

# 15-49 Yaş Grubu Evli Kadınlarda Cinsel İşlev Bozukluğu Görülme Sıklığı (Antalya/Türkiye)

## Prevalence of Sexual Dysfunction Among Married Women Ages 15-49 (Antalya/Turkey)

Fatma Banu KARAKOYUNLU,<sup>a</sup>  
Selma ÖNCEL<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Antalya Atatürk Devlet Hastanesi,  
<sup>b</sup>Halk Sağlığı Hemşireliği AD,  
Akdeniz Üniversitesi  
Antalya Sağlık Yüksekokulu,  
Antalya

Geliş Tarihi/Received: 30.03.2012  
Kabul Tarihi/Accepted: 31.05.2013

*Bu çalışma, 2007 yılında yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.  
Ayrıca 12. Dünya Halk Sağlığı Kongresi (27 Nisan-01 Mayıs 2009, İstanbul)'nde poster bildirisi olarak sunulmuştur.*

Yazışma Adresi/Correspondence:  
Selma ÖNCEL  
Akdeniz Üniversitesi  
Antalya Sağlık Yüksekokulu,  
Halk Sağlığı Hemşireliği AD, Antalya,  
TÜRKİYE/TURKEY  
oselma@akdeniz.edu.tr

**ÖZET Amaç:** Bu araştırma, 15-49 yaş grubundaki evli kadınlarda cinsel işlev bozukluğu görülme sıklığını belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. **Gereç ve Yöntemler:** Araştırma Antalya il merkezindeki iki sağlık ocağı bölgesinde yapıldı. Örneklem 15-49 yaş grubunda olan toplam 600 kadın alındı. Araştırma Ekim 2005-Mart 2006 tarihleri arasında yapıldı. Veriler yüz yüze görüşme yöntemi ile sosyo-demografik özelliklerin alındığı soru formu ve Kadınlarda Cinsel İşlev Sorgulama İndeksi (KCİSİ) kullanılarak toplandı. Verilerin değerlendirilmesinde student t-testi, tek yönlü varyans analizi, Scheffe testi kullanıldı. **Bulgular:** Araştırmada kadınlarda cinsel disfonksiyon prevalansı KCİSİ puanları ile değerlendirilmiştir. Elde edilen verilerde, kadınların %6,8'inin çok düşük, %16,5'nin düşük, %46,5'inin orta düzeyde ve %30,2'sinin yüksek düzeyde KCİSİ puanına sahip olduğu bulunmuştur. Kadınların cinsel fonksiyonlarını birçok faktörün etkilediği görüldü. Bu faktörler arasında, en önemlisinin yaş olduğu belirlenmiş olup; eğitimin, eşlerin eğitim durumlarının, çalışma durumunun, evlilik süresinin, 14 yaşına kadar yaşanılan yerin, evdeki kişi sayısının, gelir durumunun, doğum şeklinin, doğum ve çocuk sayısının, menstrual siklusların, sigara içme ve beden kitle indeksinin önemli olduğu saptanmıştır. **Sonuç:** Elde edilen sonuçlar doğrultusunda, 15-49 yaş grubu kadınlarda cinsel işlev bozukluğunun önemli bir sorun olduğu belirlendi ve sağlık personellerinin bu konuda eğitim ve danışmanlık rollerini yerine getirmeleri önerildi.

**Anahtar Kelimeler:** Cinsellik; hemşirelik; cinsel fonksiyon bozukluğu, fizyolojik; cinsel fonksiyon bozuklukları, psikolojik

**ABSTRACT Objective:** This descriptive study was conducted in order to determine the frequency of sexual dysfunction among married women ages 15-49. **Material and Methods:** This study was conducted in two primary health care units in the city centre Antalya. The sample contained 600 women who were between 15-49 ages. It was conducted between October 2005 and March 2006. Data were obtained with face to face interview by using the sociodemographic information questionnaire and "Female Sexual Function Examination Index" (IFSF). The student t-test, one-way analysis of variance and Scheffe test were used in the analysis of the data. **Results:** In the study, the frequency of sexual dysfunction in women were assessed by IFSF scores. With respect to result data, 6.8% of women had very low, 16.5% of them had low, 46.5% of them had intermediate and 30.2% of them had 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 affected sexual functions significantly. **Conclusion:** Sexual dysfunction was an important problem for the women between 15 and 49 age group. It was advised that the health personnel should perform education and take consulting roles.

**Key Words:** Sexuality; nursing; sexual dysfunction, physiological; sexual dysfunctions, psychological

Cinsellik; biyolojik, psikolojik, sosyal, kültürel, geleneksel, ahlaki, dini, antropolojik, politik ve ekonomik boyutları olan karmaşık bir bütündür. Cinsel ifade ve davranış insan yaşamının ayrılmaz parçasıdır.<sup>1</sup> Cinsellik ilişkilerin derinleşmesi, kendini kanıtlama ve canlı hissetme ile birlikte hayatın kalitesini artırır.

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.<sup>2</sup>

Cinsel sağlık, cinsel açıdan bedensel, duygusal ve toplumsal tam bir iyilik hali olup, kadın-erkek, genç-yaşlı bütün insanlar için temel bir haktır. Bireyin genetik yapısı, psikoseksüel gelişimi, geçmiş cinsel deneyimleri, toplumsal değer yargıları, cinsiyete özgü rol ve beklentileri, cinsel inanışları, geçirilen hastalık ve ameliyatlara cinsel davranış ve cinsel sağlığı etkileyen faktörlerdir.<sup>3</sup> Kadının cinselliğe ilişkin inanç, tutum ve davranışlarını aile, içinde bulunduğu toplum, kültür ve din belirlemektedir. Cinsellikle ilgili tutum ve davranışlar ailede öğrenilmeye başlanır ve kişinin toplumda sosyalleşmesi ile gelişir. Kişinin cinselliğe ilişkin değer ve tutumları daha sonraki cinsel yaşamında çok önemli belirleyicilerdir.<sup>4</sup> Türkiye’de cinsellik hâlâ bir tabu olarak görülmekte ve aile içinde bile rahatlıkla konuşulamamaktadır. Cinselliğin gizli, kendine özel yaşanması gerektiğine inanılmaktadır.<sup>4,5</sup>

Cinsel işlev bozukluğu (CİB), her iki cinsten cinsel yanıt döngüsünde ve cinsel istekte bozukluklar ile belirgin, psikofizyolojik değişikliklere bağlı olarak ortaya çıkan bir sorundur. CİB, biyolojik sorunların bir belirtisi olabildiği gibi, ruhsal ve kişilerarası sorunların ya da her ikisinin bir arada bulunması sonucu da görülebilir. Cinsel işlevler, herhangi bir stres, emosyonel bozukluk ya da cinsel işlev ve fizyolojinin iyi bilinmemesinden olumsuz etkilenebilir.<sup>6</sup>

Günümüzde CİB oldukça yaygın görülmesine karşın, CİB’e ilişkin tanımlama ve sınıflandırma güçlükleri hâlen devam etmektedir. CİB için, “*kişinin istediği gibi cinsel ilişkide bulunmasını engelleyen cinsel bozukluklar*” tanımı benimseilirken, “*cinsel uyarılara verilen cinsel yanıtların normal biçiminin uzun süreli bozulması*” tanımı da kullanılmaktadır. CİB, hem cinsel doyum isteğinde hem de cinsel doyuma ulaşmadaki bozulmalar olarak da tanımlanmaktadır.<sup>7</sup>

Erkeklerde CİB konusundaki ilerlemelere karşın, kadın cinsel işlevleri hakkında iyi bir tanısal sınıflama sisteminin oluşturulamaması ve bu konuda sınırlı sayıda araştırma yapılması nedeniyle kadın cinsel işlev patofizyolojisi, psikolojisi ve tedavisi tam olarak aydınlatılamamıştır. Son yıllarda, kadın cinsel işlevlerine gösterilen ilgi ve bu konudaki çalışmaların artması nedeniyle elde edilen bulgular, gerek fizyoloji gerekse tedavi konusunda önemli adımlar atılmaya başlanmasına yardımcı olmaktadır.<sup>3,8,9</sup>

CİB ile ilgili oranlar ülkeler arasında farklılıklar göstermektedir. Amerika Birleşik Devletleri’nde saptanan %43’lük orana karşın; İngiltere’de %33, İzlanda’da %22, Mısır’da %68,9, İran’da %31,5, oranları bulunmuştur.<sup>10-12</sup> Traen ve Stigum’un Norveç’te yaptıkları çalışmada, cinsel istekte azalma kadınlarda %37, erkeklerde %13 oranında bulunmuştur.<sup>13</sup> Türkiye’de ise toplum temelli çalışmalar sınırlıdır. Demirezen ve ark., birinci basamak sağlık merkezine gelen 40 yaş altı 123 genç kadında CİB prevalansını %67,5 olarak belirlemiş ve yaş, eğitim düzeyi, ekonomik durum ile CİB arasında ilişki bulmuşlardır.<sup>14</sup> Yine Türkiye’de Özerdoğan ve ark.’nın 40-65 yaş grubunda yaptıkları çalışmada, CİB görülme sıklığı ise %68,8 olarak bulunmuştur.<sup>15</sup>

Ülkemizde nüfusun %49,8’ini (37,191,315 kişi) oluşturan kadınların yaklaşık %39’unu üreme çağındaki 20-44 yaş grubu kadınlar oluşturmaktadır.<sup>16</sup> 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 ve bu birimlerde çalışanların kadınları yönlendirmede önemli rol üstlenebileceği düşünülmektedir.<sup>14</sup> Birey ile sık sık yakın ve direkt 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. Bu nedenle hemşire gereksinimleri tanılamamın yollarını geliştirmelidir.<sup>6,17</sup> Kadında CİB, yaşam kalitesinde ve ikili ilişkilerde majör etkisi olan prevalansı yüksek, çok nedenli ve çok yönlü bir sağlık sorunudur.<sup>18</sup> Bu nedenle, hemşirelerin cinsellik, CİB ve bu durumu etkileyen faktörler konusunda yeterli bilgi, beceriye sahip olması ve hizmet sunumunda duyarlı davranmaları oldukça önemlidir.

Tüm bilgilerden yola çıkarak, bu çalışma, Antalya il merkezinde yaşayan evli kadınlarda CİB sıklığını saptanmak amacı ile tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

## GEREÇ VE YÖNTEMLER

### ARAŞTIRMA YERİ VE ZAMANI

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 Ocağına bağlı olan bölge nüfusu 44753 kişidir. On beş-49 yaş grubunda 13859 kadın bulunmaktadır. Bölgedeki nüfus artış hızı binde 2,3'tür. Bölgedeki ortalama hane halkı büyüklüğü 2,87'dir. Gecekondu bölgelerinin özelliklerini temsil eden Antalya Merkez 17 No'lu Selahattin Topçu Sağlık Ocağına bağlı olan bölge nüfusu 41232 kişidir. On beş-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.

### EVREN VE ÖRNEKLEM

Araştırmanın evrenini Antalya merkezde bulunan 54 sağlık ocağı oluşturmuştur. Örneklem sosyo-demografik özellikleri farklı olan, iki sağlık ocağı bölgesindeki (2 ve 17 No'lu Sağlık Ocakları Bölgesi) 15-49 yaş grubundaki (15-49 yaşında toplam 26,561 kişi) kadınlar alınmıştır. Örneklem seçiminde sosyo-demografik özellikleri farklı olduğundan dolayı iki bölge seçilmiştir. İki No'lu Sağlık Ocağı Bölgesindeki kadınlar genellikle çalışmakta, eğitim düzeyleri daha yüksek ve az çocuğa sahiptir. 17 No'lu Sağlık Ocağı Bölgesindeki kadınlar ise genellikle çalışmamakta, eğitim düzeyleri düşük ve çok çocuğa sahiptirler. Örneklem büyüklüğü MedCalc istatistik paket programı kullanılarak hesaplanmıştır. Evreni temsil edecek örneklem sayısı,  $\alpha=0,05$ ,  $power=0,90$ , toplumda kadın CİB görülme oranı  $p=0,40$  alınarak hesaplanmıştır. Araştırmanın toplam  $n=500$  kadın üzerinde yapılması uygun bulunmasına rağmen, araştırmanın gücünü artırmak amacıyla toplam 600 kadına anket uygulaması gerçekleştirilmiştir. Böylece araştırmanın örneklemi sağlık ocağındaki ev halkı tespit fişlerinde kayıtlı olan, kayıta dayalı sistematik örneklem yöntemi ile seçilen 15-49 yaş grubu 600 kadın oluşturmuştur.<sup>19</sup>

### SORU FORMU

Araştırmada iki bölümden oluşan soru formu kullanılmıştır. İlk bölümde araştırmacılar tarafından hazırlanan, kadınların sosyo-demografik, doğurganlık özellikleri ve kullandıkları ilaçlar ile ilgili 16 soru bulunmaktadır. İkinci bölümde ise Kaplan ve ark. tarafından geliştirilen ve dokuz sorudan oluşan "Kadınlarda Cinsel İşlev Sorgulama İndeksi (KCİSİ)" bulunmaktadır.<sup>20</sup> Kullanılan ölçek, Yılmaz ve Yıldız tarafından Türkiye'de geçerlilik-güvenilirliği yapılmış bir ölçektir.<sup>21</sup> Ölçeğin Cronbach alpha değeri 0,82 olarak bulunmuştur. Bu ölçek ile kadının son dört haftadaki cinsel işlev durumu sorgulanmaktadır. Bu çalışmada ise ölçeğin Cronbach alpha değeri 0,90 olarak hesaplanmıştır.

Araştırmadaki KCİSİ sorularının yanıtlarında her bir soruya eşit puan verilmemiştir. Ölçeğin ilk üç sorusunun altı maddesi olup, 0'dan 5'e kadar,

diğer altı sorunun ise 5 maddesi olup 1'den 5'e kadar puanlandırılmıştır. Araştırmada indeksten alınacak en yüksek puan 45, en düşük puan 6 olup, toplam puan 45'tir. Bu çalışmada, CİB tanısı için belirli bir eşik değeri belirlenmemiştir. Böyle bir eşik değeri belirlenebilmesi için toplumdaki normal değerlerin ve kullanılan ölçekten elde edilen puanların o toplumdaki değerlerinin saptanması gerekir.<sup>22</sup> Bu nedenle kadın CİB'e ilişkin değerlendirme KCİSİ puan ortalamaları ile yapılmıştır. Araştırmada cinsel işlevlere ilişkin puanların daha iyi kavranabilmesi için puanlar dört ayrı gruba ayrılmış ve derecelendirilmiştir. Bu derecelendirmeye göre; 16'dan düşük puan (çok düşük), 16-25 puan (düşük), 26-34 puan (orta), 35 puan ve üzeri (yüksek) olarak değerlendirilmiştir. Türkiye'de CİB için ölçeğin kesin skor eşik değeri belirlenmiş olmamakla birlikte total skorun  $\leq 30$  olması CİB'in varlığı şeklinde yorumlanmaktadır.<sup>23</sup>

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

### ÇALIŞMAYA ALINMA ÖLÇÜTLERİ

Antalya il merkezinde yaşıyor olmak, 15-49 yaş arasında olmak, en az bir yıldır evli olmak, menopoza girmemiş olmak, kronik hastalığı bulunmamak ve sürekli bir ilaç kullanmamak, araştırmaya katılmaya gönüllü olmaktır.

### VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Verilerin analizinde SPSS 13,0 paket programı kullanılmıştır. Ölçeğin güvenilirliği için Cronbach alfa katsayısı hesaplanmış ve Cronbach alpha değeri 0,90 bulunmuştur. Bağımsız değişkenlerin cinsel fonksiyon puanları yönünden karşılaştırılmalarında; ikili grupların analizinde Students t-testi, ikiden fazla alt gruba olan değişkenlerin cinsel fonksiyon puanları yönünden karşılaştırılmalarında tek yönlü varyans analizi (ANOVA) yapılmıştır. Bu test sonucunda gruplar arasında fark bulunduğu takdirde hangisinin hangi ikili gruplardan

kaynaklandığını ortaya çıkarmak için de Scheffe testi uygulanmıştır.<sup>22</sup> Verilerin normal dağılıma uymadığı durumlarda tek yönlü varyans analizi testinin karşılığı olarak parametrik olmayan testlerden kruskal wallis varyans analizi testi (Tablo 1, 2) uygulanmıştır.<sup>22</sup>

### ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

Araştırmada uygulama yapılacak sağlık ocakları belirlendikten sonra, İl Sağlık Müdürlüğünden izin alınmıştır. Soru formları uygulanmadan önce araştırmacı kendini tanıtmış, katılımcılara araştırmanın amacı ve süresi hakkında bilgi vermiştir. Katılımcılara araştırmaya katılımın gönüllülük esasına dayandığı, isterlerse çalışmadan ayrılacakları söylenerek soru formuna isimlerini yazma zorunluluğunun olmadığı, bilgilerin güvenli bir şekilde saklanacağı ve yalnızca araştırma amacıyla kullanılacağı konusunda güvence verilmiştir. Katılımcıların sözlü ve yazılı onayı alındıktan sonra soru formunun uygulanmasına geçilmiştir. Ev halkı tespit fişlerinden yararlanılarak sistematik örnekleme yöntemi ile belirlenen kadınlarla evlerinde yüz yüze görüşülerek veriler elde edilmiştir. Sorular araştırmacı tarafından sorulmuş, verilen yanıtlar araştırmacı tarafından kaydedilmiştir. Her bir soru formunun tamamlanması yaklaşık 15 dakika sürmüştür.

Araştırmada katılımcıların sosyo-demografik özellikleri bağımsız değişkenleri; ölçekten alınan toplam KCİSİ puan ortalamaları ise bağımlı değişkeni oluşturmaktadır.

### BULGULAR

Araştırmaya alınan kadınların yaş ortalaması  $32,48 \pm 7,49$ 'dur. Kadınların %26,3'ünün ilköğretim, %28,8'inin yüksekokul mezunu olduğu, %59,5'inin çalışmadığı, %95,0'nın çekirdek aileye sahip olduğu, %65,3'ünün tanışarak evlendiği, %30,1'inin bir-beş yıl arasında evli olduğu saptanmıştır. Kadınların %98,3'ünün evlerinde özel yatak odası, %85,3'ünün üç-dört odası, %37,8'inin evinde dört kişi bulunduğu ve ortalama gelirlerinin 1385 TL olduğu belirlenmiştir. Kadınların eşlerinin %34,9'unun lise mezunu ve %47'sinin

**TABLO 1:** Kadınların KCİBİ puan ortalamalarının bazı sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı (n=600).

Özellikler	n	KCİBİ Puan Dağılımları		Test Sonucu
		X	ss	
Yerleşim Yeri				t =3,853*
Kent merkezi	300	31,7	7,99	<b>P=0,000</b>
Gecekondu	300	29,1	8,38	
Yaş Grupları				F= 9,837*
1) 15-24	98	32,5	7,95	<b>P=0,000</b>
2) 25-29	136	31,4	7,99	
3) 30-34	130	31,7	6,94	
4) 35-39	106	30,0	7,77	
5) ≥ 40	130	26,7	9,37	
Eğitim Durumu				F=15,153*
1) Okuryazar-İlkokul	173	27,7	8,70	<b>P=0,000</b>
2) Ortaokul	84	28,7	8,14	
3) Lise	170	31,0	8,53	
4) Üniversite	173	33,2	6,54	
Eşinin Eğitim Durumu				F=11,401*
1) Okuryazar-İlkokul	123	27,3	8,90	<b>P=0,000</b>
2) Ortaokul	78	28,8	8,36	
3) Lise	209	31,0	7,95	
4) Üniversite	190	32,4	7,51	
Çalışma Durumu				t= 4,034*
Çalışan	243	32,0	7,66	P= 0,000
Çalışmayan	357	29,3	8,51	
Meslek Durumu				F=8,769*
1) Çalışmıyor-Emekli	357	29,3	8,51	<b>P=0,000</b>
2) Memur	144	32,97	7,26	
3) İşçi	32	28,0	8,73	
4) Serbest	67	32,0	7,42	
Eşinin Meslek Durumu				F=5,552*
1) Çalışmıyor-Emekli	41	28,0	9,39	<b>P=0,001</b>
2) Memur	158	32,5	7,16	
3) İşçi	119	29,3	7,77	
4) Serbest	282	30,0	8,70	
Gelir Durumu (Aylık)		(Aritmetik Ortalama)		KW=24,099*
1) 0-400 TL	24	230,50	-	<b>P=0,000</b>
2) 401-800 TL	198	272,72	-	
3) 801-1200 TL	126	288,18	-	
4) 1201-1600 TL	92	305,13	-	
5) ≥ 1601 TL	160	352,42	-	
Sigara İçme				t=2,001*
İçiyor	324	29,8	8,92	P=0,046
İçmiyor	276	31,1	7,41	
Beden Kitle İndeksi				F=6,751*
1) Düşük	336	31,5	8,11	<b>P=0,001</b>
2) Orta	208	28,9	8,60	
3) Yüksek	56	29,1	7,21	
Evlilik Süresi (Yıl)				F=11,714*
1) 1-5	181	32,3	7,83	<b>P=0,000</b>
2) 6-10	161	31,1	7,54	
3) 11-15	103	31,0	7,43	
4) 16-20	85	28,3	8,80	
5) ≥ 21	70	25,3	9,20	
Evdeki Kişi Sayısı				F=8,603*
1) 2 kişi	86	33,3	8,82	<b>P=0,000</b>
2) 3 kişi	203	31,0	7,92	
3) 4 kişi	227	30,0	7,69	
4) ≥ 5 kişi	84	27,1	9,01	

\* (p&lt;0,05).

KCİBİ: Kadınlarda cinsel işlev sorgulama indeksi.

**TABLO 2:** Kadınların obstetrik özelliklerine göre KCİBİ puan ortalamalarının dağılımı.

Obstetrik Özellikler	n	KCİBİ Puan Dağılımları		Test Sonucu
		X	ss	
Menstrüasyon Durumu				t= 3,848*
				P=0,000
Düzenli	476	31,0	7,93	
Düzensiz	124	27,9	9,11	
Aile Planlaması Yöntemi Kullanma Durumu				F=1,129
				P=0,324
Etkin yöntem kullanıyor	365	30,7	7,62	
Etkin yöntem kullanmıyor	159	29,5	9,05	
Yöntem kullanmıyor	76	30,8	9,55	
Son Gebeliğin Sonucu (n=537) <sup>a</sup>		(Aritmetik Ortalama)		KW=20,358*
				P=0,000
1) Canlı doğum	389	281,07	-	
2) Ölü doğum	24	146,17	-	
3) Kürtaj	89	242,86	-	[1 ile 2 farklı]*
4) Düşük	35	285,50	-	[2 ile 3 farklı]* [2 ile 4 farklı]*
Son Gebeliğin Sonlanma Şekli (n= 525) b				F=20,131*
				P=0,000
1) Sezaryen	232	31,8	7,64	
2) Vajinal Doğum	293	28,4	8,21	[1 ile 2 farklı]*
3) Doğum yapmadı	75	33,9	8,52	[2 ile 3 farklı]*
Doğum Sayısı (n= 525) <sup>b</sup>				F=23,290*
				P=0,000
1	196	31,8	7,19	
2	232	30,2	7,65	[1 ile 3 farklı]*
3 ve üzeri	97	25,2	9,26	[2 ile 3 farklı]*
Çocuk Sayısı (n=521) <sup>c</sup>				F=11,706*
				P=0,000
1	200	31,4	7,56	
2	243	29,8	7,88	[1 ile 3 farklı]*
3 ve üzeri	78	26,3	9,30	[2 ile 3 farklı]*

KCİBİ: Kadınlarda cinsel işlev sorgulama indeksi.

<sup>a</sup> Kadınlardan 537'si gebe olmuştur; <sup>b</sup> Doğum yapan kadınların sayısı 525'dir; <sup>c</sup> Kadınların sadece 521'i çocuk sahibidir.

\* (p<0,05).

serbest meslek sahibi olduğu saptanmıştır. Araştırma grubuna alınan kadınların son gebeliklerini sonlandırma şekline bakıldığında %72,4'ünün canlı doğum yaptığı, %44,2'inin iki çocuğunun olduğu, %48,8'inin vajinal doğum yaptığı, %60,8'inin etkin bir aile planlaması yöntemi kullandığı, %79,3'ünün menstrüasyonunun düzenli olduğu belirlenmiştir. Kadınların %61,5'inin sigara kullanmadığı ve %34,7'sinin orta düzeyde şişman olduğu saptanmıştır. Kadınların %46,5'i KCİSİ'den 26-34 ara-

sında bir puan olarak CİB düzeyleri orta olarak değerlendirilmiştir (Tablo 3).

Kent merkezinde yaşayan kadınlarda CİB görülme oranının gecekonduda yaşayanlara göre daha düşük düzeyde olduğu ve aralarındaki farkın anlamlı olduğu görülmüştür (t=3,853; p=0,000) (Tablo 1).

Yaş arttıkça CİB görülme oranının daha yüksek olduğu, en yüksek puanın 15-24 yaş grubunda

**TABLO 3:** Kadınlarda cinsel işlevleri sorgulama indeks puanları (n=600)

Puanlar	Sayı	%
≤ 16 (Çok Düşük)	42	6.8
16-25 (Düşük)	99	16.5
26-34 (Orta)	279	46.5
≥ 35 (Yüksek)	181	30.2

olanların, en düşük puanın ise 40 yaş ve üzerinde olan kadınların aldığı saptanmış olup; gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ( $F=9,837$ ;  $p=0,000$ ). CİB görülme oranında eğitim düzeyinin de etkili olduğu görülmüştür. Buna göre, en yüksek puanı ( $33,23\pm 6,54$ ) yüksekokul mezunu olanlar alırken, en düşük puanı ( $27,75\pm 8,70$ ) okuyamaz-ilkokul mezunu olan grup almıştır. Kadınların eğitim düzeyi ile KCİSİ puan ortalamaları karşılaştırıldığında ise gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ( $p=0,000$ ). Bu gruplar arasındaki fark ikili karşılaştırmalarla incelenmiş (Scheffe testi) ve bu farkın lise/yüksekokul mezunu olanlardan olduğu saptanmıştır ( $p=0,05$ ). Çalışan kadınlarda KCİSİ puan ortalaması  $32,02\pm 7,66$  iken, çalışmayan kadınlarda  $29,28\pm 8,51$  bulunmuştur (Tablo 1).

Kadınların mesleklerinin KCİSİ puan ortalamalarını etkilediği belirlenmiştir ( $p=0,000$ ). Meslek grupları arasındaki farkın memur olan grup ile çalışmayan-emekli ve işçi grupları arasında olduğu görülmüştür. Çalışan kadınlarda en yüksek puan ortalamasını memur ( $32,97\pm 7,26$ ), en düşük olanı ise işçi grubu ( $28,00\pm 8,73$ ) almıştır. Bu sonuca göre memurlarda CİB görülme oranının daha düşük olduğu saptanmıştır. Çalışmada kadınların aldıkları KCİSİ puan ortalamaları ile aylık gelirleri arasında önemli bir fark olduğu saptanmıştır ( $KW=24,099$ ;  $p=0,000$ ). Ailedeki gelir düzeyi arttıkça kadınlardaki CİB görülme oranında azalma görülmektedir (Tablo 1).

Kadınlarda sigara içme durumunun KCİSİ puan ortalamasını etkileyen faktörlerden biri olduğu belirlenmiştir ( $p=0,046$ ). Araştırma grubunda sigara içen kadınlarda KCİSİ puan ortalaması  $29,77\pm 8,92$  iken, içmeyenlerde  $31,12\pm 7,41$  olarak bulunmuş-

tur. Çalışmada, kadınların beden kitle indeksi (BKİ)'nin CİB görülme oranını etkilediği saptanmıştır ( $p=0,001$ ). KCİSİ puan ortalamasının BKİ hafif olan kadınlarda daha yüksek ( $31,48\pm 8,11$ ), BKİ orta olan grupta ise ( $28,97\pm 8,60$ ) daha düşük olduğu belirlenmiştir (Tablo 1).

Çalışma grubundaki kadınların evlenme şekline göre aldıkları KCİSİ puan ortalamaları karşılaştırılmış ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ( $p=0,000$ ). Tanışarak evlenenlerde CİB görülme oranı diğerlerine göre daha azdır. Çalışmada evlilik süresinin KCİSİ puan ortalamalarını etkileyen bir faktör olduğu belirlenmiştir ( $p=0,000$ ). Evlilik süresi arttıkça CİB görülme oranında da anlamlı bir artış olduğu görülmektedir. Araştırmaya katılan kadınların evlerinde yaşayan kişi sayısının KCİSİ puan ortalamalarını etkilediği belirlenmiştir. Evde yaşayan kişi sayısı arttıkça kadınlarda CİB görülme oranı da artmaktadır (Tablo 1).

Kadınların menstrüasyon düzeninin KCİSİ puan ortalamalarını etkilediği belirlenmiştir ( $p=0,000$ ). Düzenli menstrüasyon olan kadınların KCİSİ puan ortalaması  $31,05\pm 7,93$  iken, düzensiz olanlarda  $27,87\pm 9,11$  olarak bulunmuştur. Bunun yanında, aile planlaması yöntemi kullanma durumunun KCİSİ puan ortalamasını etkilemediği saptanmıştır ( $p=0,324$ ), (Tablo 2).

Kadınların son gebeliklerinin sonlanma şekli KCİSİ puan ortalamalarını etkilemektedir ( $KW=20,358$ ;  $p=0,000$ ). Ölü doğum yapan kadınların KCİSİ puan ortalamaları; diğer üç gruba göre belirgin düzeyde düşük olup, sezaryenle doğum yapanlarda CİB görülme oranı diğerlerine göre daha yüksek bulunmuştur. Çalışmada kadınların doğum yapma şekli ile KCİSİ puan ortalamaları arasında bir fark olduğu saptanmıştır ( $p=0,000$ ). Sezaryen olan kadınlarda KCİSİ puan ortalaması  $31,81\pm 7,64$  iken, vajinal doğum yapanlarda  $28,37\pm 8,21$  bulunmuştur. Gruplar arasındaki fark incelendiğinde; sezaryenle doğum yapanlarda CİB görülme oranının diğerlerine göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 2).

Kadınların yaptıkları doğum sayısının KCİSİ puan ortalamaları üzerinde etkili olduğu görülm-

üştür ( $p=0,000$ ). Bu etkinin doğum sayısı üç ve üzeri olan grup ( $25,24\pm 9,26$ ) ile bir ( $31,80\pm 7,19$ ) ve iki ( $30,22\pm 7,65$ ) olan gruplar arasında olduğu saptanmıştır. Buna göre üç ve daha fazla doğum yapan kadınlarda CİB görülme oranı daha yüksektir. Çalışma sonunda kadınların sahip oldukları çocuk sayısına göre KCİSİ puan ortalamalarında gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ( $p=0,000$ ). Çocuk sayısı arttıkça KCİSİ puan ortalamalarının düştüğü görülmektedir (Tablo 2).

## TARTIŞMA

Kadınlarda görülen CİB, kadının yaşamını olumsuz etkileyen ve yaşam kalitesini düşüren oldukça önemli bir sağlık sorunudur. Çalışmada kadınların %46,5'inin orta (46-35 puan) ve %30,2'sinin yüksek oranda (35 puandan fazla) KCİSİ puanına sahip olduğu görülmüştür. Türkiye'de bu konuda yapılan çalışmalarda, %27 ile %68,8 arasında değişen farklı sonuçlar bulunmuştur.<sup>14,15,24-26</sup> Kadınlarda CİB yönünden, Türkiye'de yapılan çalışmalar ile yurtdışında, farklı kültür, yer, yaş gruplarında yapılan çalışma sonuçları arasında belirgin bir fark bulunmamış ve prevalans oranının oldukça değişken olduğu (%27-78,4) saptanmıştır.<sup>27-29</sup>

Araştırma sonuçlarındaki önemli bulgulardan birisi, uzun süre kentlerde yaşayan kadınlarda CİB görülme oranının daha az olmasıdır. Bunun nedenini kadının cinsel fonksiyonunu olumsuz etkileyen birçok etkenin kırsal bölgede daha fazla bulunmasına bağlamak mümkündür. Bunlar, gecekondü bölgesinde yaşayan kadınların kent merkezindekilere göre daha düşük eğitim düzeyi, daha fazla doğum ve çocuğa sahip olmaları, görücü usulü ile evlenmeleri, çalışma ve gelir düzeyinin düşük olması gibi nedenler olarak sıralanabilir. Ayrıca gecekondü bölgesinde tabuların fazla oluşu, cinsellikle ilgili konuların az konuşulması, bu bozukluğu sorun olarak görme ya da çözüm aramanın daha düşük olmasından cinsel fonksiyonların olumsuz etkilendiği düşünülmektedir. Yapılan çalışmalarda cinsel sorunlar nedeniyle birçok kadının acı çektiği, kadınların kendilerini bu konuda beceriksiz hissettiği, utandığı, suçluluk duyduğu ve

bu duyguyu yaşayanların tedavi arayışına girmedikleri belirlenmiştir.<sup>30-32</sup>

Araştırma bulgularında en önemli sonuçlardan birisi de yaşın ilerlemesi ile ters orantılı olarak KCİSİ ortalamalarının azalmasıdır. Özellikle 40 yaş ve üzerindeki kadınların puanlarında oldukça azalma olduğu görülmüştür. Türkiye'de yapılan birçok çalışmada bu sonucu destekleyen veriler elde edilmiştir.<sup>14,15,25,27</sup> Yapılan bazı çalışmalarda ise yaşın cinsel yaşamı etkilemediğini gösteren araştırmalar da vardır.<sup>24,26,33-35</sup> Bunun yanında farklı ülkelerde yapılan çalışmalarda kadınlarda cinsel ilişki sıklığının ve cinsel fonksiyonların yaşa bağlı olarak azaldığı sonucu ortaya çıkmıştır.<sup>13,27-29,36-38</sup> 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.<sup>39</sup> Araştırmada CİB'in yaşla birlikte artmasının nedeni; ilerleyen yaşla orantılı olarak, kadının anatomisinde, over fonksiyonlarında meydana gelen değişikliklerin ve buna bağlı hormonal değişimlerin kadının cinsel fonksiyonlarını olumsuz etkilemesi, ayrıca yaşla birlikte hastalıkların, psikososyal sorunların ve sosyal destek gereksinimlerinin de artmasına bağlanabilir.

Araştırma bulgularında üzerinde durulması gereken sonuçlardan birisi de kadınların ve eşlerinin eğitim durumlarının cinsel işlevlerini etkilemesidir. Eğitim düzeyleri arttıkça CİB görülme oranlarında düşme olması önemli bir sonuçtur. Farklı gruplarda yapılan birçok çalışmada; eğitim düzeyinin düşük olmasının CİB görülme sıklığını olumsuz yönde etkilediği saptanmıştır.<sup>13-15,27,40,41</sup> Türkiye'de kadınlarda okullaşma oranı %89'dur.<sup>16</sup> Güvel ve ark.nın yaptığı çalışmada ise eğitim durumunun KCİSİ puanlarını etkilemediği belirlenmiştir.<sup>24</sup> Geleneksel toplumların kadına biçtiği en iyi rol eş ve annelik olduğu için eğitimi olmayan kadın erken yaşta evlendirilip çocuk doğurması beklenmektedir. Böyle bir sistemde çok çocuğu olan kadının anne olarak toplumsal konumu yükselirken; eğitim, sosyal ve mesleki alanlarda ilerlemesi engellenmektedir.<sup>41</sup> Sağlık ve eğitim arasın-



daki ilişki, iş ve ekonomik koşullar, sosyal-psikolojik şartlar ve sağlıkla ilgili yaşam tarzları birbirini etkileyen faktörlerdir.<sup>13,26,42</sup> Bu yönden bakıldığında çalışmada bir diğer önemli sonuç, kadınların çalışma durumunun, kadınların ve eşlerinin mesleklerinin ve aylık gelir durumlarının KCİSİ puan ortalamalarını etkilemesidir. Çalışmayan kadınlarda CİB görülme oranının daha yüksek olduğu başka çalışmalarda da gösterilmiştir.<sup>12,15</sup> Ekonomik refah eğitim konusunda olduğu gibi kadınların statülerinin iyileşmesinde önemli rol oynayabilmektedir.<sup>16</sup> Bu durum kadınların yaşam kalitesini ve dolayısı ile cinsel yaşamını olumlu yönde etkilemektedir. Araştırmada çalışan, geliri yüksek ve memur olan kadınlarda KCİSİ puanlarının yüksek olduğu belirlenmiştir. Bunların nedenleri, kadının kendine ait gelir getiren bir işe, arkadaş çevresine sahip olması, benlik saygısı ve özgüveninin yüksek olması ve aktif sosyal bir yaşamının olması; çalışmayan kadınların ise ev içinde kısıtlanmaları, geleneksel rollerini devam ettirmek zorunda kalmaları ve sosyal yaşamdan soyutlanmaları şeklinde açıklanabilir. Maddi yeterliliğin yaşam kalitesini, dolayısı ile yaşamın önemli bir parçası olan cinselliği olumlu yönde etkilediğini söylemek mümkündür.

Çalışmada sigara, cinselliği etkileyen etkenlerden biri olarak ortaya çıkmıştır. Öksüz ve Malhan'ın Ankara'da yaptıkları çalışmada sigara kullananlarda CİB'in daha yaygın görüldüğü saptanmıştır.<sup>25</sup> Bunun yanında sigaranın cinsel fonksiyonları etkilemediğini saptayan çalışmalar da vardır.<sup>12,15,24,26,35</sup> Çalışmada sigara içenlerde KCİSİ puanının düşük olması, sigaranın bireyde yorgunluk, uykusuzluk, ruhsal gerilim, stres, performans düşüklüğü ve reflekslerde azalma gibi olumsuz sonuçlara neden olarak, bireyin yaşam kalitesini düşürmesi, dolayısıyla cinsel fonksiyonları da etkilemesi şeklinde açıklanabilir.

Kadınların cinsel fonksiyonlarını BKİ'nin etkilemesi dikkat çeken bir başka sonuçtur. BKİ hafif olan kadınlarda ortalama puan en yüksek iken, orta kilolu grupta puanlar düşmüştür. Kolotkin ve ark. da BKİ yüksek olan kadınlarda cinsel yaşam kalitesinin bozulduğunu belirlemişlerdir.<sup>43</sup> Yapı-

lan iki çalışmada ise BKİ'nin cinsel fonksiyonları etkilemediği belirlenmiştir.<sup>36,44</sup> Obezite kişilerde cinsel istek azlığı, cinsel performans zorluğu, cinsel ilişkiden kaçınmak gibi cinsel yaşamı etkileyen olumsuzluklara neden olmaktadır. Obeziteye bağlı en sık görülen psikolojik sorunlar klinik depresyon ve benlik saygısı düşüklüğüdür.<sup>45</sup> Faith ve Schare yaptıkları çalışmada, olumsuz beden imajının cinsel deneyimleri azalttığını belirlemişlerdir.<sup>46</sup>

Çalışmada dikkat çeken bir bulgu da uzun süre köyde yaşamının, görücü usulü ile evlenmenin, evde yaşayan kişi sayısının çok olmasının cinsel fonksiyonu olumsuz yönde etkilemesidir. Kişilerin uzun süre yaşadıkları yer, toplumun benimsediği değer yargılarını, kültürünü, çocuk yetiştirme biçimini, eğitimini etkiler. Yerleşim yeri ve çevre büyük ölçüde kişilerin davranış ve tutumlarında belirleyicidir. Tanışarak önceden birbirini tanıyarak evlenme eşler arasındaki uyumu etkilemektedir. Bu durum eşler arasında evlilik öncesi duygusal paylaşımın daha fazla olması açısından önemlidir. Özerdoğan ve ark.'nın yaptıkları çalışmada da görücü usulü ile evlenmenin anlaşarak evlenmeye göre CİB için önemli bir risk faktörü olduğu ortaya çıkmıştır.<sup>15</sup>

Kadınların menstrüasyonlarının düzensiz olmasının da cinsel fonksiyonlarını olumsuz yönde etkilediği saptanmıştır. Güvel ve ark.'nın yaptıkları çalışmada da menstrüasyon düzeni ile KCİSİ puanları arasında ilişki bulunmuştur.<sup>24</sup> Kadın hayatının yarısı; menstrüasyon süreci ve bu sürece yönelik fiziksel, davranışsal ve emosyonel değişikliklerle geçen sorunlarla devam etmektedir.<sup>47</sup> Birçok kadın cinsel kimliğini ve cinsel rolünü menstrüal fonksiyonları ile beraber düşünür. Bu nedenle; kadınlar bu fonksiyonlarındaki değişimleri özellikle amonereyi cinsel kimliklerine bir tehdit olarak algılayabilirler.<sup>48</sup> Bunun yanında düzensiz menstrüasyon olan kadınlarda KCİSİ puanının düşük olma nedeninin hormonal sorunlar, gebe kalma korkusu ya da kadının premenopozal dönemde olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmada özellikle çok doğum yapanlarda ve üç çocuk ya da daha fazla çocuğa sahip olanlarda,

CİB görülme oranının daha fazla olduğu görülmektedir. Yapılan diğer çalışmalarda da çocuk sayısının cinsel fonksiyonlar üzerinde etkili olduğu; çocuk sayısı arttıkça CİB'in daha yaygın görüldüğü belirlenmiştir.<sup>12,15,28</sup> Bu sonucu, çok doğum yapan kadının fiziksel olarak yıpranması, yorulması, eşi ve kendisi için yeterli zaman bulamaması, cinselliğe daha az zaman ayırması, çocuklara olan ilginin artması ve aile stresörlerinin cinsellikten uzaklaşmaya yol açması şeklinde açıklamak mümkündür. Türkiye'de ortalama hane halkı büyüklüğü 3,9 olup, bu sayı ülkenin güneyinde 5,6'ya kadar yükselmektedir. Ayrıca toplam doğurganlık hızı da 2,16'dır.<sup>16</sup> Bunun yanında Aydos ve ark.nın yaptığı çalışmada, çocuk sayısının CİB'e etkisi olmadığı bulunmuştur.<sup>40</sup>

Kadınların spontan/müdahaleli doğum yapmalarının ve doğumlarının sonlanma şekillerinin (canlı doğum, ölü doğum, kürtaj, düşük) cinsel fonksiyonlarını etkilediği saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda yine perineal laserasyonun disparoniye neden olduğu gösterilmiştir.<sup>49,50</sup> Bir bebeğin doğumu genellikle mutlulukla karşılanan bir olaydır. Ancak her doğum böyle sonuçlanmaz. Anne ister düşük yapmış olsun, ister bebeğini doğurduktan sonra neonatal bir ölümle karşılaşmış olsun, ölüm geleceğinin yitimi, bebekle ilgili ümitlerin kaybı demektir.<sup>48</sup> Düşük ya da kürtaj yaşayan kadın bundan dolayı suçluluk hissi ya da yeniden gebe kalma korkusuna kapılarak cinsellik ve cinsel ilişkiden uzaklaşabilir.

Sonuç olarak; kadınların cinsel fonksiyonlarını etkileyen birçok etmen vardır. Bunların başında; gecekondulu bölgede oturmak, ileri yaşta olmak, hem kendinin hem de eşinin eğitim düzeyinin düşük olması (okuryazar ve ilköğretim mezunu), herhangi bir işte çalışmamak, gelir düzeyinin düşük olması, sigara içmek, BKİ'nin yüksek olması, 14 yaşına kadar küçük yerleşim yerlerinde, köylerde yaşamak, görücü usulü ile evlenmek, uzun yıllardır

evli olmak, evde yaşayan kişi sayısının çok olması, menstrüasyonun düzensiz olması, düşük-kürtaj-ölü doğum yapmak, müdahaleli doğum, çok doğum yapmak ve fazla sayıda çocuğa sahip olmak gelmektedir. Bunun yanında kadınların cinsel fonksiyonları üzerine; aile tiplerinin, kendilerine ait odalarının olup/olmamasının, oda sayısının ve kullandıkları aile planlaması yönteminin etkili olmadığı saptanmıştır. Özetle ülkemizde CİB'in kadınlar için önemli bir halk sağlığı sorunu olduğu bir kez daha ortaya çıkmıştır.

Bu sonuçlardan yola çıkarak; cinsellikle ilgili konuşmak tabu olmaktan çıkmalı, cinsel eğitim, eğitimin her aşamasında, toplumun kültürel ve sosyal yapısına uygun şekilde multidisipliner bir yaklaşımla verilmelidir. Birinci basamak sağlık kurumlarında çalışan sağlık personellerinin bireye etkin sağlık hizmeti verebilmesi için öncelikle CİB'in nedenlerini ve etki eden faktörleri bilmesi gereklidir. Kadın ve erkekleri birlikte ele alan nitel ve nicel araştırmalar yapılmalıdır. Ayrıca benzer çalışmalar farklı grup (menopozu giren, sürekli ilaç kullanan, kronik hastalığı olanlarda), kültür ve yerleşim yerlerinde yapılarak sonuçların karşılaştırılması önemlidir.

#### ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Veriler toplanırken sorular doğrudan kadınlara yöneltilmiş olup, uzun süre izlem yapılmamıştır. Araştırma sadece doğurganlık çağındaki kadınlara uygulanmış, eşleri araştırma kapsamına alınmamış, kadınların premenopozal dönemde olup olmadıkları, daha önce cinselliğe ilişkin bilgi alıp almadıkları sorgulanmamıştır. Çalışma bir bölgede yapıldığı için tüm topluma genellemek mümkün değildir.

#### *Teşekkür*

*Araştırmada soruları yanıtlayan tüm kadınlara teşekkür ederiz. Ayrıca araştırmanın istatistiklerinin yapılmasına katkıda bulunan Doç.Dr. Can Deniz KÖKSAL'a teşekkür ederim.*

## KAYNAKLAR

1. Kıray Vural B, Bayık Temel A, [Analysis of some factors in predicting sexual satisfaction]. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences* 2010;13(1):24-34.
2. Eroğlu G. Sexual health in cancer. *Androloji Bülteni* 2004;19(3):355-6.
3. Yadav J, Gennarelli LA, Ratakonda U. Female sexuality and common sexual dysfunctions: evaluation and management in a primary care setting. *Prim Care Update Ob Gyns* 2001; 8(1):5-11.
4. Mete S. [Woman and sexuality]. Şirin A, editör. *Kadın Sağlığı*. 1. Baskı. İstanbul: Bedray Basın Yayıncılık; 2008. p.110-24.
5. Dağdeviren N, Set T, Aktürk Z, Öztora S. Sexual activity trends of Turkish adolescents. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2011;31(4):823-9.
6. Karakoyunlu FB, Öncel S. [About sexual dysfunctions an example to nursing care process belong to woman]. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2009;12(3): 82-92.
7. Rosen RC. Assessment of female sexual dysfunction: review of validated methods. *Fertil Steril* 2002;77(Suppl 4):S89-93.
8. Akın S. [Sexual dysfunction epidemiology]. *Androloji Bülteni* 2004;18(3):264-5.
9. Guvel S. [Epidemiology of female sexual dysfunction]. Kadioğlu A, Başar B, Semerci B, Orhan İ, Aşçı R, Yaman MÖ ve ark., editörler. *Erkek ve Kadın Cinsel Sağlığı, Türk Androloji Derneği Yayını*. 1. Baskı. İstanbul: Acar Matbaacılık; 2004. p.615-9.
10. Önem A, Kadioğlu A. [Sexual cycles of loop for male and female]. *Androloji Bülteni* 2005;22(3):188-91.
11. Elnashar AM, El-Dien Ibrahim M, El-Desoky MM, Ali OM, El-Sayd Mohamed Hassan M. Female sexual dysfunction in Lower Egypt. *BJOG* 2007;114(2):201-6.
12. Safarinejad MR. Female sexual dysfunction in a population-based study in Iran: prevalence and associated risk factors. *Int J Impot Res* 2006;18(4):382-95.
13. Traeen B, Stigum H. Sexual problems in 18-67-year-old Norwegians. *Scand J Public Health* 2010;38(5):445-56.
14. Demirezen E, Erdoğan S, Önem K. [Sexual function assessment in women under the age of forty of the applicant in primary health care center]. *Androloji Bülteni* 2006;25(2): 177-80.
15. Özerdoğan N, Sayiner FD, Köşgeroğlu N, Ünsal A. [The prevalence of sexual dysfunction and depression and other factors associated in women 40 to 65 years old]. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi* 2009;2(2):46-59.
16. Turkish Statistical Institute. *İstatistiklerle Kadın 2011*, Yayın no: 3660. Ankara: Turkish Statistical Institute, Printing Division; 2012. p.16-36.
17. Gökyıldız S. How ensure to improvement of sexual health of nurse? *İ.Ü.FNHYO Hemşirelik Dergisi* 2002;49(1):91-8.
18. Turna B, Apaydin E, Semerci B, Altay B, Cikili N, Nazlı O. Women with low libido: correlation of decreased androgen levels with female sexual function index. *Int J Impot Res* 2005; 17(2):148-53.
19. Saka O. [Selection of researches subjects]. *Tr J Emerg Med* 2004;4(2):81-5.
20. Kaplan SA, Reis RB, Kohn IJ, Ikeguchi EF, Laor E, Te AE, et al. Safety and efficacy of sildenafil in postmenopausal women with sexual dysfunction. *Urology* 1999;53(3):481-6.
21. Ayşeçkin Yılmaz C, Yıldız Eryılmaz H. [The studies validity and reliability of female sexual function index]. *Androloji Bülteni* 2004;18(6): 275-6.
22. Ozdamar K. *Cluster Analysis. Analysis Statistical Data Package with Programs*. 5<sup>th</sup> ed. Eskişehir: Kaan Kitabevi; 2004. p.279-351.
23. Erol B, Tefekli A, Ozbey I, Salman F, Dincag N, Kadioğlu A, et al. Sexual dysfunction in type II diabetic females: a comparative study. *J Sex Marital Ther* 2002;28(Suppl 1):55-62.
24. Güvel S, Yaycıoğlu Ö, Bağış T, Savaş N, Bulgan E, Özkardes H. [Factors associated with sexual function in married women]. *Türk Üroloji Dergisi* 2003;29(1):43-8.
25. Oksuz E, Malhan S. Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction in Turkish women. *J Urol* 2006;175(2):654-8.
26. Kadri N, McHichi Alami KH, McHakra Tahiri S. Sexual dysfunction in women: population based epidemiological study. *Arch Womens Ment Health* 2002;5(2):59-63.
27. Abdo CH, Oliveira WM Jr, Moreira ED Jr, Fitipaldi JA. Prevalence of sexual dysfunctions and correlated conditions in a sample of Brazilian women--results of the Brazilian study on sexual behavior (BSSB). *Int J Impot Res* 2004;16(2):160-6.
28. Sidi H, Puteh SE, Abdullah N, Midin M. The prevalence of sexual dysfunction and potential risk factors that may impair sexual function in Malaysian women. *J Sex Med* 2007;4(2): 311-21.
29. Yáñez D, Castelo-Branco C, Hidalgo LA, Chedraui PA. Sexual dysfunction and related risk factors in a cohort of middle-aged Ecuadorian women. *J Obstet Gynaecol* 2006;26(7): 682-6.
30. Mercer CH, Fenton KA, Johnson AM, Wellings K, Macdowall W, McManus S, et al. Sexual function problems and help seeking behaviour in Britain: national probability sample survey. *BMJ* 2003;327(7412):426-7.
31. Treen B. When sex becomes a duty. *Sex Relat Ther* 2008;23(1):61-84.
32. Nobre PJ, Pinto-Gouveia J. Emotions during sexual activity: differences between sexually functional and dysfunctional men and women. *Arch Sex Behav* 2006;35(4):491-9.
33. Gracia CR, Sammel MD, Freeman EW, Liu L, Hollander L, Nelson DB. Predictors of decreased libido in women during the late reproductive years. *Menopause* 2004;11(2): 144-50.
34. Bancroft J, Loftus J, Long JS. Distress about sex: a national survey of women in heterosexual relationships. *Arch Sex Behav* 2003; 32(3):193-208.
35. Ventegodt S. Sex and the quality of life in Denmark. *Arch Sex Behav* 1998;27(3):295-307.
36. Hisasue S, Kumamoto Y, Sato Y, Masumori N, Horita H, Kato R, et al. Prevalence of female sexual dysfunction symptoms and its relationship to quality of life: a Japanese female cohort study. *Urology* 2005;65(1):143-8.
37. Ponholzer A, Roehlich M, Racz U, Temml C, Madersbacher S. Female sexual dysfunction in a healthy Austrian cohort: prevalence and risk factors. *Eur Urol* 2005;47(3):366-74.
38. Moreira ED, Glasser DB, King R, Duarte FG, Gingell C; GSSAB Investigators' Group. Sexual difficulties and help-seeking among mature adults in Australia: results from the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviours. *Sex Health* 2008;5(3):227-34.
39. Erol B. [Anatomy of female genital system]. Kadioğlu A, Başar B, Semerci B, Orhan İ, Aşçı R, Yaman MÖ ve ark., editörler. *Erkek ve Kadın Cinsel Sağlığı, Türk Androloji Derneği Yayını*. 1. Baskı. İstanbul: Acar Matbaacılık; 2004. p.593-600.
40. Aydos M, Oner S, Acar B, Zeren A, Aydos S, Atahan O. Factors that effect female sexual dysfunction frequency. *European Urology* 2005;4(3):178.
41. Singh JC, Tharyan P, Kekre NS, Singh G, Gopalakrishnan G. Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction in women attending a medical clinic in south India. *J Postgrad Med* 2009;55(2):113-20.

42. Özmen E. [Sexual myths and sexual dysfunction]. *Psikiyatri Dünyası* 1999;3(2):49-53.
43. Kolotkin RL, Binks M, Crosby RD, Ostbye T, Gress RE, Adams DT. Obesity and sexual quality of life. *Obesity* 2006;14(3):472-9.
44. Rosen RC, Taylor JF, Leiblum SR, Bachmann GA. Prevalance of sexual dysfunction in women: Results of a survey study of 329 women in an outpatient gynecological clinic. *J Sex Marital Ther* 1993;19(3):171-88.
45. Edis Çakır E, Çağlar T. [New Advances in Therapy for Tobacco Dependence]. *Türkiye Klinikleri Arch Lung* 2006;7(3):99-103.
46. Faith MS, Schare ML. The role of body image in sexually avoidant behavior. *Arch Sex Behav* 1993;22(4):345-56.
47. Imamoglu EO, Yasak Y. Dimensions of marital relationships as perceived by Turkish husbands and wives. *Genet Soc Gen Psychol Monogr* 1997;123(2):211-32.
48. Taşkın L. [Anatomy of reproductive system]. *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*. 6. Baskı. Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık; 2003. p.19-29.
49. Goetsch MF. Postpartum dyspareunia. An unexplored problem. *J Reprod Med* 1999;44(11):963-8.
50. Signorello LB, Harlow BL, Chekos AK, Repke JT. Postpartum sexual functioning and its relationship to perineal trauma: a retrospective cohort study of primiparous women. *Am J Obstet Gynecol* 2001;184(5):881-8.