aksine evlilik süresi ile IFSF puanları arasındaki fark anlamsız bulunmuştur (55). Ülkemizde ve yurtdışında farklı gruplarda yapılan başka çalışmalara bakıldığında ise, araştırmamıza paralel sonuçlar elde edilerek, evlilik süresi arttıkça cinsel fonksiyon bozukluğu görülme oranının arttığı saptanmıştır. (1, 97, 114, 120). Bu durum; evlilik süresinin artmasıyla birlikte yaş, doğum sayısı, çocuk sayısı, evde yaşayan kişi sayısı ve doğuma ilişkin perinatal travma gibi cinsel fonksiyonları olumsuz etkileyen nedenlerinde artmasından kaynaklandığı düşünülebilir.

Bu çalışmada evde yaşayan kişi sayısı, oda sayısı ve özel oda bulunma durumlarının, CFB üzerinde etkili olacağı düşünülmüş ve araştırılmıştır. Evde yaşayan kişi sayısına bakıldığında % 14'ünde beş ya da daha fazla kişinin yaşadığı saptanmıştır. Çalışmada evdeki oda sayısının saptanma sebebi ise odabaşına düşen

birey sayısını tespit edebilmektir. TNSA 2003 sonuçlarına göre Türkiye’de hane halkı büyüklüğü ortalama olarak dört kişi, odabaşına düşen kişi sayısı ise 2,3 dür (13). Bu çalışmada ise evde odabaşına düşen birey sayısı 1,2 bulunmuş olup, bu rakam oldukça iyidir. Çalışmada evde yaşayan kişi sayısına göre IFSF puan ortalamaları karşılaştırıldığında aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş, kişi sayısı arttıkça cinsel fonksiyon bozukluklarının daha yaygın görüldüğü saptanmıştır. Bu durum hane halkı büyüklüğü ve kompozisyonunun hanedeki parasal ve diğer kaynakların dağılımını, dolayısı ile de hane halkı üyelerinin genel refah seviyesini etkiliyor olması ile açıklanabilir. Ayrıca hane halkı büyüklüğü, hanedeki kalabalıklığın bir göstergesi olarak, uygun olmayan sağlık koşullarına işaret etmektedir. Çalışmada kadınların evlerindeki oda sayısına göre ve kadınların kendilerine ait özel odalarının bulunup bulunmama durumuna göre IFSF puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde beklentilerimizin aksine istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. Bunun çalışmamıza katılan kadınlardaki odabaşına düşen kişi sayısının oldukça az (1,2) olmasından ve oda sıkıntısının olmamasından kaynaklandığı düşünülebilir.

5.3. Kadınların Aldıkları IFSF Puan Ortalamalarının Obstetrik Özelliklerine Göre İncelenmesi

Yaptığımız çalışmada kadınlara ait menstruasyon durumu sorgulandığında; % 79,3’ü düzenli, % 20,7’si düzensiz menstruasyon olduklarını ifade etmişlerdir. Çalışmada kadınların menstruasyonlarının düzenli olup olmama durumuna göre aldıkları IFSF puan ortalamaları incelendiğinde, fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 4.6). Menstruasyonu düzenli olan kadınlarda IFSF puan ortalaması anlamlı düzeyde yüksek bulunmuş, cinsel fonksiyon bozukluklarının daha az görüldüğü saptanmıştır. Güvel ve arkadaşlarının (2003) yaptığı benzer çalışmada menstruasyon düzeni ile IFSF puanları arasındaki fark bizim çalışmamıza benzer şekilde bulunmuş ve istatistiksel olarak farkın anlamlı olduğu saptanmıştır (55).

Menstruasyon kadınlığın en önemli işlevlerinden biri olup kadınları ilgilendiren cinsel sorunların da başında yer almaktadır. Kadın hayatının yarısı; menstruasyon süreci ve bu sürece yönelik fiziksel, davranışsal ve emosyonel değişikliklerle geçen sorunlarla devam etmektedir (132). Birçok kadın cinsel kimliğini ve cinsel rolünü menstrual fonksiyonları ile beraber düşünür. Bu nedenle; kadınlar, bu fonksiyonlarındaki değişimleri, özellikle amonereyi cinsel kimliklerine bir tehdit olarak algılayabilirler (24). Bunun yanında düzensiz menstruasyon olan kadınlarda IFSF puanlarının düşük olma nedeninin hormonal sorunlar, gebe kalma korkusu ya da kadının premenopozal dönemde olabilmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmada kadınların % 60,8’i etkin aile planlaması yöntemi kullandıkları, % 12,7’sinin ise herhangi bir yöntem kullanmadığı saptanmıştır. Çalışmada kadınların aile planlaması yöntemi kullanma durumuna göre aldıkları IFSF puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde anlamlı bir fark bulunamamıştır. Safarinejad’ın (2006) İran’lı kadınlar üzerinde yaptığı çalışmada da araştırmayı destekleyen bulgular elde edilmiş, aile planlaması yöntemi kullanan kadınlar ile kullanmayan kadınlar arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (120). Aydos ve arkadaşlarının (2005) yaptığı çalışmada yine çalışmamıza benzer sonuçlar bulunmuş ve aile planlaması yöntemine ilişkin farkların cinsel fonksiyon bozukluğu görülme

sıklığında etkin olmadığı sonucu bulunmuştur (117). Çalışmanın sonucunda beklentilerimizin aksine aile planlaması yönteminin IFSF puanlarının etkilemediği bulunmuştur. Bunun için; buna ilişkin daha özel çalışmaların yapılmasının gerekliliği düşünülmektedir.

Çalışmada kadınların sahip oldukları çocuk sayısına bakıldığında % 34.7'sinin bir çocuk, % 46.7'sinin iki çocuk ve % 14.9'unun üç ve daha fazla çocuğa sahip olduğu bulunmuştur. Kadınların sahip oldukları çocuk sayısına göre IFSF puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir (Tablo 4.6). Çocuk sayısı arttıkça puan düşmekte yani cinsel fonksiyon bozuklukları daha yaygın görülmektedir. Özellikle üç çocuk ya da daha fazla çocuğa sahip olan kadınlardaki hızlı puan düşüşü cinsel fonksiyon bozukluklarının daha yaygın olduğuna dikkati çekmektedir. Yurtdışında yapılan çalışmalarda da bizim sonuçlarımıza benzer sonuçlar elde edilmiş ve çocuk sayısının cinsel fonksiyonlar üzerinde etkili bir neden olduğu saptanmış, çocuk sayısı arttıkça cinsel fonksiyon bozukluklarının daha yaygın görüldüğü belirlenmiştir (114, 120). Ülkemizde, Aydos ve arkadaşlarının (2005) yaptığı çalışmada ise çalışmamızın aksine çocuk sayısının cinsel fonksiyon bozukluğuna etkisi olmadığı sonucu bulunmuştur (117). Bu çalışmada ortaya çıkan sonucun nedeni, eşe ayrılan zamanın azalması, cinselliğe daha az önem verilmesi, çocuklara olan ilginin artması ve aile stresörlerinin cinsellikten uzaklaşmaya yol açması şeklinde açıklanabilir.

Çalışmada toplam 525 kadın doğum deneyimlemiştir. Bunlardan %37,3'ü bir doğum, % 44,2'si iki doğum, % 18,5'i de üç ve daha fazla sayıda doğum deneyimlemişlerdir. Bizim çalışmamızda ortalama doğum sayısı 1.64 dür. Çalışmada kadınların, doğum yapma sayısına göre IFSF puanları incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir. Doğum sayısı arttıkça IFSF puanı düşmektedir. Özellikle üç ve daha fazla doğum yapan kadınların puanlarının diğerlerine göre anlamlı düzeyde düşük olduğu yani cinsel fonksiyon bozukluklarının daha yaygın olduğu dikkati çekmektedir. Çayan ve arkadaşlarının (2004) 18–66 yaş arası 179 Türk kadın üzerinde yaptıkları çalışmada da, araştırmayı destekleyen bulgular elde edilmiş, multipar kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu görülme oranı yüksek bulunmuştur (54). Bu sonucu, çok doğum yapan kadının fiziksel olarak yıpranması, yorulması, kendi için yeterli zaman bulamaması, stresle baş edememesi ve bunun sonucunda da eşi ile ilişkilerinde sorun yaşaması vb. nedenlerle açıklamak mümkündür.

Çalışmaya katılan kadınların 38,7'si sezaryen, % 48,8'i normal doğum ve % 12,5'i hiç doğum deneyimlememiştir. Çalışmada kadınların doğum yapma şekline göre IFSF puan ortalamaları karşılaştırıldığında gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$). Doğum yapmayan kadınların, doğum yapan kadınlara göre daha yüksek puan aldığı, doğum yapan kadınlarda ise sezaryenle doğum yapan kadınların normal doğum yapan kadınlara göre daha yüksek puan aldığı yani cinsel fonksiyon bozukluklarının daha az görüldüğü belirlenmiştir. Signorello ve arkadaşlarının (2001), farklı düzeylerde perinel travması olan primipar kadınlar arasında, perineal hasarı etkileyen durumların, postpartum sonuçlar üzerine (disparoni, cinsel ilişkiye yeniden başlama zamanı, cinsel istek, doyum ve orgazm potansiyeli) etkisini araştırmak için yaptıkları çalışmada, perineal laserasyonu fazla

olan grupta dispareoninin daha yüksek olduğunu saptanmıştır (133). Goetsch'in (1999) yaptığı çalışmada ise normal doğum yapan kadınlarda % 42, sezaryenle doğum yapanlarda % 29 oranında dispareoni geliştiği belirlenmiştir (134).

Doğum esnasında ve sonrasında perinel travma, kadınlarda kısa ve uzun dönem morbidite ile ilişkilidir. Travma, üriner ve fekal inkontinansla, dispareoni ve sürekli perineal ağrı ile sonuçlanmaktadır. Bu problemlerin görülme olasılığı perine hasarı olmayan kadınlarda daha azdır. (135). Sezaryenle doğum yapan kadınların daha yüksek puan alma nedeni; vajinal doğumda, rutin epizyotomiye bağlı perineal travmanın ağrıya neden olarak, kadının cinselliğini ve kendine olan güvenini olumsuz etkilemesi şeklinde açıklanabilir.

Çalışmada gebelik deneyimleyen kadınların son gebeliğinin sonlanma şekline bakıldığında % 72,4'ünün canlı doğum % 4,5'inin ölü doğum %16,6'sının kürtaj ve % 6,5'inin düşük olduğu bulunmuştur. Kadınların son gebeliklerinin sonlanma şekline göre IFSF puan ortalamaları incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmüştür. Ölü doğum yapan kadınların puanlarının, diğer gruplardaki kadınlardan, anlamlı düzeyde düşük olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$).

Bir bebeğin doğumu genellikle mutlulukla karşılanan bir olaydır. Fakat her doğum böyle sonuçlanmaz. Anne ister düşük yapmış olsun, ister çocuğunu doğurduktan sonra neonatal bir ölümle karşılaşmış olsun, ölüm geleceğin yitimi, bebekle ilgili ümitlerin kaybı demektir (24). Ebeveynler ölen bir bebeğin (yeni doğan, doğum ya da düşükle kaybedilen ardından yas tutma süreci yaşarlar. Yas insanın kayıplara verdiği evrensel bir yanıtıdır (136). Fetüsün kaybı, annede psikolojik sorunların görülmesine de neden olabilir. Hamileliği sonlandırma kararı almak bazen zor olabilmektedir. Hem bu karar alma süreci, hem de geçirilen operasyonlar sıkıntı yaratabilir. Bazen de tüm bu süreçler rahat geçirilse bile kürtaj sonrası psikolojik sıkıntılar ortaya çıkabilir. Kadının kürtaj sonrası verdiği tepkiler küretajın yapılma nedenine (istenmeyen gebelik, baskı, yaşam koşullarının zorluğu, ahlaki nedenler vd.) bağlı olarak olumlu ya da olumsuz olabilir. Bazen kadın, kürtajdan dolayı suçluluk hissi ya da yeniden gebe kalma korkusuna kapılarak cinsellik ve cinsel ilişkiden uzaklaşabilir. Çalışma sonucu ölü doğum ya da küretaj olan kadınlarda IFSF puanlarının düşük olması, bu nedenlerle açıklanabilir.

SONUÇLAR

Farklı sosyoekonomik özelliklere sahip 15-49 yaş grubu evli kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu görülme sıklığını belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

1. Araştırmaya katılan kadınların yaş ortalaması 32.48 ± 7.498 dir. Kadınların % 57.1'inin, eşlerinin ise % 66,4'ünün lise ve üzeri eğitime sahip olduğu bulunmuştur. Kadınların % 40,5'inin çalıştığı, % 24'ünün memur olduğu saptanmıştır. Çalışmadaki kadınların %95'i çekirdek aile özelliği taşımakta olup, kadınların %65,3'ü eşleri ile tanışarak evlenmiştir (Tablo 4.1.a).
2. Çalışmaya katılan kadınların eşlerinin % 66,4'ünün lise ve üzeri eğitime sahip olduğu ve en fazla (%47) serbest meslekte çalıştıkları saptanmıştır (Tablo 4.1.b).
3. Çalışmaya katılan 600 kadından % 89,5'i gebelik deneyimlemiş, bunların % 72,4'ünün son gebeliği canlı doğumla sonuçlanmıştır. Doğum deneyimleyen kadınlar % 87,5'lik bir orana sahip olup, bunlarında % 99'unun yaşayan en az bir çocuğu olduğu saptanmıştır. Kadınların en fazla iki doğum deneyimledikleri (% 44,2) ve yine en fazla iki çocuğa (%46,7) sahip oldukları görülmüştür. Kadınların % 60,8'i bir aile planlaması yöntemi kullanmakta olup, %12,7'si herhangi bir yöntem kullanmamaktadır (Tablo 4.2).
4. Çalışmaya katılan kadınların %6,8'inin çok düşük, %16,5'inin düşük, % 46,5'inin orta ve %30,2'sinin yüksek oranda IFSF puan ortalamasına sahip olduğu bulunmuştur (Tablo 4.3).
5. Kent merkezinde oturan kadınların IFSF puan ortalaması gecekondu bölgesindeki kadınlara göre daha yüksektir (Tablo 4.4.a).
6. Kadınların en yüksek IFSF puan ortalamasını 15- 24 yaş grubunda aldıkları belirlenmiştir. Yaş arttıkça IFSF puan ortalamalarının düştüğü görülmüştür. Yapılan analizler sonucunda da yaş grupları ile IFSF puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur (Tablo 4.4.a).
7. Kadınların eğitim durumlarına göre aldıkları IFSF puanlarına bakıldığında en yüksek puan ortalamasını (33.23 ± 6.645) yüksek okul mezunu olanlar almıştır. Alınan puanlar eğitim düzeyi düştükçe azalmış

ve en düşük puanı (27.75 ± 8.698) okuryazar-ilkokul grubu almıştır. Eğitim düzeyi ile alınan IFSF puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur (Tablo 4.4.a).

8. Kadınların çalışma durumlarına göre IFSF puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur. Çalışan kadınlarda IFSF puan ortalamaları daha yüksek bulunurken (32.02 ± 7.664) çalışmayan kadınlarda anlamlı düzeyde düşük (29.28 ± 8.513) olduğu saptanmıştır (Tablo 4.4.a).
9. Kadınların sahip oldukları meslekler ile IFSF puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur. Memur olan kadınlarda IFSF puan ortalamalarının en yüksek (32.97 ± 7.265) olduğu, bunu sırayla serbest meslek (31.91 ± 7.422), işçi (28.00 ± 8.733) ve çalışmayan-emeklilerin (29.28 ± 8.513) takip ettiği belirlenmiştir (Tablo 4.4.a).
10. Araştırmadaki kadınların eve giren gelir miktarları ile IFSF puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Eve giren gelir miktarı yükseldikçe IFSF puanlarının da yükseldiği bulunmuştur (Tablo 4.4.a).
11. Araştırmamızdaki kadınların sigara kullanma durumları ile IFSF puanları arasında anlamlı bir fark saptanmış olup, sigara kullanmayan kadınların daha yüksek IFSF puanlarına sahip olduğu görülmüştür (Tablo 4.4.a).
12. Kadınların BKİ'i ile aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında hafif olan grupta IFSF puanlarının en yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.4.a).
13. Kadınların eşlerinin eğitim durumuna göre IFSF puan ortalamaları incelendiğinde yine en yüksek puanı (32.39 ± 7.512) yüksekokul mezunları alırken, en düşük puanı da (27.28 ± 8.904) okuryazar-ilkokul grubu almıştır. Kadınlarının eşlerinin eğitim durumları ile IFSF puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur (Tablo 4.4.b).
14. Kadınların eşlerinin sahip oldukları meslekleri ile IFSF puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir. Eşi memur olan kadınlarda IFSF puan ortalaması en yüksek (32.50 ± 7.164) bulunmuştur. En düşük puan da kadınların mesleklerine ilişkin puan sonuçlarına benzer olarak çalışmıyor-emekli olan grup almıştır (Tablo 4.4.b).
15. Kadınların 14 yaşına kadar yaşadıkları yerleşim birimi ile IFSF puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. 14 yaşına kadar şehirde yaşayan kadınlarda IFSF puan ortalamaları yüksek bulunurken (31.36 ± 8.288), köyde yaşayan kadınlarda anlamlı derecede düşük (28.21 ± 7.869) bulunmuştur (Tablo 4.5).
16. Araştırmaya katılan kadınların sahip oldukları aile tipi özelliği, kendilerine ait bir özel odalarının bulunma durumu ve oda sayısı ile

aldıkları IFSF puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür (Tablo 4.5).

17. Araştırmaya katılan kadınların evlilik biçimleri ile IFSF puan ortalamaları arasında; tanışarak evlenen kadınlar ile görücü usulü ile evlenen kadınlar arasında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur (Tablo 4.5).
18. Araştırmaya katılan kadınların aldıkları IFSF puan ortalamaları ile evlilik süreleri arasında fark olduğu belirlenmiş ve kadınların evlilik süresi arttıkça IFSF puan ortalamalarının düştüğü görülmüştür (Tablo 4.5).
19. Araştırmaya katılan kadınların evlerinde yaşayan kişi sayısı ile aldıkları IFSF puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmıştır. Evde yaşayan kişi sayısı arttıkça IFSF puan ortalamalarının düştüğü bulunmuştur (Tablo 4.5).
20. Kadınların menstrual sikluslarının düzenli olup olmaması ile aldıkları IFSF puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Düzenli menstruasyon olan kadınların daha yüksek IFSF puan ortalamasına sahip olduğu bulunmuştur (Tablo 4.6).
21. Araştırmamıza katılan kadınların kullandıkları aile planlaması yöntemi ile aldıkları IFSF puan ortalamaları arasında bir fark saptanamamıştır (Tablo 4.6).
22. Araştırmamıza katılan kadınlardan gebelik deneyimlemiş olanların son gebeliklerinin sonlanma biçimi ile aldıkları IFSF puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde fark saptanmıştır. Gebeliği canlı doğumla sonlanan kadınlarda IFSF puan ortalaması en yüksek (30.59 ± 7.910) bulunurken, bunu sırayla düşük (30.51 ± 8.169), kürtaj (28.85 ± 8.064) ve ölü doğum (22.92 ± 9.074) puan ortalamaları takip etmiştir (Tablo 4.6).
23. Kadınların doğum şekline göre aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde doğum yapmayan kadınlar en yüksek puan ortalamasına (33.92 ± 8.517) sahipken, sezaryen ikinci sırada (31.81 ± 7.638) ve en düşük puan ortalamasının da (28.37 ± 8.206) normal- müdahaleli doğuma ait olduğu bulunmuştur (Tablo 4.6).
24. Kadınların sahip olduğu çocuk sayısı arttıkça aldıkları IFSF puan ortalamalarının düştüğü belirlenmiştir (Tablo 4.6).

ÖNERİLER

Evli kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu görülme sıklığını belirlemek amacıyla yapılan bu çalışma sonuçlarına göre aşağıdaki öneriler verilmektedir;

Araştırmada kadınların yaşam kalitesini olumsuz etkileyen demografik etmenlerin cinsel fonksiyonları da olumsuz etkilediği saptanmıştır. Hemşireler tarafından bireylerin yaşam kalitesini bozan bu etkenlerin belirlenmesi, yaşam kalitesi risklerini azaltmak için gerekli girişimlerin planlanması ve diğer sektörlerle işbirliği yapılarak önlemlerin alınması sağlanmalıdır.

Araştırmada kadınların yaşadığı yerleşim biriminin kadın cinsel fonksiyonlarını etkileyen bir neden olduğu saptanmıştır. Bunun için özellikle toplumun birinci basamak sağlık kurumlarında çalışan sağlık personelleri tarafından, kişilerin cinsel tutumlarını açığa çıkarması, onların aile ve toplumla olan ilişkilerinde yeni bir anlayış geliştirmelerine yönelik eğitim ve danışmanlık hizmetleri verilmelidir.

Kadın sağlığı kapsamında yürütülen tüm hizmetlere cinsel fonksiyon bozuklukları ile ilgili eğitimler de ilave edilmelidir.

Kadın doğum servislerinde çalışan hemşireler; hastalık, tedavi cerrahi girişim ve doğuma bağlı olarak ortaya çıkan olası cinsel fonksiyon değişikliklerini ve cinsel sorunları değerlendirmeli, sorun varsa çözümü için uygun girişimlerde bulunmalıdır.

Araştırmada özellikle eğitim durumunun kadının cinsel fonksiyonlarını etkileyen önemli bir etken olduğu görülmektedir. Bu nedenle cinsel eğitim, eğitimin her aşamasında, anlaşılabilir düzeyde, her toplumun kendi kültürel ve sosyal yapısına uygun bir şekilde multidisipliner bir yaklaşımla verilmelidir.

Çalışmada kadınların sahip oldukları beden kitle indeksinin cinsel fonksiyonları etkilediği görülmüştür. Bu doğrultuda, kadın cinsel fonksiyon bozukluğu ile beden kitle indeksi arasındaki ilişkinin ortaya koyulabilmesi için daha ileri çalışmalar yapılmalıdır.

Çalışmada kadınların daha önce cinselliğe ilişkin eğitim alıp almadıkları sorgulanmamıştır. Bundan sonraki çalışmalarda, kadının cinsellikle ilgili bilgi düzeylerini de içeren geniş kapsamlı çalışmalar tekrarlanmalıdır.

Eşleri de kapsayan daha geniş, nitel ve nicel araştırmalar yapılarak sonuçlar karşılaştırılmalıdır.

Benzer çalışmaların farklı grup (menopoza giren, sürekli ilaç kullanan, kronik hastalığı olan vd.), kültür ve yerleşim özelliklerine göre de yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Demirezen, E., Erdoğan, S., Önem, K. (2006). Birinci Basamak Sağlık Merkezine Başvuran Kırk Yaşın Altındaki Kadınlarda Cinsel Fonksiyonun Değerlendirilmesi. *Androloji Bülteni*, (25):177-180.
2. Doğan, O. (1995). Sağlık Alanında Davranış Bilimleri. (1. Basım). Sivas: Dilek Matbaacılık.
3. Can, G. (2004).Kanserde Cinsel Sağlık. *Türk Androloji Bülteni*, (19): 355-356.
4. Eroğlu, K., Karaöz, S. (1997). Küretajın Cinsel Yaşam Üzerine Etkisi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 4(1): 43-50.
5. Yadav, J., Genaralli, L., Ratakonda. U.(2001). Female Sexuality and Common Sexual Dysfunctions: Evaluation and Management in A Primary Care Setting. *Prim Care Update Ob/Gyns*, 8 (1): 5-11.
6. Gillan, P. (1993). Cinsel Sorunlar ve Tedavileri El Kitabı (1. Basım). İstanbul. *Menteş Kitabevi*. (Çeviri; Engin Eker, Mine Özmen, Ercan Özmen).
7. Çelikkol, A. (2005). Ruhsal Bozukluklar Hakkında Kısa Bilgi. <http://www.Çelikkol.Org/Cinsel.Htm>, Erişim Tarihi: 22/4/2005
8. Nappi et al., (2005). Clinical, Biologic, Pathophysiologies of Womens Sexual Dysfunction. *J Sex Med*, (2): 4-25.
9. Raymond, C., Rosen, D. (2002). Assesment of Female Sexual Dysfunction: Rewiew of Validated Methots. *Fertility And Sterility*, 77(4): 89-93.
10. Akın, S. (2004). Kadın Cinsel Sağlığı Hemşire Çalışma Grubu. *Cinsel Fonksiyon Bozukluğu Epidemiyolojisi*. *Türk Androloji Bülteni*, 18: 264-265.
11. Güvel S. (2004). Kadın Cinsel Fonksiyonunun Epidemiyolojisi. *Erkek ve Kadın Cinsel Sağlığı*, (1. Basım). İstanbul: *Türk Androloji Derneği Yayını*. ss: 615- 619.
12. Önem, A, Kadioğlu, A. (2005). Erkek ve Kadında Cinsel Siklus Döngüsü. *Androloji Bülteni*, (22): 188-191.

13. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları. (2003). Kadının Temel Özellikleri ve Statüleri (Online).<http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2003/> analizrapor.htm
14. Gökyıldız, Ş. (2002). Cinsel Sağlığın Geliştirilmesinde Hemşirenin Etkinliği Nasıl Sağlanır? İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Hemşirelik Dergisi, 49.
15. Turna B, Apaydin E, Semerci B, Altay B, Cikili N, Nazli O. (2005). Libidosu azalmış kadınlar: Düşük Androjen Seviyeleriyle Kadın Seksüel Fonksiyon İndeksi Korelasyonu. Int J Impot Research, 17(2):148-53.
16. Akın, A., Demirel, S. (2003). Toplumsal Cinsiyet Kavramı ve Sağlığa Etkileri. C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi Özel Ek 25 (4): 73–82.
17. Fuller, J., Schaller, J. (2000). Assessing Sexuality and Reproductive Patterns. Health Assesment. (3rd. Ed.). Lippincott, Philadelphia
18. Öztürk, O. (1997). Cinsel Uyum Sorunları Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. (7.Basım). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
19. Lowdermilk, D. L., Perry, S.E., Bobak, F. M. (1997). Maternity & Womens Health Care. (Six Ed.). Mosby Company, California.
20. Aslan, S.(2004). Cinsel Fonksiyon ve Cinsel Kimlik Bozuklukları.<http://www.Med.gazi.edu.tr>. Erişim Tarihi: 13.12.2004.
21. Balcı, H. (2004). Gebelikte Cinsel Davranışların Belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Programı Yayınlanmamış Doktora Tezi.
22. Ecevit, Y. (2003) Toplumsal Cinsiyetle Yoksulluk İlişkisi Nasıl Kurulabilir? Bu İlişki Nasıl Çalışılabilir?. C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi, Özel Ek 25 (4): 83–88.
23. Örsel, S., Işık, B., Akdemir, A., Özbay, H. (2004). Diyet Yapan Ve Yapmayan Ergenlerin Kendilik Algısı, Beden İmajı ve Beden Kitle İndeksi Açısından Karşılaştırılması. Türk Psikiyatri Dergisi,15(1): 5–15.
24. Taşkın, L. (2003). Üreme Sisteminin Anatomisi. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. (6.Baskı). Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık.
25. Arıkan, K. (2004). Kanser Hastalarında Psikolojik Destek. Klinik Gelişim,17(1): 77-86.
26. Yaniv, H. (2000). Kanser Hastalarında Seksüalite. Onkoloji Hemşireliği Derneği Kurs Kitabı, İsrail Kanser Derneği.
27. Çavdar, İ. (2006). Meme Kanseri Hastalarında Cinsel Sorunlar. Meme Sağlığı Dergisi, 2(2): 64-66.

28. Salter, M., (1997). The Gynaecological Perspective. Altered Body Image The Nurses Role. (2nd Ed). Baillare Tindall, Philadelphia.
29. Coşkun, A; İnanç, N; Okumuş, H; Taşkın, L; Ekizler, H ve ark. (1996). Üreme Sistemini Yapı ve Fonksiyonu. Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği. (1. Basım). İstanbul: Vehbi Koç Vakfı Yayınları, 1-10.
30. Hoeman, S. (1996). Sexuality Education and Counseling. Rehabilitation Nursing. (2nd Ed.) Mosby-Year Book.
31. Ling, F., Duff, P. (2002). Sexual Counselling. Obstetrics and Gynecology Principles for Practice. McGraw-Hill Companies.
32. Atasü, T., Şahmay, Ş. (2001). Cinsel Fonksiyon Fizyolojisi ve Bozuklukları. Jinekoloji.(3.Baskı). İstanbul: Üniversal Bilimsel Yayınları.
33. Olds, S. B., London, M. L., Ladewig, P. A. (2000). Maternal Newborn Nursing. A Family and Community- Based Approach. Sixth Ed. Prentice-Hall, Inc. Upper Saddle River, New Jersey.
34. Önem, A., Kadioğlu, A. (2005). Erkek ve Kadında Cinsel Siklus Döngüsü. Androloji Bülteni, (22): 188–191.
35. Motofei I, Rowland, D. (2005). The Physiological Basis Of Human Sexual Arousal: Neuroendocrine Sexual Asymmetry. Int J Andrology, Apr; 28(2): 78–87.
36. Yıldırım, M. (1994). Kadın Üreme Sistemi. İnsan Anatomisi. (1. Basım). İstanbul: Beta Yayım.
37. Erol, N. (2004). Kadın Cinsel İşlev Bozukluğu ve Yansımaları. <http://med.ege.edu.tr/halksag/seminerler/200304/KadinCinselIslevBozuklugu> Erişim Tarihi: 11/11/ 2006.
38. Fitzpatrick, LA. (2004). Libido and The Perimenopausal Women. Menopause, 11(2): 136–137.
39. Berman, J., Berman, L., Goldstein, I. (1999). Female Sexual Dysfunction İnsidence, Pathophysiology, Evolution and Treatment Options. Urol, 54: 385–39.
40. Aristotelis, G., Davis, A., Ghafar, M., Bunchardt, M., Shabsigh, R. (2002). World Journal Urology, 20: 74–78.
41. Güleç, C., Köroğlu, E. (1997). Psikiyatri Temel Kitabı. (1.Basım). Ankara: Hekimler Yayın Birliği
42. Basson, R., Althof, S., Davis, S., Fugl-Meyer, K., Goldstein, I., Leiblum, S., Meston, C., Rosen, R., Wagner, G. (2004). Summary of The

- Recommendations on Sexual Dysfunctions in Women. *Journal of Sexual Medicine*, 1(1): 24–34.
43. Baram, D. (1998). Cinsellik ve Cinsel Fonksiyon. J. Berek (Ed.). Novak Jinekoloji. Ankara: Nobel kitabevi,
 44. Yeni, E. (2005). Kadında Orgazmik Fonksiyon ve Bozuklukları. *Androloji Bülteni*, (21):165–167.
 45. Breslin, E. Lucas, V. (2003). *Female Sexuality. Women's Health Nursing*. Saunders an İmprint of Elseiver Scienc. 405–433.
 46. Volpe, E., Wertheimer, J. (2004). *Exploring Sexuality Attitudes and Knowledge in Nursing: An Education Program*. Florida.
 47. Soylu, A. (2004) Kadın Cinsel Fonksiyon Bozukluğunda Tanı. *Androloji Bülteni*, Sayı 17.
 48. Geiss, M., Umek, A., et al. (2003). Prevalance of Female Sexual Dysfunction in Gynecologic and Ürogynocologic Patients According to the International Consensus Classficiation. *Urology*, 62 (3): 514 – 518
 49. Alıcı, B. (2004). *Kadın Genital Sisteminin Anatomisi. Erkek ve Kadın Cinsel Sağlığı*. (1. Basım). İstanbul: Türk Androloji Derneği Yayını.
 50. Nusbaum, M., Hamilton, C. (2002). The Proactive Sexual Health History. *American Family Phycian*, 66(9):1705–1708.
 51. Berman, J.R. Berman, L.A., Goldstein, I., Werbin, T.J. (1999). Female Sexual Dysfunction: Anatomy, Physiology, Evaluation and Treatment Options. *Curr Opin Urol*, 9(6): 563–8.
 52. Akkoç, Y., Yüceyar, N., Kirazlı, Y., Yaltırık, H., Özkaya, A. (2001). Multipl Sklerozlu Hastalarda Cinsel Fonksiyon Bozukluğu. *Ege Fiziksel Tıp ve Rehabiltasyon Dergisi*. 7(1-2): 35-38.
 53. Rosen, RC., Taylor, JF., Leiblum, SR., Bachman, GA. (1993). Prevalance of Sexual Dysfunction in Women. *J Sex Marital Ther*, 19: 171–188.
 54. Çayan, S., Akbay, E., Canpolat, B., Acar, D., Bozlu, M., Ulusoy, E. (2001) Kadınlarda Cinsel Fonksiyon Bozukluğu Bozuklukları Prevalansı ve Risk Faktörler 4. Ulusal Androloji Kongresi Program ve Özet Kitabı, 24.
 55. Güvel, S., Yayıcıoğlu, Ö., Bağış, T., Savaş, N., Bulgan, E., Özkardeş, H. (2003). Evli Kadınlarda Cinsel Fonksiyonlara Etkin Faktörler. *Türk Üroloji Dergisi*, 29 (1): 43–48.
 56. Şahin, D., Kayır, A. (2001). *Sık Görülen İki Cinsel İşlev Bozukluğu*. İstanbul: Roche Yayınları.

57. Laumann, EO., Paik, A., Rosen, RC. (1999). Sexual Dysfunction in A United States. JAMA. 281: 537- 544.
58. Basson, R., Brotto, L., Laan, E., Geoffrey, R., Utian, W. (2005). Women's Sexual Dysfunctions: Problematic Desire and Arousal. J Sex Med, 2: 291–300.
59. Boyacıoğlu, G. (1999). Kadın Cinsel İşlev Bozuklukları. Psikiyatri Dünyası, 2: 54–59.
60. İncesu, C. (2005). Cinsel İşlev Bozuklukları. (1. Basım). İstanbul: Organon Yayınları.
61. DeUgarte,C., Berman ,L., Berman,J (2004). Female Sexual Dysfunction-From Diagnosis to Treatment. Sexuality, Reproduction&Menopause, 2(3): 139–145.
62. Brassil D., Keller, M. (2002). Female Sexual Dysfunction: Definitions, Causes and Treatment. Urologic Nursing, 22(4): 237–243.
63. Miriam, B., Rosenthal, MD., Ralph,C., Benson, MD. (1994). Obstetrik ve Jinekolojinin Psikolojik Yönleri. Ed: Pernoll, M. Çeviri Ed. Saraçoğlu, F, Çağdaş Obstetrik-Jinekolojik Teşhis ve Tedavi, Barış Kitabevi.
64. Oktay, M., Tombul, K. (2003). İkiyüz Vajinismus Vakası ve Eşlerinin Psikolojik Yönden İncelenmesi. Yeni Sempozyum Dergisi, 41(3): 115–119.
65. Özkan. M. (2001). Fiziksel Hastalıklarda Cinsel Sorunlar. Sık Görülen İki Fonksiyon Bozukluğu. İstanbul: Roche Yayınları.
66. Goldstein, I., Alexander, J.L., (2005). Practical Aspects in The Management of Vaginal Atrophy and Sexual Dysfunction in Perimenopausal And Postmenopausal Women. J Sex Med, 2(3): 154–65.
67. Jacqueline, N.(2005). Exploring Sexual Dysfunction in The Menopausal Woman. Sexuality, Reproduction&Menopause, May, 3(1): 8–11.
68. Northrup, C. (2005) Çev. Füsün Doruker. Menopoz Gerçeği Akdeniz Yayıncılık.
69. Yeni, E. (2005). Kadında Orgazmik Fonksiyon ve Bozuklukları. Androloji Bülteni, (21):165–167.
70. Kadioğlu, P., Yalın, A., Tiryakioglu, O., Gazioglu, N., Oral, G., Sanlı, O., Önem, K., Kadioğlu, A. (2005). Sexual Dysfunction in Woman With Hyperprolactinemia: A Pilot Study Report. The Journal of Urology 174 (5): 1921–1925.
71. Yıldız, H., Pınar, R. (2004). Miyokard İnfarktöslü Hastalarda Cinsel Disfonksiyon. Anadolu Kardiyoloji Dergisi, 4(4): 309-317.

72. Bultrini, A., Pocci, G., Iannarell, R. (2004). Possible Correlation Between Type 1 Diabetes Mellitus and Female Sexual Dysfunction: Case Report and Literature Review. *The Journal of Sexual Medicine*, 1(3):337-340.
73. Doruk, H., Akbay, E., Çayan, S., Akbay, E., Bozlu, M., Acar, D. (2005). Effect of Diabetes Mellitus on Female Sexual Function and Risk Factors. *Archives of Andrology*, 51:1-6.
74. Gündüz, Ş. (2003). Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi. Spinal Kord Yaralanmasında Seksüel Disfonksiyonlara Rehabilitatif Yaklaşım, Cilt: 49: 3.
75. Kuloğlu, M., Atmaca, M., Geçici, Ö., Tezcan, E. (2001). Antideprasan İlaçların Cinsel İşlev Üzerine Etkileri. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 97-102.
76. Olsson, A., Lundqvist, M., Faxelid, E., Nissen, E. (2005) Women's Thoughts About Sexual Life After Childbirth: Focus Group Discussions With Women After Childbirth. *Scand J Caring Sci*, 19: 381–387.
77. Arslan, H., Potur, D., Bilgin, N. (2004) Postpartum Disparoni Gelişimini Etkileyen Faktörler ve Koruyucu Önlemler. *Türk Androloji Bülteni*, Haziran, 18: 266–268.
78. Şahin, S., Cevahir, R., Sözeri, C. (2006). Sakarya Doğum Ve Çocuk Bakımevi Hastanesi'ne İsteğe Bağlı Kürtaj İçin Başvuran Kadınların Değerlendirilmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*.1(1):17–32.
79. Yaşar, A., Gürgen, F. (2004). Cinsel Partneri Olan Bir Hemşire Grubu İle Hiç Partneri Olmamış Bir Hemşire Grubunun Cinsel Bilgi Edinme Yolları Ve Cinsel Mitlerin Yaygınlığının Karşılaştırılması. *Yeni Symposium*, 42(2): 72–76.
80. Oskay, Ü. (2005). Kadınlarda Orgazmın Kültürel ve Psikososyal Boyutu. *Androloji Bülteni*, (22): 261–263.
81. Tortumluoğlu, G., Okanlı, A., Özer, N., Hemşirelik Bakımında Kültürel Yaklaşım ve Önemi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi* ISSN: 1303–5134.
82. Özmen, E. (1999). Cinsel Mitler ve Cinsel İşlev Bozuklukları. *Psikiyatri Dünyası*, 2: 49–53.
83. Nobre, P.J., Gouveia, J. (2006). Dysfunctional Sexual Beliefs As Vulnerability Factors For Sexual Dysfunction. *The Journal of Sex Research*. 43(1): 68-75.
84. Seyisoğlu H. (2005). Menopoz Cinsel Yaşamın Sonu Değil. *Güncel Sağlık*, 7(29):62–63.

85. Kömürcü, N., Korkmaz, N. (2006). Menopozda Cinsel Yaşam. Androloji Bülteni. Kadın Cinsel Sağlığı, (25): 173–176.
86. Cawood, E.H., Bancroft, J. (1996). Steroid Hormones, The Menopause, Sexuality and Well-Being of Women. Psychol Med. Sep;26(5):925-36.
87. Ho, S.C., Chen, Y.M., Woo, J.L. (2005) Educational Level and Osteoporosis Risk In Postmenopausal Chinese Women. Am J Epidemiol. Apr 1;161(7): 680–90.
88. Reis, N. (2003). Jinekolojik Kanser ve Tedavilerinin Kadın Cinsel Sağlığına Etkileri. C. .Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 7 (2): 35–40.
89. Yeni, E.,  nal, D., Verit, A., Coşkun, A., Karataş,  .,  nal, E. (2003). Meme Kanserli Hastalarda Cinsel Fonksiyonlar Sorgulanmalı mı? Türk  roloji Dergisi, 29(2): 175–179.
90. Oğuzülgen, Peşkirioğlu. (2005) Kadın Cinsel İşlev Bozuklukları. Androloji Bülteni, (22): 253–257
91. avuőoėlu, H. (1990). Kadın Cinselliği. Klinik Gelişim, 3(3): 760- 763.
92. Perry, G.A., Potter, P.A. (1995). Self Consept and Sexuality. Basic Nursing. (5th Ed.) Mosby Company.
93. Bomar, P. (2004). Family Sexuality. Promating Health in Families. (3rd Ed.), Saunders An Imprint of Elsevier, Philadelphia.
94. Keskin, S., Savrun, M., Koçak, A., Bora, C., Coşkun, A., Koç, A. (2000). Psikoseksüel Gelişim Evrelerinin Kazanılmasında Aile: Toplumumuz Orta Sınıf Ailelerinden Bir  rnekleme. Yeni Symposium, 38(4): 149–153.
95. Yapıcı,Ş., Yapıcı, M. (2005). ocukta Ahlaki Gelişim. Bilim Eğitim ve Düşünce Dergisi, 5(3): 1–9
96. Velioğlu, P., Pektekin, ., şanlı T. (1991) Anadolu Üniversitesi Yayınları No: 497. Aık retim Fakültesi Yayınları No: 226. Hemşirelikte Kişilerarası İlişkiler. Hemşirelikte Kişiler Arası İlişkilerin Boyutları.
97. Akar, H. (2005). Psikiyatrik Yardım Talebi Olanlar ile Yardım Talebi Olmayan ve Boşanma Aşamasında Olan iftlerde; ift Uyumu ve Kişilik  zellikleri Arasındaki İlişkinin Karşılaştırılması. Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi. Psikiyatri Birimi. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi.
98. Taylor, M. C., Carol. L., Lemone, P. (1989). Sexuality. Fundamentals of Nursing. Lippincot Company, 1061–1097.
99. Özer, D.,  zer, M. (2000). Çocuklarda Motor Gelişim. İstanbul: Kazancı Kitap. Tic. Ař.

100. Leiblum, S., Rosen, R. (2000). Principles and Practice of Sex Therapy. (3rd.Ed). Guilford Yayınevi, New York.
101. Carpetino, L. (1999). Handbook Of Nursing Diagnosis. 7th Edition. Lippincott. Philadelphia. Çev: Firdevs Erdemir.
102. Kim, S.C., Moreira, E.D., Glasser, D., Gingell, C. (2006). Sexual Activity, Prevalence Of Sexual Problems, And Associated Help-Seeking Patterns In Men And Women Aged 40-80 Years In Korea: Data From The Global Study of Sexual Attitudes And Behaviors. J Sex Med, 3 (2): 201–11.
103. Cox, H., Hinz, M.D., Lubno, M.A., Tilley, D.S., Newfield, S.A., Slotter, M. (2002). Clinical Applications Of Nursing Diagnosis. (4th Ed.) F.A. Davis Company. Philadelphia. 618–632.
105. Gangar, E., Allonach, V. (2001). Problems of The Lower Urogenital Tract in The Postreproductive Years, with Associated Psychosexual Experiences. Gynaecological Nursing. (1st Ed.). Churchill Livingstone
106. Antalya Sağlık Müdürlüğü. www.antalyasm.gov.tr. Erişim Tarihi: 10/10/2006.
107. Saka, O. (2004). Araştırmalarda Deneklerin Seçimi. Türkiye Acil Tıp Dergisi, 4(2):81-85.
108. Kaplan, S., Reis, R., Kohn, I., Ikeguchi, E., Laor, E, Martins, A. (1999). Safety and Efficacy of Sildenafil in Postmenopausal Women with Sexual Dysfunction. Urology, 53(3): 481–486.
109. Yılmaz, C., Yıldız, H. (2004). Kadın Cinsel Fonksiyon Sorgulama İndeksinin Geçerlilik Güvenilirlik Çalışması. Türk Androloji Bülteni, 18: 275–276.
110. Özdamar K. (1997). Paket Programlar ile İstatistiksel Veri Analizi. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları No:1001.
111. Özdamar K. (1999) SPSS ile Bioistatistik. (3. Basım). Eskişehir: Kaan Kitabevi.
112. Öksüz, E., Malhan, S. (2006). Prevalance of Risk Factors For Female Sexual Dysfunction in Turkish Women, J Urol, Feb;175(2):654- 658
113. Kadri, N., Mchichi Alami, K.H., Mchakra Tahiri, S. (2002). Sexual Dysfunction In Women: Population Based Epidemiological Study. Arch. Womens Mental Health. October,5: 59–63

- 114.Sidi, H., Puteh, S.E., Abdullah, N., Midin, M. (2006). The Prevalance of Sexual Dysfunction and Potential Risk Factors That May Impair Sexual Function in Malaysian Women. *International Society For Sexual Medicine*, 1–11.
- 115.Abdo, C.H.N., Oliveria, W.M., Moreira, E.D., Fittipaldi, J.A. (2004). Prevalance Of Sexual Dysfunction And Correlated Conditions in A Sample Of Brazilian Women-Results of the Rrazilian Study On Sexual Behavior. *International Journal of Impotence Research*, 16: 160–166.
- 116.Yanez, D.,Castelo, C., Hidalgo, L.A., Chedraui, P.A. (2006). Sexual Dysfunction and Related Risk Factors in a Cohort of Middle-Aged Ecuadorian. *Journal Obstetric Gynecology*, October; 26(7): 682–686.
- 117.Aydos, M., Öner, S., Acar, B., Zeren, A., Aydos, S., Atahan, O. (2005). Factors That Effect Female Sexual Dysfunction Frequency. *European Urology*, 4(3): 178.
- 118.Hissasue, S.I., Kumamoto, Y., Sato, Y., Masumori, N., Horita, H., Kato, R., Kobayashi, K Hashimoto, K., Yamashita, N., Itoh, N. (2005). Prevalance of Female Sexual Dysfunction Symptoms and its Relationship to Quality of Life: a Japanese Female Cohort Study. *Urology*, 65:143–148.
- 119.Ponholzer, A., Roechlich, M., Racz, U., Temml,C., Madersbacher, S. (2005). Female Sexual Dysfunctionin A Healthy Austrian Cohort: Prevalance and Risk Factors. *European Urology*, 47: 366–375
- 120.Saferinejad, M.R. (2006). Female Sexual Dysfunction A Population Based Study in Iran Prevalance and Associated Risk Factors. *International Journal of Impotence Research*, 18: 382–395.
- 121.Hayes, R., Dennerstein, L. (2005). The Impact Of Aging On Sexual Function and Sexual Dysfunction in Women: A Review Of Population-Based Studies. *Journal Sex Med*, 2: 317–330.
- 122.Güçlü, S; Adak, N. (2002). Eğitim, Gelir ve Yaşanılan Yerin, Kadınların Sağlık ve Hastalık Davranışları Üzerindeki Etkileri. *Kadın/Woman Haziran(3):1*.
- 123.Yüksel, İ. (2003). İşsizliğin Psikososyal Sonuçlarının İncelenmesi. *C.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 4(2): 21–38.
- 124.Işıkhana, V. (2002): “Çalışma Hayatında Stres Olgusu ve Başa Çıkma Yolları” *Türkiye İşveren Sendikaları Konfederasyonu, İşveren Dergisi*, Kasım Sayısı.
- 125.Ho, S.C., Chen, Y.M., Woo, J.L. (2005) Educational Level And Osteoporosis Risk in Postmenopausal Chinese Women. *Am J Epidemiol*. Apr 1;161(7): 680–90.

126. Kolotkin, R.L., Binks, M., Crosby, R.D., Ostbye, T., Gres, E.G., Adams, D.T. (2006). Obesity and sexual quality of life. *Obesity*, March;14(3): 472–47.
127. Edis,Ç., Çağlar, T. (2006). Tütün Bağımlılığı Tedavisinde Yeni Gelişmeler. *Akciğer Arşivi*: 7: 99–103.
128. Erkol, A., Khorshid, L.(2004). Obezite; Predispozan Faktörler ve Sosyal Boyutun Değerlendirilmesi. *SSK Tepecik Hastanesi Dergisi*;14 (2): 101–107.
129. Yavuzer, H. (1996). *Çocuk ve Suç*. (8. Basım). İstanbul: Remzi Kitabevi.
130. Öncel, S., Yılmaz, M., Ak, G., (2004). 12-14 Yaş Grubu Öğrencilerin Ergenliğe Bakışı. *Sağlık ve Toplum*, 14(2):33–39.
131. Aktaş, A. M. (1998). *Evlilik Danışması. Cinsiyet ve Psikiyatri*.
132. İmamoğlu E. O, Yasak Y. (1997). Dimensions of Marital Relationships as Perceived by Turkish Husbands and Wives. *Genetic, Social, and General Psychology Monographs*, 123 (2): 221–232.
133. Signorello, L.B., Harlow, B.L., Chekos, A.K., Repke, J.T. (2001). Postpartum Sexual Functioning and its Relationship to Perineal Trauma: A Retrospective Cohort Study of Primiparous Women. *American Journal Obstetric Gynecol*, 184(5): 881–8.
134. Goetsch, M.F. (1999). Postpartum Dyspareunia. An Unexplored Problem. *J Reprod Med*, 44(11): 963–8.
135. Uçan, Ö., Karadağ, P., Çuhadar, D., Ovayolu, N. (2006) Kadınların Menstruasyon Dönemine İlişkin Uygulamaları.1. Ulusal Sağlığı Geliştirme ve Sağlık Eğitimi Kongresi Özet Kitabı.
136. Yıldırım, G., Turaçlar, N., Bakır,A., Özdemir,L. Sivas İli Ana Çocuk Sağlığına Başvuran Kadınların Aile Planlaması Yöntem Tercihleri ve Etkileyen Faktörler. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 25(3): 99–104.

ÖZGEÇMİŞ

F. Banu Karakoyunlu, 06.04.1978 yılında Isparta'da doğdu. 1991-1995 lise öğrenimini Isparta Sağlık Koleji'nde tamamladı ve Isparta Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği'nde çalışmaya başladı. 1999 yılında Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulundan mezun olarak Antalya Merkez 16 No'lu Sağlık Ocağı'nda çalışmaya başladı. 2004–2005 Güz Dönemi'nde Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı yüksek lisans eğitimine başladı. Yabancı dili İngilizcedir. Evli ve bir çocuk annesidir.

EKLER

EK: 1

ARAŞTIRMANIN YAPILMASINA İLİŞKİN İZİN BELGESİ

**T.C.
ANTALYA VALİLİĞİ
SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Eğitim Şube Müdürlüğü**

SAYI : B1041SM4070009/3506-5/573

KONU : Tez Uygulaması

11 EKİM 2005
23225

VALİLİK MAKAMINA

Akdeniz Üniversitesi öğrenci işleri daire başkanlığının 30.09.2005 tarih ve 12697 sayılı yazıları doğrultusunda Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Yüksek lisans programı öğrencisi F. Banu KARAKOYUNLU'un "Evli Kadınlarda Cinsel Fonksiyon Bozukluğu Görülme Sıklığı" konulu tezinin uygulamasını; 10.10.2005 - 25.02.2006 tarihleri arasında Merkez 17 Nolu Selahattin TOPÇU ve Merkez 2 Nolu sağlık ocakları ve bölge halkına ekli soru formları ışığında yapması Müdürlüğümüzce uygun görülmüş ise de;

Olurlarınıza arz ederim.


Uz.Dr. İbrahim GÖK
Sağlık Müdürü

OLUR
10/10/2005

Bekir Sıkı HANLIOĞLU
Vali a.
Vali Yardımcısı

EK: 2

**ARAŐTIRMACIYA YÖNELİK BİLGİ FORMU VE KADINLARIN
ÖZELLİKLERİNİ TANIMLAYICI ANKET FORMU**

Sayın katılımcı,

Kadının cinsel sağlığını olumsuz olarak etkileyen ve toplumumuzda da yaygın olarak görüldüğü bilinen kadın .cinsel fonksiyon bozuklukları çeşitli nedenlere bağlı olarak ortaya çıkmaktadır. Bu durum kadının yaşamını olumsuz etkileyip yaşam kalitesini düşürmektedir. Bu çalışma, 15-49 yaş grubu evli kadınlarda görülen cinsel fonksiyon bozukluklarının görülme sıklığı ve bu durumu etkileyen faktörlerin belirlenmesi için yapılmaktadır. Bu amaç doğrultusunda, sizlerin cevaplaması için bir soru formu hazırlanmıştır. Sorular araştırmacı ile yüz yüze cevaplandırılacak ve ortalama 15 dakikanızı alacaktır. Kadının sağlığını tehdit eden, kadın cinsel fonksiyon bozuklukları ve bunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla hazırlanan soru formunu yanıtlayarak araştırmaya çok önemli katkılar sağlayacaksınız. Toplanan veriler yalnızca araştırma için kullanılacak ve araştırmacı dışında bir başka kişi veya kurumla paylaşılmayacaktır. Gizliliği sağlamak amacıyla isim alınmayacaktır.

Katkınız için teşekkür ederim.

BANU KARAKOYUNLU

Akdeniz Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği
Yüksek Lisans Öğrencisi

Yanıtlayanın İmzası

SORU FORMU

- 1- Kaç yaşındasınız?.....
- 2- Boyunuz kaç cm?.....
- 3- Kilonuz kaç kg?.....
- 4- Sigara kullanıyor musunuz?
 - 1.Evet
 2. Hayır
- 5- Eşiniz sigara kullanıyor mu?
 1. Evet
 2. Hayır
- 6- Çalışıyor musunuz?
 - 1) Evet
 - 2) Hayır
- 7- Mesleğiniz nedir?.....
- 8- Eşinizin mesleği nedir?.....
- 9- Kaç yıldır evlisiniz?:.....
- 10- Eğitim durumunuz nedir?
 1. Okur Yazar Değil
 2. Okur Yazar
 3. İlkokul
 4. Ortaokul
 5. Lise
 6. Yüksek Okul
- 11- Eşinizin Eğitim Durum Nedir?
 1. Okur Yazar Değil
 2. Okur Yazar
 3. İlkokul
 - 4 Ortaokul
 - 5- Lise
 - 6- Yüksek Okul

12- En uzun süre yaşadığınız yerleşim birimi neresidir?

1. Büyükşehir
2. Şehir
3. İlçe
4. Köy

13- Evde yaşayan kişi sayısı ne kadardır?

.....

14- Eviniz kaç odalıdır?

.....

15- Eşiniz ve size ait bir odanız var mı?

1. Var
2. Yok

16- Eşiniz ile nasıl evlendiniz?

1. Görücü Usulü
2. Tanışarak
3. Diğer

17- Toplam aylık geliriniz ne kadar?

.....

18- Menstruasyon / Regl/ Adet durumunuz nasıl?

1. Düzenli (21-35 Günde):
2. Düzensiz :

19- Son doğumunuzu nasıl yaptınız?

1. Sezaryen
2. Normal

20- Toplam doğum sayınız nedir?

.....

21- Toplam yaşayan çocuk sayınız nedir?

.....

22- Toplam kürtaj sayınız nedir?

.....

23- Hangi aile planlaması yöntemini kullanıyorsunuz?

1. RİA
2. Kondom
3. Hap
4. Enjeksiyon
5. Geri çekme
6. Takvim yöntemi
7. Diğer

23- Menapoza girdiniz mi? :

1. Evet

2.Hayır

KADINLARDA CİNSEL FONKSİYONLARI SORGULAMA FORMU

INDEX OF FEMALE SEXUAL FUNCTION (IFSF) 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