

T.C.

ORDU ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KADINLARDA CİNSEL İŞLEV, ÜRİNER
İNKONTİNANS, DEPRESYON, ANKSİYETE VE
STRES İLİŞKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Gamze BALTÜRK

ORCID: 0009-0003-3667-5958

Hemşirelik Anabilim Dalı

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Nülüfer ERBİL

ORDU-2024

ONAY



TEZ BİLDİRİMİ

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

Gamze BALTÜRK

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim süresince pek çok konuda engin bilgisi, ilgisini esirgemeyen, sabır ve tecrübe ile bana her konuda yol gösteren, çalışmamın her aşamasında desteğini esirgemeyen ve etik ilkeler çerçevesinde geleceğe dair yön veren danışmanım Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı Sayın Prof. Dr. Nülüfer ERBİL'e

Yüksek lisans eğitimim boyunca emeği geçen ve tez savunma sınavımda verdiği önerilerle tezimin gelişmesine katkı sağlayan Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Sayın Dr. Öğr. Üyesi Ebru ŞAHİN'e,

Yüksek lisans tez savunma komitesinde olup verdiği önerilerle tezime katkıda bulunan Giresun Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı Sayın Doç. Dr. Eda ŞAHİN'e,

Yüksek lisans eğitimime katkıları ve desteği bulunan Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi öğretim üyelerine,

Yüksek lisans eğitimim boyunca beni her konuda destekleyen ve yardımcı olmaya çalışan çalışma arkadaşlarıma,

Hayatımın her alanında ve her döneminde olduğu gibi, yüksek lisans eğitimim boyunca da sevgi, şefkat ve sabırla yanımda olan, beni destekleyen, bana güç veren, canım aileme,

Bu zorlu süreçte desteklerini esirgemeyen, her koşulda yardımına koşan canım arkadaşlarıma, araştırmama gönüllü olarak katılan kadınlara,

Tüm kalbimle sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Gamze BALTÜRK

ÖZET

KADINLARDA CİNSEL İŞLEV, ÜRİNER İNKONTİNANS, DEPRESYON, ANKSİYETE VE STRES İLİŞKİSİ

Amaç: Bu çalışmanın amacı, kadınlarda cinsel işlev, üriner inkontinans, depresyon, anksiyete ve stres ilişkisinin incelenmesidir.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı ve ilişki arayıcı çalışmanın örnekleme Türkiye'nin kuzeyinde bir eğitim araştırma hastanesinin polikliniklerine başvuran, araştırmaya katılmayı kabul eden ve alınma kriterlerine uyan 383 kadın alınmıştır. Araştırma verileri kişisel bilgi formu, Kadın Cinsel İşlev Ölçeği (KCIÖ), Uluslararası İnkontinans Konsültasyon Anketi-Kısa Formu (ICIQ-SF), Depresyon, Anksiyete, Stres Ölçeği (DASÖ-21) ile 20 Şubat 2023 – 1 Eylül 2023 tarihleri arasında yüz yüze yöntemle toplanmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemler, normal dağılıma uygunluğu için Skewness ve Kurtosis katsayıları, t testi, One Way ANOVA testi, Pearson korelasyon ve multiple regresyon analizi testi kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya katılan kadınların yaş ortalaması 35.13 ± 6.84 saptanmıştır. Kadınların KCIÖ puan ortalaması 25.29 ± 6.47 olduğu, %48.8'inde cinsel işlev sorunu (KCIÖ $26.55 \geq$) olduğu bulunmuştur. KCIÖ alt boyut puan ortalamaları; istek 3.55 ± 0.99 , uyarılma 4.07 ± 1.22 , kayganlaşma 4.27 ± 1.32 , orgazm 4.02 ± 1.28 , doyum 4.38 ± 1.23 , ağrı 4.97 ± 1.38 saptanmıştır. ICIQ-SF ölçek puan ortalamasının 2.66 ± 3.74 olduğu belirlenmiştir. Kadınların %38.6'sında idrar kaçırma sorunu olduğu bulunmuştur. Kadınların DASÖ puan ortalamaları; depresyon alt boyutu için 3.96 ± 3.04 , anksiyete alt boyutu için 2.85 ± 2.66 , stres alt boyutu için 5.82 ± 2.93 bulunmuştur. DASÖ kesme noktalarına göre; kadınların %38.6'sının depresyon, %35'inin anksiyete, %22.2'sinin stres yaşadığı bulunmuştur. Kadınların KCIÖ ile ICIQ-SF ($r = -.559$), DASÖ Depresyon ($r = -.428$), DASÖ Anksiyete ($r = -.317$), DASÖ Stres arasında negatif yönde "orta" düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler olduğu ($r = -.370$) belirlenmiştir. Çoklu regresyon analizine göre, üriner inkontinans ve depresyonun cinsel işlevin önemli yordayıcıları olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$).

Sonuç: Her iki kadından yaklaşık biri cinsel işlev sorunu, her on kadından yaklaşık dördü üriner inkontinansa sahipti. Kadınlarda depresyon, anksiyete ve stres orta düzeydeydi. Kadınlarda üriner inkontinans ve depresyonun cinsel işlevin önemli yordayıcıları olduğu saptandı. Sağlık profesyonellerinin kadınlarda cinsel işlev, üriner inkontinans, depresyon, anksiyete ve strese yönelik farkındalıklarının artırılması ve ileri araştırmalar önerilir.

Anahtar Kelimeler: Anksiyete, cinsel işlev, depresyon, hemşirelik, kadın, stres, üriner inkontinans

ABSTRACT

RELATIONSHIP BETWEEN SEXUAL FUNCTION, URINARY INCONTINENCE, DEPRESSION, ANXIETY AND STRESS AMONG WOMEN

Aim: The aim of this study was to investigate the relationship between sexual function, urinary incontinence, depression, anxiety and stress in women.

Materials and Methods: The sample of this descriptive and correlational study included 383 women who applied to the outpatient clinics of a training and research hospital in northern Turkey, agreed to participate in the study and met the inclusion criteria. The research data were collected with personal information form, Female Sexual Function Inventory (FSFI), International Incontinence Questionnaire Short Form (ICIQ-SF), Depression, Anxiety, Stress Scale (DASS-21) by face-to-face method between 20 February 2023 and 1 September 2023. Descriptive statistical methods, Skewness and Kurtosis coefficients, t test, One Way ANOVA test, Pearson correlation and multiple regression analysis test were used to analyze the data.

Results: The mean age of the women who participated in the study was 35.13 ± 6.84 years. The mean FSFI score of the women was 25.29 ± 6.47 and 48.8% had sexual function problems ($FSFI \geq 26.55$). The mean FSFI subscale scores were as follows: desire 3.55 ± 0.99 , arousal 4.07 ± 1.22 , lubrication 4.27 ± 1.32 , orgasm 4.02 ± 1.28 , satisfaction 4.38 ± 1.23 , and pain 4.97 ± 1.38 . The mean ICIQ-SF scale score was 2.66 ± 3.74 . It was found that 38.6% of the women had urinary incontinence. The mean DASS scores of the women were found to be 3.96 ± 3.04 for depression subscale, 2.85 ± 2.66 for anxiety subscale and 5.82 ± 2.93 for stress subscale. According to the cut-off points of the DASS, it was found that 38.6% of women experienced depression, 35% experienced anxiety, and 22.2% experienced stress. It was determined that there were “moderate” statistically significant negative correlations between the FSFI and ICIQ-SF ($r = -.559$), DASS Depression ($r = -.428$), DASS Anxiety ($r = -.317$), and DASS Stress ($r = -.370$). According to multiple regression analysis, urinary incontinence and depression were found to be significant predictors of sexual function ($p < 0.05$).

Conclusion: Approximately one in every two women had a sexual function problem, and four in ten women had urinary incontinence. Depression, anxiety and stress were moderate in women. Urinary incontinence and depression were found to be important predictors of sexual function in women. Increasing the awareness of health professionals about sexual function, urinary incontinence, depression, anxiety and stress in women and further research are recommended.

Keywords: Anxiety, depression, nursing, sexual function, stress, urinary incontinence, women

İÇİNDEKİLER

TEZ BİLDİRİMİ.....	I
TEŞEKKÜR	II
ÖZET.....	III
ABSTRACT	IV
ŞEKİLLER DİZİNİ	VIII
TABLolar DİZİNİ	IX
SİMGELER VE KISALTMALAR	X
1. GİRİŞ	1
1.1. Araştırmanın Amacı	3
1.2. Araştırma Soruları	3
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Cinsellik.....	4
2.1.1. Cinsel İşlev	4
2.1.2. Cinsel İstek Fazı	5
2.1.3. Uyarılma Fazı	5
2.1.4. Plato Fazı.....	6
2.1.5. Orgazm Fazı	6
2.1.6. Çözülme Fazı.....	6
2.2. Üriner İnkontinans.....	6
2.2.1. Stres Üriner İnkontinans.....	7
2.2.2. Acil (Urge) Üriner İnkontinans	7
2.2.3. Miks Üriner İnkontinans	8
2.2.4. Refleks Üriner İnkontinans	8
2.2.5. Overflow (Taşma Tipi) İnkontinans.....	8
2.2.6. Enürezis Noktürnal (Uykuda idrar kaçırma)	8
2.2.7. Fonksiyonel İnkontinans	8
2.2.8. Aşırı Aktif Mesane	9

2.3. Üriner İnkontinans ve Cinsel İşlev	9
2.4. Depresyon.....	9
2.5. Anksiyete.....	10
2.6. Stres	10
2.7. Depresyon, Anksiyete, Stres ve Cinsel İşlev.....	10
2.8. Hemşirelik Yaklaşımı.....	11
3. GEREÇ VE YÖNTEM	13
3.1. Araştırmanın Türü	13
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	13
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	13
3.4. Veri Toplama Araçları.....	14
3.4.1. Kişisel Bilgi Formu	14
3.4.2. Kadın Cinsel İşlev Ölçeği.....	15
3.4.3. Uluslararası İnkontinans Konsültasyon Anketi-Kısa Formu.....	15
3.4.4. Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği-21.....	16
3.5. Verilerin Toplanması.....	16
3.6. Araştırmanın Etik Yönü	16
3.7. Verilerin Analizi.....	17
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları	17
4. BULGULAR	18
5. TARTIŞMA	40
5.1. Kadınlarda KCIÖ ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	40
5.2. Kadınlarda ICIQ-SF ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	41
5.3. Kadınlarda DASÖ Depresyon, Anksiyete, Stres ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarına ve Sıklığına İlişkin Bulguların Tartışılması	41
5.4. Kadınların Sosyo-Demografik, Obstetrik ve Bazı Özelliklerine göre KCIÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması Bulgularının Tartışılması.....	42
5.5. Kadınların Sosyo-Demografik, Obstetrik ve Kadınların Bazı Özelliklerine Göre ICIQ-SF Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması Bulgularının Tartışılması	45

5.6. Kadınlarda Sosyo-Demografik, Obstetrik ve Bazı Özelliklerine Göre DASÖ Depresyon, Anksiyete, Stres ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması Bulgularının Tartışılması	47
5.7. Kadınlarda KCIÖ Kesme Puanına Göre Cinsel İşlev Sorunu Sıklığı ve DASÖ Depresyon, Anksiyete, Stres Alt Ölçekleri ve ICIQ-SF Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması Bulgularının Tartışılması	52
5.8. Kadınlarda KCIÖ, ICIQ-SF, DASÖ Depresyon, Anksiyete, Stres ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin Tartışılması.....	53
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	55
6.1. Sonuçlar.....	55
6.2. Öneriler.....	58
KAYNAKLAR	60
EKLER.....	72
EK 1. Kişisel Bilgi Formu	72
EK 2. Kadın Cinsel İşlev Ölçeği	74
EK 3. Uluslararası İnkontinans Konsültasyon Anketi-Kısa Formu (ICIQ-SF).....	78
EK 4. Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği-21 (DASÖ-21).....	79
EK 5. Uluslararası İnkontinans Konsültasyon Anketi-Kısa Formun Ölçeği Kullanım İzni.....	80
EK 6. Kadın Cinsel İşlev Ölçeği Kullanım İzni	81
EK 7. Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği-21 Ölçeği Kullanım İzni	82
EK 8. Kurum İzni Yazısı	83
EK 9. Etik Kurul Onay Yazısı.....	84
EK 10. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu	85
ÖZGEÇMİŞ.....	86

ŞEKİLLER DİZİNİ

Sayfa No

Şekil 2.1. Masters ve Johnson'un Cinsel Yanıt Modeli.....	4
Şekil 2.2. Kaplan'ın Cinsel Yanıt Modeli.....	5



TABLÖLAR DİZİNİ

Sayfa No

Tablo 4.1. Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı (n=383)	18
Tablo 4.2. Kadınların Obstetrik ve Jinekolojik Özelliklerine Göre Dağılımı (n=383)	19
Tablo 4.3. Kadınların Jinekolojik Özellikleri ve Bazı Sorunlarına Göre Dağılımı...	20
Tablo 4.4. KCIÖ ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları, Alınan En düşük ve En Yüksek Puanlar ile Cronbach Alfa Değerleri	20
Tablo 4.5. ICIQ-SF Puan Ortalaması, Alınan En düşük ve En Yüksek Puanlar ile Cronbach Alfa Değeri	21
Tablo 4.6. DASÖ Depresyon, Anksiyete Stres Alt Ölçekleri Puan Ortalamaları, Alınan En düşük ve En Yüksek Puanlar ile Cronbach Alfa Değerleri...	21
Tablo 4.7. Kadınların DASÖ Depresyon, Anksiyete Stres Ölçekleri ile FSFI Kesme puanlarına Göre Depresyon, Anksiyete, Stres ve Cinsel Disfonksiyon Oranları ve İdrar Kaçırma Sıklığına Göre Dağılımı.....	22
Tablo 4.8. Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre KCIÖ, ICIQ-SF, DASÖ Depresyon, Anksiyete ve Stres Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	23
Tablo 4.9. Kadınların obstetrik özelliklerine göre KCIÖ, ICIQ-SF, DASÖ depresyon, anksiyete ve stres alt ölçekleri puan ortalamalarının karşılaştırılması...	30
Tablo 4.10. Kadınların bazı özelliklerine göre KCIÖ, ICIQ-SF, DASÖ depresyon, anksiyete ve stres alt ölçekleri puan ortalamalarının karşılaştırılması...	34
Tablo 4.11. Kadınların KCIÖ kesme puanına göre cinsel işlev sorunu sıklığı ve DASÖ Depresyon, Anksiyete, Stres alt ölçekleri ve ICIQ-SF puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	36
Tablo 4.12. KCIÖ ve Alt Boyutları, ICIQ-SF, DASÖ Depresyon, Anksiyete ile Stres Alt Ölçekleri Arasındaki Korelasyonlar.....	37
Tablo 4.13. Kadınlarda Cinsel İşlevin Yordayıcılarının Analizi.....	38

SİMGELER VE KISALTMALAR

AAM	: Aşırı Aktif Mesane
AÜİ	: Acil Üriner İnkontinans
CETAD	: Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği
DASÖ-21	: Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği-21
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
ICS	: International Continence Society/Uluslararası Kontinans Topluluğu
ICS-QF	: International Consultation on Incontinence Questionnaire Short Form/Uluslararası İnkontinans Konsültasyon Anketi-Kısa Formu
KCiÖ	: Kadın Cinsel İşlev Ölçeği
MÜİ	: Miks Üriner İnkontinans
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
SÜİ	: Stres Üriner İnkontinans
Üİ	: Üriner İnkontinans
WHO	: World Health Organization

1. GİRİŞ

Cinsellik, doğumdan önce başlayıp hayat boyu süren, hayatın önemli parçalarından biridir (Koç ve Oskay, 2015). Cinsel sağlık Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre; "Cinsellikle ilgili olarak fiziksel, zihinsel ve sosyal yönden iyilik hali" olarak ifade edilmektedir (WHO, 2023).

Üriner inkontinans, yetişkinler arasında herhangi bir istem dışı idrar kaçağı olarak tanımlanmakta ve yaklaşık dört kadından birinde görülmektedir (Hannestad vd., 2011). Üriner inkontinans görülme oranı genç erişkin yaşta %20-30 iken, yaşlı popülasyonda %30-50'ye kadar yükselir (Hunnskaar, 2013). Uluslararası Kontinans Derneği (Internal Continence Society)'nin tanımına göre üriner inkontinans tipleri; stres, karma, fonksiyonel, acil (urge), bilinçsiz, nokturnal enüresis (gece idrar kaçırma) ve koital (cinsel aktivite sırasında istemsiz idrar kaçırma) inkontinanstır. En fazla görülen tipi ise, gülme, ağır kaldırma, öksürme gibi abdominal basıncı artıran etkenlere bağlı gelişen stres inkontinanstır (Haylen vd., 2010).

Kadınlarda cinsel disfonksiyona sebep olan etkenler arasında üriner inkontinans önemli bir yere sahiptir. Kadınlarda meydana gelen üriner inkontinans, sıklıkla cinsel istek azlığı, vajinal kayganlığın azalması ve koitus esnasında gerçekleşen ağrı gibi cinsel sorunları da beraberinde getirir (Aslan vd., 2005). Coyne vd. (2007), idrar kaçırma problemleri olmayan kadınların, olan kadınlara kıyasla daha çok cinsel ilişkiye girdiklerini (%91-%50), kadınların idrar kaçırmayla doğru orantılı olarak cinsel isteklerinin de azaldığını, büyük bir kısmının ise idrar kaçırma sebebiyle utanç duydukları ve beden algısını olumsuz yönde etkilendiğini belirlemişlerdir (Coyne vd., 2007). Handa vd. (2004), idrar kaçırmaları fazla olan kadınlarda, cinsel istek azlığı, vajinal kayganlıkta azalma ile cinsel ilişki sırasında ağrının daha çok görüldüğünü bildirmiştir. Bu durum, kadınlarda özgüven eksikliğine dolayısıyla anksiyeteye, strese ve ilerleyen dönemlerde depresyona neden olabilir.

Depresyon, kişinin kendisinin hüznü içinde hissettiği, hayattan zevk alamadığı, yaşama isteğinin olmadığı duygu durumudur. Kişi genellikle, karamsar ve kötümserdir, geleceğe dair planları olmaz, ancak geçmişe dair pişmanlık ve suçluluk hisseder. Aklının bir kenarında ölüm düşüncesi olmakla beraber intihara kalkışma ve ölümle sonuçlanma, kişide iştah kaybı, uyku bozuklukları ve cinsel fonksiyon

bozuklukları da görülebilecek semptomlar arasındadır (Çalık ve Aktaş, 2011). Depresyon, günümüzde en sık karşılaşılan psikiyatrik bozukluktur. Her yaşta görülmesine rağmen en çok orta yaş grubunu etkilemektedir (Çelik ve Hocaoglu, 2016). Bal vd. (2022), cinsel işlevde zorluk çeken kadınların %86.8'inde depresyon olduğunu bildirmiştir (Bal, 2022).

Anksiyete, kişinin istenmeyen bir durumla karşılaştığında algıladığı ve genellikle öfkeli davranışlarla sonuçlanan tehlike, gerilim ve korku duygusu olarak tanımlanmaktadır (Yılmaz vd., 2017). Çalışma hayatı, sağlık sorunları, eğitim hayatı, aile sorunları, yaşam beklentileri gibi günlük hayatın birçok gerçeği zaman zaman insanlarda anksiyeteye neden olabilir.

Anksiyete, kişinin kendini tehlikede hissettiği bir duygu durumudur. Kişi tehlikeyi algıladığında bununla başa çıkabilmek için tehlikeye karşı önlem alma durumu içinde hisseder. Anksiyete sahibi kişilerde genellikle bir evhamlılık ve tedirgin olma durumu vardır. Anksiyete normal şartlarda bireyin kişinin içinde bulunduğu duruma alışmasını sağlar. Ancak, anksiyetenin aşırı ve sağlıksız olduğu zamanlarda bireyin alışmasını zorlaştırabilmektedir (Kızılkaya, 2018).

Cinsel disfonksiyonda en fazla rastlanan etiyolojik etken anksiyetedir. Anksiyete, cinsel işlevin getirdiği haz hissini engelleyerek kişinin olumsuz cinsel deneyimine neden olur. Anksiyetenin, cinsel işlevi etkilemesinde anksiyetenin düzeyi ve hikayesi önemlidir. Düşük ve orta düzeydeki anksiyete cinsel fonksiyonu etkilemezken, yüksek düzey anksiyete cinsel disfonksiyona neden olmaktadır (Shen vd., 2009).

Stres, bireylerde genellikle fiziksel, psikolojik ve davranışsal sapmalara neden olmaktadır. Ortamdaki dış etkenlere ve uyaranlara, vücudun oluşturduğu uyum tepkisi olarak ifade edilmektedir. Stres, sebebi bilinmeyen endişelerin, kişide gerilime dönüşmesiyle beraber bireye zarar verir (Tokmak vd., 2011). Bireylerin strese karşı koruyucu faktörleri, stres faktörlerine karşı daha az olursa bireyler strese yenik düşebilir. Bu durumda da kişinin cinsel isteğinin azalmasına, performansının düşmesine neden olup cinsel disfonksiyon gelişmesine yol açabilir (McCabe vd., 2010).

Hemşirelik alanında, kadınlarda cinsel işlev, üriner inkontinans, depresyon, anksiyete ve stres ilişkisini birlikte araştıran çalışma sayısının sınırlı sayıda görülmüştür. Bu çalışma, kadınlarda cinsel işlev, üriner inkontinans, depresyon, anksiyete ve stres ilişkisi incelenerek literatüre katkı sağlayacaktır. Elde edilen sonuçların, sağlığın yükseltilmesi ve geliştirilmesinde önemli role sahip olan hemşirelerin, toplumda kadınlar için eğitimler hazırlayıp, gerekli danışmanlık hizmetlerini sunmasına, böylelikle toplum ve aile sağlığının geliştirilmesine faydalı olacaktır.

1.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı, kadınlarda cinsel işlev, üriner inkontinans, depresyon, anksiyete ve stres ilişkisinin belirlenmesidir.

1.2. Araştırma Soruları

1. Kadınlarda cinsel işlev bozukluğu görülme durumu nedir?
2. Kadınlarda üriner inkontinans görülme durumu nedir?
3. Kadınlarda depresyon görülme durumu nedir?
4. Kadınlarda anksiyete görülme durumu nedir?
5. Kadınlarda stres görülme durumu nedir?
6. Kadınlarda cinsel işlev, üriner inkontinans, depresyon, anksiyete ve stres arasında ilişki var mıdır?
7. Kadınlarda cinsel işlevin yordayıcı faktörleri nelerdir?
8. Kadınlarda cinsel işlev, üriner inkontinans, depresyon, anksiyete ve stresi etkileyen faktörler nelerdir?

2. GENEL BİLGİLER

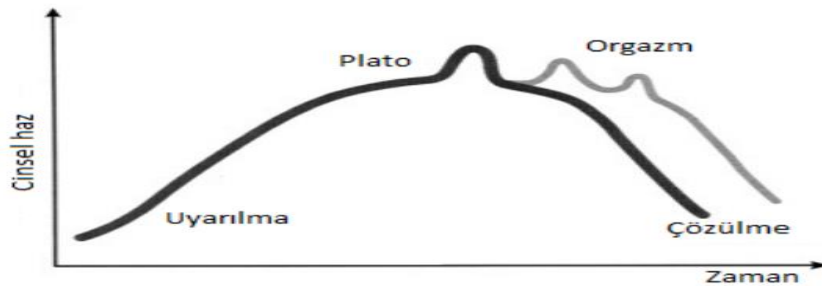
2.1. Cinsellik

Cinsellik kavramı, Türk Dil Kurumu'na göre “sevişme duygusu, seksüellik” ifadeleri ile tanımlanır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) “cinsel sağlık” ifadesinin kişinin cinsellik ile ilgili fiziksel, duygusal, zihinsel ve sosyal olarak kendini iyi hissetmesi durumu olarak ifade etmiştir. Cinsel sağlık, insan yaşamının önemli parçalarından biridir ve bireyin ruh sağlığı ve genel sağlığıyla yakın ilişkili olmaktadır (DSÖ, 2023). İnsan yaşamının her yaşında mühim bir yere sahip olan cinsel sağlık; bireyin yaşamakta olduğu duygusal ve ruhsal olaylara göre değişim göstermektedir (Topaç ve Bolsoy, 2021). Cinsel sağlık, bireyin hayat kalitesinin önemli bir boyutunu oluşturmaktadır. Eşlerin, aile içi huzura ve mutluluğa sahip olması geleceğe sosyal ve ekonomik yönde gelişmiş toplumlar bırakmakta önemlidir (Gölbaşı vd., 2017; Gündüz ve Can Gürkan, 2021).

2.1.1. Cinsel İşlev

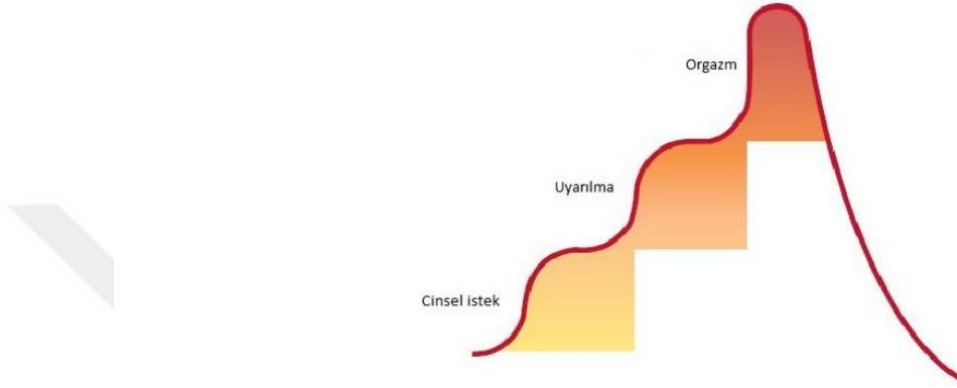
Bireyler arası cinsel davranış ve cinsel sağlığa etki eden nedenler içinde kişinin önceki cinsel deneyimleri, geçirmiş olduğu hastalıklar ve ameliyatlar, cinsiyete mahsus rolleri ve davranışları, cinsel inanışlar, bulunduğu toplumun değer yargıları ve genetik yapı rol almaktadır (Karakoyunlu-Öncel, 2009).

Masters ve Johnson (1966), kadın ve erkek olmak üzere cinsel yanıt döngüsünü ortaya çıkaran ilk çalışmayı yapmış, kadın cinsel yanıt döngüsünü; heyecanlanma, uyarılma, plato ve çözülme (orgazm) aşamaları şeklinde çizgisel bir model oluşturmuşlardır (Masters ve Johnson, 1966), (Şekil 2.1).



Şekil 2.1. Masters ve Johnson'un Cinsel Yanıt Modeli

Kaplan (1979), Masters ve Johnson'un oluşturduğu bu modele arzu kısmını ilave ederek, cinsel istek, uyarılma ve orgazm aşamalarını kapsayan üç aşamalı çizgisel bir model oluşturmuştur (Kaplan, 1979). Modelde, kişinin cinsel isteklerinin, cinsel fantezi ve düşüncelerinin, uyarılma ve orgazm fazlarının oluşmasında önemli bir rol oynadığı belirtilmiştir (Akbulut vd., 2015), (Şekil 2.2).



Şekil 2.2. Kaplan'ın Cinsel Yanıt Modeli

2.1.2. Cinsel İstek Fazı

Bireyin cinselliği istemesi halinde cinsel işlevi harekete geçiren ilk evre cinsel istek fazıdır (CETAD, 2007). Kadının kendi isteğiyle, arzusuyla cinsel ilişki başlayacağı gibi, karşı cinsin temas uyarısı, manevi açıdan ilgi ve alaka ile gösterdiği yakınlığı veya zihinsel teşviği sonrasında isteğin harekete geçmesiyle beraber başlamaktadır (Akbulut vd., 2015).

2.1.3. Uyarılma Fazı

Uyarılma fazı, kadında gözle görülür şekilde fiziksel değişimin gerçekleştiği fazdır. Parasempatik aktivitenin etkin olduğu bu faz, kadının psikolojik veya fizyolojik uyarılmasıyla başlar ve bu evrenin süresi kişiye göre değişmekte olup dakikalar ya da saatler alabilir (Çetin ve Aslan, 2015). Cinsel istek evresinde başlayan heyecanlanma uyarılma evresinde artarak devam etmekte, cinsel gerilim haz duyguları da artarak kişinin orgazma ulaşabileceği noktaya kadar sürmektedir. Eğer uyaranlar yeterli değilse kişi tam olarak orgazma erişemez ve bu fazda görülmekte olan gerilme

gerçekleşemez onun yerine çözülme evresi ortaya çıkar (İncesu, 2004; Garibova, 2015).

2.1.4. Plato Fazı

Cinsel uyarının devam etmesi, cinsel heyecanın sürdürülmesi ile birlikte cinsel ilişkinin plato fazı başlamaktadır. Haz duygusu ve cinsel gerilim bireyin orgazma geçebileceği ana kadar devam eder (Akan ve Doğan, 2011). Kadının vajen duvarının dış kısmının dörtte üçlük tarafında orgazmik şekilde tipik kasılmalar oluşmakla birlikte memenin ebatında büyüme meydana gelir (Beyazıt vd., 2018).

2.1.5. Orgazm Fazı

Orgazm fazı, diğer fazlara oranla daha kısa sürer ancak hazzın en yüksek yaşandığı evredir. Orgazmın şiddeti ve hazzın derecesi bireyler arası farklılıklar göstermektedir. Kadın orgazmında, perineal kaslar ve vajina çevresindeki kaslar ile vazokonjesyon sonucunda kanla dolan, şişen dokuların düzenli kasılmalarıyla gerçekleşmektedir (İncesu, 2004).

2.1.6. Çözülme Fazı

Genital organlar, diğer fazlarda vazokonjesyon kaynaklı, fizyolojik olarak değişikliğe uğramaktadır. Cinsel işlevde, son faz olan çözülme fazında diğer fazlarda meydana gelen bu fizyolojik değişikliğin yerini cinsel uyarı öncesine bıraktığı rahatlama gevşeme evresidir (Duman, 2019). Çözülme evresi, yalnızca orgazm evresinden sonra görülmez; cinsel ilişkide orgazma ulaşamayan uyarılma evresi sonrasında da meydana gelebilmektedir (İncesu, 2004).

Kişinin beden bütünlüğü ve özellikle genital bölgede gelişen fizyolojik değişiklikler çözülme evresinde birkaç dakikada kaybolmaktadır. Kadınlarda bu evrede cinsel uyarı yeniden görülürse, uyarılma fazı yeniden başlayacağı gibi orgazm da görülebilir (İncesu, 2004).

2.2. Üriner İnkontinans

Uluslararası Kontinans Topluluğu'nun (ICS) açıklamasına göre üriner inkontinans (Üİ); bireyin istem dışı idrar kaçırmasıdır (Haylen vd., 2010; Özkan vd., 2019). Kadınlarda menopozla birlikte gelen hormonal sistem değişiklikleri, vajende

ve üretradaki mukoz membranların somatik değişimleri, üretrada meydana gelen kapanma basıncının kaybolması ve normal üetrovezikal açıda değişime sebep olmasıyla birlikte üriner inkontinans oluşumuna da neden olmaktadır (Şentürk ve Kara, 2010).

Üriner inkontinansın risk faktörleri; kişinin yaşı, doğum sayısı, vajinal doğum geçmişi, menopoza girip girmediği, obezite ve histerektomi öyküsü olarak sıralanmaktadır (Şentürk ve Kara, 2010). Üriner inkontinans görülme oranı genç erişkin yaşta %20-30 iken, yaşlı popülasyonda %30-50'ye kadar yükselir (Hunnskaar, 2013). Üriner inkontinans (Üİ), birçok kadının yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (Aslan vd., 2015).

Üriner İnkontinans'ın en çok görülen tipleri; Stres Üİ, acil Üİ ve miks Üİ dir. Ayrıca Üİ, refleks, taşma, enürezis nokturna, fonksiyonel intontinans ve aşırı aktif mesane olarak da meydana gelmektedir (Aoki vd., 2018).

2.2.1. Stres Üriner İnkontinans

Stres üriner inkontinans (SÜİ), üriner sfinkterin zayıflamasının sebep olduğu; gülme, öksürme, egzersiz, ağır kaldırma ve ıkınma gibi karın içindeki basıncı artıracak aktiviteler sırasında meydana gelen istem dışı idrar kaçırma olayıdır (Ateş vd., 2019). SÜİ, karın içi basıncın üretral basınçtan fazla olduğu durumlarda ortaya çıkmaktadır. Çoğunlukla üretral hipermobilité (%85) ile ilgili olmakla birlikte, intrinsik sfinkter yetersizliği (%15) ile de ilgili olabilmektedir (Uğurlucan ve Demir, 2019). SÜİ, genç kadınlarda en çok rastlanan inkontinans şekli olurken bu yaşlı kadınlarda ise ikinci en çok görülen inkontinans çeşididir (Yalçın, 2017).

2.2.2. Acil (Urge) Üriner İnkontinans

Acil üriner inkontinans (AÜİ), bireyin tuvalet ihtiyacı geldiğinde idrarın ani bir boşaltma isteğiyle, tuvalete ulaşmadan idrarın istem dışı bir şekilde kaçırılmasıdır (Ateş vd., 2019). İdrar kaçırmada, bireyi özellikle su sesi, soğuğa maruz kalma ve soğuk içecekler tetikleyebilmektedir (Sivasoğlu, 2020).

AÜİ, bireylerin %20-30'unda ve daha sık olarak yaşlı kişilerde rastlanmaktadır; stres üriner inkontinanstaki sonrak en çok görülen ikinci inkontinans çeşididir (Haylen vd., 2010). Mesaneyi tahrip eden enfeksiyonlar, interstisyel sistit, cerrahi girişim,

atrofik vajinit, serebrovasküler sorunlar AÜİ'nin sekonder sebepleri arasında düşünülmektedir (İnal ve Taşhan, 2020).

2.2.3. Miks Üriner İnkontinans

Uluslararası Kontinans Derneği'nin tanımlamasına göre miks üriner inkontinans (MÜİ), stres ve urge inkontinans belirtilerinin aynı anda görülmesidir. Genç kadınlarda stres inkontinans görülme sıklığı daha fazla iken, yaşlılarda urge ve miks üriner inkontinansa daha çok rastlanmaktadır (Vaughan ve Markland, 2020).

2.2.4. Refleks Üriner İnkontinans

Duyusal bir etken veya ortada herhangi bir uyarı olmadan devamlı istem dışı idrar kaçırma olarak tanımlanmaktadır. Kişide, işeme sonrasında veya devamlı olarak az az idrar kaçırma meydana gelmektedir (Şahin, 2012).

2.2.5. Overflow (Taşma Tipi) İnkontinans

Mesenenin normalden fazla dolması ve gerilmesi ile beraber mesenenin duvarında meydana gelen kontraksiyon veya sfinkter relaksasyonunda oluşan bozukluk nedeni ile artan mesane hacminin ve mesane içi basıncın mekanik baskı oluşturması ile devamlı idrar kaçırmaya sebebiyet vermektedir. Bu istem dışı idrar kaçırma overflow üriner inkontinans diye adlandırılmaktadır (Akın, 2015).

2.2.6. Enürezis Noktürnal (Uykuda idrar kaçırma)

Kişinin uyuduktan sonra idrar kaçırması olarak ifade edilmektedir. Bu üriner inkontinans tipinde kişi uyandığında tamamen ıslaktır (Uğurlucan ve Demir, 2019).

2.2.7. Fonksiyonel İnkontinans

Fonksiyonel inkontinansa mesane yapısal ve fonksiyonel olarak normaldir ancak bireyin kontrolü dışında vaktinde tualete gidememesinden kaynaklı olarak meydana gelen bir durum söz konusudur. Fonksiyonel inkontinans, bazı kişilerde depresyon, delirium ve demans gibi kognitif ve psikolojik problemler olduğundan kontinans yeteneğinin kontrol edememesinden kaynaklanır, bazılarında da ortopedik sorunlar sebebiyle rahat hareket edememesinden, zamanında tualete yetişememesinden dolayı meydana gelmektedir (Akın, 2015; İnci ve Ergen, 2009).

2.2.8. Aşırı Aktif Mesane

Aşırı aktif mesane (AAM), Uluslararası Kontinans Topluluğu'na göre; semptomları tanımlayabilecek metabolik ya da lokal patolojik etkenler olmadığı halde, sıkışma inkontinans ile beraber veya yalnızca kişide sıkışma hissetmesi ve idrar sıklığında artma şeklinde ifade edilmektedir (Çayır ve Beji, 2018).

2.3. Üriner İnkontinans ve Cinsel İşlev

Kişide idrar kaçırma ve buna eşlik eden kötü kokma kaygısına neden olan üriner inkontinans, kişinin kendini yeterli hissetmemesine ve benlik algısında azalma meydana gelmesine, çekinmek, mimlenmek, mutlu olamamak, anksiyete, depresyon, cinsel istek azlığı ve cinsel ilişkiden kaçınmaya neden olabilir (Akhan, 2015).

Coyne vd. (2007) üriner inkontinans ve cinsel disfonksiyon ile ilgili yaptıkları araştırmada; idrar kaçırma problemi yaşamayan kadınların, idrar kaçırma problemi yaşayan kadınlara göre daha fazla cinsel ilişki yaşadıkları (sırasıyla %91, %50), cinsel isteklerinin inkontinans nedeniyle azaldığını, çoğunluğun inkontinanstaki dolayı kendilerini mahcup hissettiklerini ve beden imajında azalmaya yol açtığını ifade etmişlerdir. Lau vd., (2017)'nin, çalışmaları sonucunda koitus esnasında Üİ yaşanmasının cinsel istekte azlığa, orgazma ulaşmakta zorluğa, partnerler arasında cinsel ilişkilerin bozulmasına neden olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Van Balken vd., (2006) yaptıkları çalışmada üriner sistem ile alakalı problem yaşayan kadınların bile fazla düzeyde cinsel fonksiyonunda bozulma yaşadığını bulmuşlardır. Eroğlu vd., (2020), tarafından yapılan çalışmada Üİ'nin cinsel işlev bozukluğunu artmasına neden olan etkenlerden biri olduğunu belirtmişlerdir. Üİ ve cinsel işlev sorunu yaşama kadında aynı zamanda depresyona da neden olabilir (Amasyalı vd., 2015).

2.4. Depresyon

Depresyon, psikiyatrik alanda ruhsal çökkünlük anlamında kullanılır. Bedensel, ruhsal şikayetlerin acıyla beraber arttığı bir duygu durumu ve psikolojik problemdir. Kişide derin üzüntü ve derin bulantılı bir ruh haliyle birlikte, yaşam içerisindeki olası hareketliliğini azaltmaktadır.

Depresyon, bireyin geleceğe negatif bakmasına neden olup yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Depresyondaki bir kişi, üzüntü, güçsüzlük, karamsarlık,

isteksizlik, değersizlik, suçluluk gibi durumları beraberinde yaşamaktadır. İleri aşamalarında ise taşikardi, nefes darlığı, hipotansiyon, hipertansiyon ve yutkunma güçlüğü gibi ciddi sorunlar görülebilir (Tekir vd., 2018; Balcı ve Baloğlu, 2018).

Depresyona neden olan etmenler için birçok görüş öne sürülmüştür; genetik, psikososyal, biyolojik etkenlerin neden olduğu ve tüm bu etmenler birbirleriyle ilişkili olduğu düşünülmektedir (Çelik ve Hocaoglu, 2016).

2.5. Anksiyete

Anksiyete, her kişinin hayatının belli dönemlerinde yaşamış olduğu, çeşitli fizyolojik belirtileri beraberinde getirdiği, sıkıntı, endişe duygusu ve yaşantısı olarak tanımlanmaktadır. Başka bir ifadeyle anksiyete, bireyin gündelik hayatında karşılaştığı olayı ve herhangi bir şeyi meydana geldiğinden daha farklı, tehlikeli görüp olaydan/nesneden gereğinden daha fazla kaygılanma durumudur (Engin, 2021).

2.6. Stres

Stres, iç veya dış etkenlerden kaynaklanan, birey tarafınca tehdit edici olarak algılanmasının sonucunda, psikolojik veya bedensel meydana gelen aşırı derece uyarılma durumu olarak tanımlanmaktadır (Tekin, 2019). Stres, “endişe, gerginlik hali, duygusal çöküntü, benlik tehdidi, güvenlik tehdidi, uyarılma, organizmayı harekete geçirme” terimleri olarak da kullanılabilir. Stres için literatürde “eustress” ve ‘distress’ kavramları da yer alır. Canlıları harekete geçirip tehlikelere karşı koruyan, çabalamaya iten stres “eustress” ve bireyi olumsuz yönde etkileyen stres ise ‘distress’ olarak ifade edilir (Akbaş, 2007).

2.7. Depresyon, Anksiyete, Stres ve Cinsel İşlev

Sağlıklı bir cinsel işlev biyopsikososyal bir süreçten ibarettir. Depresif bozukluğu olan kadınlarda cinsel yanıtın herhangi bir aşamasında bozulma ortaya çıkabilmektedir. Bu gibi durumlarda en sık ortaya çıkan sorunlar cinsel isteğin azalması ve genel isteksizlik halidir. Literatürde, depresyonun cinsel arzuyu, uyarılmayı, cinsel fonksiyon sıklığını, orgazmı, özgüven artışı, benlik saygısını ve cinsel performansı azaltabileceği belirtilmiştir (Delgado vd., 2017; Hosseininasab vd., 2016).

Yapılan başka bir çalışmada ise depresyonlu bireylerde, depresyonun seksüel işlevi negatif yönde etkilemekte ve seksüel sağlığı tehlikeye düşürebileceği ifade edilmektedir (Hosseini vd., 2020). Literatürde, kadınlarda hayat boyu devam eden depresyon prevalansının ortalama %20’lerde seyrettiği, bu bireylerin cinsel işlev bozukluğunun ise %70–80 oranında olduğu belirtilmiştir (Patten, 2009).

Cinsel işlev için önemli bir diğer psikolojik sorun ise anksiyetedir. Yapılan çalışmalar, anksiyetenin bir türü olan panik bozukluğu bulunan bireylerin, normal bireylere göre daha düşük cinsel isteğe sahip olduğunu göstermiştir (Liu vd., 2018; Kendurkar ve Kaur, 2008).

2.8. Hemşirelik Yaklaşımı

Kadınların cinsel disfonksiyon belirtilerinin ve risklerinin bilinmesi, danışmanlık hizmeti verilirken bunların bireye özgü değerlendirilmesi, korunma ve tedavi gibi konuları ile kişilerin bilgi sahibi olması hem kadın sağlığı hem de toplum sağlığı için çok önemlidir. Ayrıca cinsel sağlık, kişinin hayatını her yönde etkilemekte olup; toplumun getirdiği algı, utanma, kişinin kendi sorunlarını açıkça ifade edememesi gibi nedenlerle göz ardı edilmektedir. Bu nedenle cinsel hayata dair sorunlar çoğunlukla çözilememekte, kişi bu şekilde hayatına devam etmektedir. Dolayısıyla danışmanlık, sağlık, hastalık ve tedavi sürecinin her basamağında hemşireler önemli rol oynamaktadır. Hemşirelerin cinsel sağlık hikayesi için doğru ve yeterli bilgi toplanması, kişinin cinsel sorun ve endişelerinin belirlenmesi, hastalık durumunda cinsel sağlığın değerlendirilmesi, bireyin sorunlarına yönelik bakım verilmesinde önemli sorumlulukları vardır. Böylelikle, bireyin daha yüksek yaşam kalitesine sahip olması ve sağlık açısından bazı problemlerinin önüne geçilmesine fayda sağlayacaktır (Kılıç, 2019). Kişinin cinsel sağlığını geliştirmek, cinselliği yeterli ve açık bir şekilde tanımlama kabiliyetinin yükseltmede sağlık profesyonelleri önemli rol oynamaktadır. Bu konuda sağlık profesyonellerinin rolleri aşağıda ifade edilmiştir (Aksöyek vd., 2019).

- Üreme sağlığı problemleri ve hizmetlerinin devamlılık ile bir bütün içinde değerlendirilmesi,
- Aile planlaması hizmetlerini anlatma, iletişim ve eğitim,
- Sağlıklı yaşam tarzı oluşturma,

- Üreme organlarının malignitelerinin önlenmesi ve tedavisi,
- Sosyal, kültürel ve davranışsal etkenlerin düzeltilmesi,
- Cinsel yolla geçen bulaşıcı hastalıkların önüne geçilmesinde,
- Genital sistem enfeksiyonlarının kontrol altına alınmasında,
- Çevresel faktörlerin düzeltilmesi ve düzenlenmesi,
- Anne ve babalık için gerekli olan bilgi, danışmanlık ve iletişimidir.



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tiptedir.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Bu çalışma Giresun Eğitim ve Araştırma Hastanesinde gerçekleştirilmiştir. Hastane genelinde yirmi dokuz alanda poliklinikler bulunmaktadır. Hastanede, 30 farklı branşta 288 hekim bulunmaktadır. Polikliniklere günde ortalama 800 civarı hasta gelmektedir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmada evren Giresun Eğitim ve Araştırma Hastanesindeki polikliniklere gelen kadınlar tarafından oluşmaktadır. Araştırmada örneklem, araştırmaya alınma ölçütlerine uyan kadınlar alınmıştır. Kadınların hastaneye birden fazla gelişleri nedeniyle, bilinmeyen evren örneklem formülü ile sayı belirlenmiş, Erbil (2019)'ın çalışmasındaki kadınlarda cinsel işlev sorunu oranı olan %53.2 incelenen olayın görülüş sıklığı olarak dahil edilmiştir.

$$n = \frac{t^2 pq}{d^2}$$

n: Örneklem alınacak birey sayısı

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı (0.532)

q: İncelenen olayın görülmeysi sıklığı (0.468)

t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosundan bulunan teorik değer (1,96)

d: Olayın görülüş sıklığına göre kabul edilen örnekleme hatası (0.05)

$$n = \frac{1.96^2 \times 0.532 \times 0.468}{0.05^2} \cong 382.586481$$

n=383 kadının örnekleme alınması gereklidir.

Araştırmaya Alınma Kriterleri

- Araştırmaya katılmayı kabul eden,
- 18 ve daha ileri yaşta olan,
- Evli olan,
- Eşiyle beraber yaşayan,
- Gebe olmayan,
- Laktasyon sürecinde olmayan,
- Türkçe anlayan ve konuşan kadınlar çalışma kapsamına alınmıştır.

Araştırmadan Dışlama Kriterleri

- Psikiyatrik açıdan tanı almış olan,
- Histerektomi, ooferektomi veya mastektomi öyküsü olan,
- Cinsel fonksiyona etki eden ilaç kullanan kadınlar çalışmadan dışlanmıştır.

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri, “Kişisel Bilgi Formu”, “Uluslararası İnkontinans Konsültasyon Anketi-Kısa Formu (ICIQ-SF)”, “Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği-21 (DASÖ-21)” ve “Kadın Cinsel İşlev Ölçeği (KCIÖ)” ile toplanmıştır.

3.4.1. Kişisel Bilgi Formu

Kişisel bilgi formu, kadınların sosyo-demografik özellikleri, obstetrik, jinekolojik ve cinsellikle ilgili olmak üzere 26 sorudan oluşmaktadır (Üçüncü ve Erbil, 2023; Eroğlu, 2017; Kamalak, 2023). Kadınların sosyo-demografik özellikleri bölümünde; yaş, boy, kilo, eğitim durumu, aile yapısı, çalışma durumu, gelir düzeyi, sosyal güvencesi, yaşanılan yer, eşinin eğitim durumu, eşinin çalışma durumu, sigara kullanma durumu, kronik hastalık varlığı ile alakalı sorulara yer verilmiştir. Kadının obstetrik özelliklerini içeren sorular ise; gebelik sayısı, çocuk sayısı, vajinal doğum varlığı, son doğum tipi, epizyotomi varlığı, vajinal doğum sırasında forseps ya da vakum kullanımına yer verilmiştir. Kadının jinekolojik özellikleriyle ilgili; menopoz, vajinal enfeksiyon sıklığı, dışkı kaçırma, kronik konstipasyon varlığı, idrar yolu enfeksiyonu sıklığı, öksürük şikâyeti varlığı, egzersiz alışkanlığı ile ilgili sorular yer almaktadır. Kadının cinselliği bölümünde; eşiyle cinsel işlev sorunu yaşama durumu yer almaktadır (EK 1).

3.4.2. Kadın Cinsel İşlev Ölçeği

“Kadın Cinsel İşlev Ölçeği (KCIÖ)”, Rosen vd., (2000) tarafından ABD’de, kadınların cinsel işlevlerini değerlendirmek için geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışmasını Aygin ve Aslan (2005) yapmıştır. Ölçek 19 maddelidir ve alt boyutları, “istek” (1., 2. maddeler), “uyarılma” (3., 4., 5. ve 6. maddeler), “lubrikasyon (kayganlaşma, ıslanma)” (7., 8., 9., 10. maddeler), “orgazm” (11., 12. ve 13. maddeler), “doyum” (14., 15., 16. maddeler) ve “ağrı” (17., 18., 19. maddeler) dir (Ek 3). Puanlama 1. ve 2. maddelerde 5’ten 1’e; 3., 4., 5., 6., 7., 9., 11., 13., 14., 15. ve 16. maddelerde 0 ve 5’ten 1’e ve 8., 10., 12., 17., 18 ve 19. maddelerde 0 ve 1’den 5’e yapılmaktadır. Ölçekten ham olarak 4-95 arası puan alınabilmektedir. Ölçek için faktör yükleri; istek 0.6; uyarılma ve kayganlaşma 0.3; orgazm, doyum ve ağrı 0.4 tür. Alt boyut ortalamaları faktör yükleriyle çarpıldıktan sonra ölçekten 2-36 puan alınabilmektedir (**EK 2**). Ölçeğin kesme puanı 26.55’dir. KCIÖ skorunun 26.55’in altında olması cinsel işlev bozukluğu ile uyumlu olarak tanımlanmıştır. Ölçek puanındaki azalma, cinsel disfonksiyonun arttığına işaret etmektedir. Özgün Türkçe ölçekte Cronbach Alfa katsayısı 0.98 bulunmuştur. Bu çalışmada alt boyutlarının katsayıları 0.90 ile 0.97 arasında, ölçeğin toplamı için 0.97 saptanmıştır.

3.4.3. Uluslararası İnkontinans Konsültasyon Anketi-Kısa Formu

“Uluslararası İnkontinans Konsültasyon Anketi-Kısa Formu (ICIQ-SF)”, Avery vd., (2004) tarafından idrar kaçırma ve idrar kaçırmanın yaşam kalitesine etkisini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Çetinel vd., (2004) tarafından Türkçe’ye uyarılma, geçerlilik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır. ICIQ-SF kadın-erkek, genç-yaşlı, bütün gruplarda idrar kaçırma prevalansının, sıklığının, miktarının, idrar kaçırmanın algılanan nedenlerinin ve idrar kaçırmanın yaşam kalitesi üzerine etkisinin değerlendirilmesinde kullanılmaktadır. Ölçeğin dört boyutu mevcuttur. Değerlendirmede ilk üç boyut puanlanır. Puanlanmayan dördüncü boyuta verilen yanıtlar bireyin yakınmalarına temellenen idrar kaçırma tipinin belirlenmesinde kullanılır. ICIQ-SF skoru için 8 ve üzeri alınan puanın rahatsızlık veren idrar kaçırmaı belirleyen en uygun kesme noktası olduğu belirlenmiştir. Ölçekten alınabilecek puan 0-21 arasındadır, düşük puan idrar kaçırmanın yaşam kalitesini az etkilediğini, yüksek puan ise çok etkilediğini gösterir (**EK 3**). Çetinel vd., (2004)’nın

çalışmasında ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.71 bulunmuştur. Bu çalışmada ICIQ-SF Cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0.91 bulunmuştur.

3.4.4. Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği-21

“Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği-21 (DASÖ-21)”, Lovibond ve Lovibond (1995) tarafından geliştirilmiş ve Sarıçam (2018) tarafından Türk kültürüne uyarlanarak geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır. “Depresyon, Anksiyete, Stres Ölçeği-21’in (DASÖ-21)” normal ve klinik örnekleme Türkçe sürümü ve psikometrik özellikleri sunulmuştur. Açıklayıcı faktör analizi sonucu 21 maddeli ölçek üç alt boyutta toplanmıştır (**EK 4**). Ölçeğin puanlanmasında; 0-4 puan depresyonun olmadığını, 5 puan ve üzeri depresyonun olduğunu, 0-3 puan anksiyetenin olmadığını, 4 puan ve üzeri “anksiyete” olduğunu ve 0-7 puan stresin olmadığını, 8 puan ve üzeri “stres” olduğunu göstermektedir Sarıçam (2018)’in çalışmasında ölçeğin Cronbach alfa güvenirlik kat sayısı depresyon için 0.87, anksiyete için 0.85 ve stres için 0.81 bulunmuştur. Bu çalışmada DASÖ-21 Cronbach alfa değeri depresyon için 0.83, anksiyete için 0.79 ve stres için 0.77 olarak bulunmuştur.

3.5. Verilerin Toplanması

Çalışmanın verileri, kişisel bilgi formu, ICIQ-SF, DASÖ-21 ve KCIÖ ile 20 Şubat 2023 – 1 Eylül 2023 tarihleri arasında toplanmıştır. Kadınlara araştırmayla ilgili bilgi verildikten sonra, sözlü ve yazılı onamları alınmıştır. Katılımcılar kişisel bilgi formu ve ölçekleri araştırmacının gözetiminde doldurmuştur. Verilerin toplanmasında yüz yüze görüşme yöntemi kullanılmış, form ve ölçeklerin doldurulması 15 dakika sürmüştür.

3.6. Araştırmanın Etik Yönü

ICIQ-SF için Doç. Dr. Burak ÖZKAN’dan (**EK 5**), “Kadın Cinsel İşlev Ölçeği” için Prof. Dr. Dilek AYGİN’den (**EK 6**), “Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği-21” için Doç.Dr. Hakan SARIÇAM’dan ölçek kullanım izinleri e-posta yoluyla alınmıştır (**EK 7**). Araştırmanın ilgili kurumda yürütülmesi için Giresun İl Sağlık Müdürlüğü’nden yazılı izin (16.02.2023 tarih ve E-41544352-799-209472547/835662 sayılı yazı) alınmıştır (**EK 8**). Ordu Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’ndan etik kurul onayı alınmıştır (20.01.2023 tarihli ve 2023/31 karar) (**EK 9**). Araştırmaya katılmaya

gönüllü kadınlara çalışmanın amacı anlatılarak ve katılmayı kabul eden kadınların sözlü ve yazılı onamları alınmıştır (EK 10).

3.7. Verilerin Analizi

Çalışmanın verileri, bilgisayar ortamında istatistik paket programında analiz edilmiştir. Verilerin analizinde tanımlayıcı yöntemler olarak sayı, yüzde, aritmetik ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerler kullanılmıştır. Verilerin normal dağılıma uygun olup olmadığı skewnes ve kurtosis katsayıları ile belirlenmiştir. Veriler, normal dağılım gösterdiği için, analizde t testi, One Way ANOVA testi kullanılmıştır. Bağımlı değişkenler arasındaki ilişki Pearson korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir. Ayrıca yordayıcı faktörlerin incelenmesinde multiple regresyon analizi testi kullanılmıştır. Ölçeklerin güvenirlik analizi için Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı kullanılmıştır. Sonuçların yorumlanmasında anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ alınmıştır.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırmanın bazı sınırlılıkları vardır. Bu sınırlılıklardan ilki, kadınların cinsel işlev, üriner inkontinans ve depresyona semptomlarının ölçeklere verilen cevaplara göre belirlenmesi, herhangi bir tıbbi inceleme yapılmamasıdır. Ayrıca, çalışmanın bir hastanenin polikliniğe başvuran ve çalışmaya gönüllü katılan kadınlar üzerinde yürütülmesi de diğer sınırlılıktır. Bu nedenlerle çalışmanın bulguları sadece araştırma kapsamına alınan kadınlara genellenebilir.

4. BULGULAR

Kadınlarda cinsel işlev, üriner inkontinans, depresyon, anksiyete ve stres ilişkisini incelemek için yapılan araştırmada elde edilen veriler aşağıda verilmiştir.

Tablo 4.1. Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı (n=383)

Sosyodemografik Özellikler	n	%
Yaş grupları (yıl)		
23-28 yaş	78	20.4
29-34 yaş	112	29.2
35-40 yaş	102	26.6
41 ve ↑ yaş	91	23.8
Beden Kitle İndeksi*		
Normal (18.5-24.9)	175	45.7
Obezite (25-29.9)	185	48.3
Birinci derece obezite (30-34.9)	23	6.0
Eğitim düzeyi		
İlkokul mezunu	15	3.9
Ortaokul mezunu	39	10.2
Lise mezunu	136	35.5
Üniversite mezunu	185	48.3
Yüksek lisans mezunu	8	2.1
Çalışma durumu		
Çalışıyor	231	60.3
Çalışmıyor	152	39.7
Aile yapısı		
Çekirdek aile	367	95.8
Geniş aile	16	4.2
Gelir seviyesi		
Düşük	165	43.1
Orta	191	49.9
Yüksek	27	7.0
Sosyal güvence		
Var	365	95.3
Yok	18	4.7
Yaşadığı yer		
İl	316	82.5
İlçe	62	16.2
Köy	5	1.3
Eşin eğitim düzeyi		
İlkokul	16	4.2
Ortaokul	31	8.1
Lise	142	37.1
Üniversite	182	47.5
Yüksek lisans	12	3.1
Eşin çalışma durumu		
Çalışıyor	354	92.4
Çalışmıyor	29	7.6
Sigara Alışkanlığı		
Evet	205	53.5
Hayır	178	46.5
Kronik hastalık		
Evet	69	18.0
Hayır	314	82.0
Egzersiz alışkanlığı		
Evet	57	14.9
Hayır	326	85.1

Araştırmaya alınan kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı Tablo 4.1’de sunulmuştur. Kadınların %29.2’sinin 29-34 yaş grubunda olduğu, %48.3’ünün beden kitle indeksinin (BKİ) obezite sınıfında olduğu, %48.3’ünün üniversite mezunu, %60.3’ünün çalıştığı, %95.8’inin çekirdek ailede yaşadığı, %49.9’unun gelirinin orta seviyede, %95.3’ünün sosyal güvencesi olduğu, %82.5’inin ilde yaşadığı, %47.5’inin eşinin üniversite mezunu olduğu, %92.4’ünün eşinin çalıştığı, %53.5’inin sigara içtiği, %82’sinin kronik hastalığı olduğu ve %85.1’inin egzersiz alışkanlığı olduğu Tablo 4.1’de verilmiştir (Tablo 4.1). Kadınların yaş ortalamasının 35.13 ± 6.84 (23-54 yaş) olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.1. Kadınların Obstetrik ve Jinekolojik Özelliklerine Göre Dağılımı (n=383)

Obstetrik ve jinekolojik özellikler	n	%
Gebelik sayısı		
Gebeliği yok	77	20.1
1 gebelik	85	22.2
2 gebelik	117	30.5
3 gebelik ve üzeri	104	27.2
Çocuk sayısı		
Çocuğu yok	80	20.9
1 çocuk	116	30.3
2 çocuk	121	31.6
3 çocuk ve üzeri	66	17.2
Vajinal doğum yapma durumu		
Evet	120	31.3
Hayır	263	68.7
Son doğum tipi (n=302)		
Vajinal doğum	79	20.6
Sezaryen	223	58.3
Hiç doğum yapmadım	81	21.1
Son vajinal doğumda epizyotomi uygulanma durumu (n=124)		
Evet	97	78.2
Hayır	27	21.8
Vajinal doğumda vakum ya da forsepsle müdahale durumu (n=124)		
Evet	7	5.6
Hayır	117	94.4

Tablo 4.2’de araştırma kapsamına alınan kadınların obstetrik ve jinekolojik özellikleri doğrultusunda dağılımları gösterilmiştir. Kadınların %30.5’inin iki gebeliğinin olduğu, %31.6’sının iki çocuğu olduğu, %68.7’sinin vajinal doğum yapmadığı, %58.3’ünün son doğum tipinin sezaryen olduğu bulunmuştur. Son doğumunda vajinal doğum yapan kadınların %78.2’sinde epizyotomi uygulandığı ve

%5.6'sına vajinal doğumda vakum ya da forsepsle müdahale edildiği bulunmuştur (Tablo 4.2).

Tablo 4.3. Kadınların Jinekolojik Özellikleri ve Bazı Sorunlarına Göre Dağılımı

Özellikler	n	%
Menopoza girme durumu		
Evet	29	7.6
Hayır	354	92.4
Vajinal enfeksiyon sıklığı		
Evet	34	8.9
Hayır	349	91.1
Eşte cinsel işlev ile ilgili sorun varlığı		
Evet	1	0.3
Hayır	382	99.7
Sıklıkla Üriner Enfeksiyon Geçirme		
Evet	119	31.1
Hayır	264	68.9
Öksürük Şikayeti		
Evet	97	25.3
Hayır	286	74.7
Fekal inkontinans		
Evet	2	0.5
Hayır	381	99.5
Kronik Konstipasyon		
Evet	121	31.6
Hayır	262	68.4

Tablo 4.3'te araştırmaya katılım gösteren kadınların jinekolojik özellikleri ve bazı sorunlarına göre dağılımları verilmiştir. Kadınların %7.6'sının menopozda olduğu, %8.9'unun vajinal enfeksiyon geçirdiği, %99.7'sinin eşinde cinsel işlev sorunu olmadığı, %31.1'inde sıklıkla üriner enfeksiyon geçirdiği, %25.3'ünün öksürük şikayeti olduğu, % 0.5'inin fekal inkontinans şikayeti olduğu, %31.6'sının kronik konstipasyon şikayeti olduğu bulunmuştur (Tablo 4.3).

Tablo 4.4. KCIÖ ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları, Alınan En düşük ve En Yüksek Puanlar ile Cronbach Alfa Değerleri

KCIÖ ve Alt Boyutları	Ölçekten alınabilecek puan aralığı	Ölçekten alınan puan aralığı	Ort.±SS	Cronbach Alfa
İstek	1.20-6	1.20-6	3.55±0.99	0.90
Uyarılma	0-6	0-6	4.07±1.22	0.95
Kayganlaşma	0-6	0-6	4.27±1.32	0.91
Orgazm	0-6	0-6	4.02±1.28	0.92
Doyum	0-6	0-6	4.38±1.23	0.96
Ağrı	0-6	0-6	4.97±1.38	0.97
KCIÖ Toplam	1.20-36	1.20-35.60	25.29±6.47	0.97

Tablo 4.4'te KCIÖ ve alt boyutlarından alınabilecek alt ve üst değerler, alınan alt ve üst değerler, ortalama, standart sapma ve Cronbach Alfa katsayıları sunulmuştur. Kadınların KCIÖ'den 1.20-35.60 puan arasında aldığı, ölçek puan ortalamasının 25.29 ± 6.47 olduğu bulunmuştur. Kadınların KCIÖ alt boyut puan ortalaması incelendiğinde; istek 3.55 ± 0.99 , uyarılma 4.07 ± 1.22 , kayganlaşma 4.27 ± 1.32 , orgazm 4.02 ± 1.28 , doyum 4.38 ± 1.23 , ağrı 4.97 ± 1.38 bulunmuştur. Cronbach Alfa güvenirlik katsayıları KCIÖ'nün alt boyutları için .90 ile .97 arasında iken, ölçeğin tamamı için .97 bulunmuştur (Tablo 4.4).

Tablo 4.5. ICIQ-SF Puan Ortalaması, Alınan En düşük ve En Yüksek Puanlar ile Cronbach Alfa Değeri

DASÖ ve Alt Boyutları	Ölçekten alınabilecek puan aralığı	Ölçekten alınan puan aralığı	Ort.±SS	Cronbach Alfa
ICIQ-SF	0-21	0-21	2.66 ± 3.74	0.91

Tablo 4.5'te ICIQ-SF alınabilecek en düşük ve en yüksek puanlar, alınan en düşük ve en yüksek puanlar ile ortalama, standart sapma ve Cronbach alfa değeri verilmiştir. Kadınların ICIQ-SF'den 0-21 puan arasında aldığı, ölçek puan ortalamasının 2.66 ± 3.74 olduğu belirlenmiştir. ICIQ-SF için Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı .91 bulunmuştur (Tablo 4.5).

Tablo 4.6. DASÖ Depresyon, Anksiyete Stres Alt Ölçekleri Puan Ortalamaları, Alınan En düşük ve En Yüksek Puanlar ile Cronbach Alfa Değerleri

DASÖ ve Alt Boyutları	Ölçekten alınabilecek puan aralığı	Ölçekten alınan puan aralığı	Ort.±SS	Cronbach Alfa
Depresyon	0-21	0-14	3.96 ± 3.04	0.83
Anksiyete	0-21	0-16	2.85 ± 2.66	0.79
Stres	0-21	0-18	5.82 ± 2.93	0.77

Tablo 4.6'da DASÖ depresyon, anksiyete, stres alt boyutlarından alınabilecek alt ve üst değerler, alınan alt ve üst değerler, ortalama, standart sapma ve Cronbach

Alfa değerleri sunulmuştur. Kadınların DASÖ alt boyutları puan ortalamaları; depresyon alt boyutu için 3.96 ± 3.04 , anksiyete alt boyutu için 2.85 ± 2.66 olduğu, stres alt boyutu için 5.82 ± 2.93 bulunmuştur. DASÖ'nün alt boyutları için Cronbach Alfa güvenilirlik katsayıları depresyon için .83, anksiyete için .79, stres için .77 bulunmuştur (Tablo 4.6).

Tablo 4.7. Kadınların DASÖ Depresyon, Anksiyete Stres Ölçekleri ile FSFI Kesme Puanlarına Göre Depresyon, Anksiyete, Stres ve Cinsel Disfonksiyon Oranları ve İdrar Kaçırma Sıklığına Göre Dağılımı

Ölçekler	n	%
Depresyon		
Depresyon yok (0-4 puan)	235	61.4
Depresyon var (5 ve üzeri)	148	38.6
Anksiyete		
Anksiyete yok (0-3)	249	65.0
Anksiyete var (4 ve üzeri)	134	35.0
Stres		
Stres yok (0-7 puan)	298	77.8
Stres var (8 puan ve üzeri)	85	22.2
Cinsel işlev		
Normal cinsel fonksiyon (KCIÖ 26,56 ve üzeri)	196	51.2
Cinsel disfonksiyon (KCIÖ 26.55 $\geq$)	187	48.8
İdrar kaçırma sıklığı		
Hiçbir zaman	235	61.4
Haftada bir veya daha seyrek gibi	78	20.4
Haftada iki veya üç kez	59	15.4
Günde bir kez gibi	5	1.3
Günde birkaç kez	5	1.3
Her zaman	1	0.3

Tablo 4.7’de kadınların DASÖ Depresyon, Anksiyete Stres Ölçekleri ile KCIÖ kesme puanlarına göre depresyon, anksiyete, stres ve cinsel disfonksiyon oranları ve idrar kaçırma sıklığına göre dağılımları verilmiştir. DASÖ depresyon, anksiyete ve stres kesme puanlarına göre kadınların %38.6’sında depresyon, %35’inde anksiyete, %22.2’sinde stres olduğu bulunmuştur. KCIÖ kesme puanına göre kadınların %48.8’inde cinsel disfonksiyon olduğu saptanmıştır. Kadınların %20.4’ünün haftada bir veya daha seyrek, %15.4’ünün haftada 2 veya 3 kez, %1.3’ünün günde bir kez,

%1.3'ünün günde birkaç kez idrar kaçırma sorunu yaşadığı, toplamda kadınların %38.6'sının idrar kaçırma sorunu olduğu verilmiştir.

Tablo 4.8. Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre KCIÖ, ICIQ-SF, DASÖ Depresyon, Anksiyete ve Stres Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Sosyodemografik Özellikler	n	KCIÖ Ort±SS	ICIQSF Ort±SS	DASÖ Depresyon Ort±SS	DASÖ Anksiyete Ort±SS	DASÖ Stres Ort±SS
Yaş grupları (yıl)						
23-28 yaş ¹	78	29.32±5.41	0.32±1.24	2.62±2.77	1.96±2.58	4.41±2.71
29-34 yaş ²	112	28.24±3.13	0.62±2.52	3.03±2.68	2.25±2.36	5.06±2.51
35-40 yaş ³	102	25.17±3.57	2.94±3.01	4.42±2.65	3.05±2.22	6.21±2.54
41 yaş ve ⁴	91	18.34±7.24	6.85±3.50	5.74±3.13	4.14±3.00	7.54±3.07
		F=89.626	F=119.900	F=23.056	F=13.322	F=23.098
		p=.000	p=.000	p=.000	p=.000	p=.000
Test ve p değeri		1-3, 1-4, 2-3, 2-4, 3-4	1-3, 1-4, 2-3, 2-4, 3-4	1-3, 1-4, 2-3, 2-4, 3-4	1-3, 1-4, 2-4, 3-4	1-3, 1-4, 2-3, 2-4, 3-4
Eğitim Düzeyi						
İlkokul mezunu ¹	15	18.72±8.53	9.13±5.71	6.86±3.71	5.46±3.56	8.26±4.57
Ortaokul mezunu ²	39	17.85±6.42	6.38±3.10	5.38±3.15	3.76±3.13	7.43±3.34
Lise mezunu ³	136	23.73±5.52	3.24±3.39	4.52±2.71	3.05±2.27	6.33±2.55
Üniversite mezunu ⁴	185	28.40±4.76	0.93±2.47	3.04±2.85	2.34±2.55	4.96±2.59
Yüksek lisans mez. ⁵	8	28.52±3.82	2.37±3.37	3.50±3.07	2.85±2.66	4.75±3.19
		F=43.134	F=46.572	F=12.240	F=7.264	F=12.130
		p=.000	p=.000	p=.000	p=.000	p=.000
Test ve p değeri		1-3, 1-4, 1-5, 2-3, 2-4, 2-5, 3-4	1-3, 1-4, 1-5, 2-3, 2-4, 2-5, 3-4	1-4, 2-4, 3-4	1-3, 1-4, 2-4	1-4, 2-4, 3-4
Beden Kitle İndeksi*						
Normal (BKİ 18.5-24.9) ¹	175	27.76±5.22	1.05±2.64	3.10±2.84	2.36±2.75	4.93±3.00
Obezite (BKİ 25-29.9) ²	185	23.63±6.24	3.94±3.94	4.54±2.99	3.08±2.43	6.46±2.64
Birinci derece obezite (BKİ 30-34.9) ³	23	19.85±9.09	4.52±4.46	5.86±3.03	4.78±2.69	7.47±2.59
		F=31.184	F=35.136	F=16.060	F=10.105	F=17.480
		p=.000	p=.000	p=.000	p=.000	p=.000
Test ve p değeri		1-2, 1-3, 2-3	1-2, 1-3	1-2, 1-3	1-2, 1-3, 2-3	1-2, 1-3
Çalışma Durumu						
Çalışıyor	231	27.19±5.56	1.62±3.26	3.47±3.02	2.62±2.78	5.20±2.82
Çalışmıyor	152	22.41±6.69	4.23±3.88	4.71±2.92	3.21±2.43	6.77±2.83
		t=-7.292	t=-6.824	t=-3.956	t=-2.121	t=-5.318
Test ve p değeri		p=.000	p=.000	p=.000	p=.035	p=.000
Aile yapısı						
Çekirdek aile	367	25.57±6.28	2.46±3.42	3.80±2.91	2.73±2.54	5.70±2.80
Geniş aile	16	18.85±7.44	7.06±7.13	7.56±3.82	5.75±3.66	8.56±4.24
		t=-4.152	t=-2.564	t=-4.975	t=-3.266	t=-2.666
Test ve p değeri		p=.000	p=.021	p=.000	p=.005	p=.017

Tablo 4.8. (Devam) Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre KCIÖ, ICIQ-SF, DASÖ Depresyon, Anksiyete Ve Stres Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Sosyodemografik Özellikler	n	KCIÖ Ort±SS	ICIQSF Ort±SS	DASÖ Depresyon Ort±SS	DASÖ Anksiyete Ort±SS	DASÖ Stres Ort±SS
Gelir seviyesi						
Düşük ¹	165	23.23±6.35	3.72±3.80	4.76±2.88	3.43±2.61	6.84±2.77
Orta ²	191	26.84±5.93	1.80±3.32	3.43±2.97	2.50±2.58	5.15±2.68
Yüksek ³	27	26.90±7.47	2.22±4.60	2.81±3.37	1.81±2.86	4.40±3.59
		F=15.830	F=12.493	F=10.993	F=7.801	F=19.928
Test ve p değeri		p=.000 1-2, 1-3	p=.000 1-2, 1-3	p=.000 1-2, 1-3	p=.000 1-2, 1-3	p=.000 1-2, 1-3
Sosyal Güvence						
Var	365	25.37±6.52	2.52±3.50	3.91±2.98	2.80±2.61	5.76±2.90
Yok	18	23.80±5.14	5.44±5.43	5.05±3.94	3.94±3.40	7.05±3.29
Test ve p değeri		t=-1.001 p=.317	t=-2.255 p=.037	t=-1.558 p=.120	t=-1.403 p=.178	t=-1.826 p=.069
Yaşadığı Yer						
İl ¹	316	26.24±5.60	2.33±3.49	3.69±2.98	2.60±2.52	5.50±2.77
İlçe ²	62	20.90±8.49	4.12±4.03	5.11±2.88	3.83±2.85	7.24±2.99
Köy ³	5	19.88±4.23	5.20±8.67	7.00±4.52	6.60±3.64	8.80±5.06
		F=21.523	F=7.376	F=8.472	F=11.134	F=12.423
Test ve p değeri		p=.000 1-2	p=.000 1-2	p=.000 1-2	p=.000 1-2,1-3	p=.000 1-2, 1-3
Eşin Eğitim Düzeyi						
İlkokul mezunu ¹	16	14.73±8.59	8.31±6.23	7.43±3.65	6.06±4.21	9.00±4.09
Ortaokul ²	31	19.13±6.28	5.87±3.21	5.87±3.06	4.29±2.39	7.58±3.33
Lise ³	142	23.37±5.79	3.38±3.68	4.35±2.72	2.99±2.28	6.26±2.46
Üniversite ⁴	182	28.49±4.27	1.13±2.49	3.01±2.77	2.20±2.52	4.97±2.72
Yüksek lisans ⁵	12	29.46±3.19	1.33±2.42	4.33±3.39	3.16±2.55	4.83±2.62
		F=50.277	F=31.848	F=15.327	F=12.195	F=14.098
Test ve p değeri		p=.000 1-3, 1-4, 1-5, 2-3, 2-4, 2-5, 3-4, 3-5	p=.000 1-3, 1-4, 1-5, 2-3, 2-4, 2-5, 3-4	p=.000 1-3, 1-4, 2-4, 3-4	p=.000 Fark 1-3, 1-4, 2-4	p=.000 1-3, 1-4, 1-5, 2-4, 3-4
Eşin Çalışma Durumu						
Çalışıyor	354	26.02±5.55	2.35±3.46	3.75±2.87	2.71±2.60	5.60±2.82
Çalışmıyor	29	16.42±9.70	6.44±4.87	6.48±3.88	4.62±2.78	8.51±2.87
Test ve p değeri		t=5.257 p=.000	t=-5.915 p=.000	t=-3.690 p=.001	t=-3.775 p=.000	t=-5.320 p=.000
Sigara Alışkanlığı						
Evet	205	24.91±6.29	3.25±3.73	4.25±3.13	2.87±2.52	6.12±2.91
Hayır	178	25.74±6.66	1.97±3.64	3.63±2.91	2.83±2.82	5.48±2.91
Test ve p değeri		t=-8.121 p=.211	t=3.378 p=.001	t=1.992 p=.047	t=.132 p=.895	t=-2.153 p=.032
Kronik Hastalık						
Evet	69	19.23±7.10	6.44±3.42	5.84±2.94	4.43±2.93	7.91±2.90
Hayır	314	26.62±5.50	1.82±3.26	3.55±2.91	2.50±2.47	5.36±2.73
Test ve p değeri		t=-8.121 p=.000	t=10.539 p=.000	t=5.893 p=.000	t=5.653 p=.000	t=6.915 p=.000
Egzersiz Alışkanlığı						
Evet	57	27.59±5.48	1.85±4.33	3.61±3.14	2.85±3.20	5.61±2.23
Hayır	326	24.89±6.55	2.80±3.61	4.02±3.02	2.85±2.56	5.86±2.87
Test ve p değeri		t=2.934 p=.004	t=-1.756 p=.080	t=-.946 p=.381	t=.010 p=.992	t=-596 p=.552

Tablo 4.8’de araştırmada yer alan kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre KCIÖ, ICIQ-SF, DASÖ depresyon, anksiyete ve stres alt ölçekleri puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir. Kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre KCIÖ puan ortalamalarına bakıldığında; 23-28 yaş grubu aralığında olan (29.32 ± 5.41), beden kitle indeksi normal olan (27.76 ± 5.22), yüksek lisans mezunu olan (28.52 ± 3.82), çalışan (27.19 ± 5.56), gelir seviyesi yüksek olan (26.90 ± 7.47), sosyal güvencesi olan (27.37 ± 6.52), ilde yaşayan (26.24 ± 5.60), eşinin eğitim düzeyi yüksek lisans olan (29.46 ± 3.19), eşi çalışan (26.02 ± 5.55), sigara alışkanlığı olmayan (25.74 ± 6.66), kronik hastalığı olmayan (26.62 ± 5.50), egzersiz alışkanlığı olan (27.59 ± 5.48) kadınların KCIÖ puan ortalamalarının diğer kadınların puan ortalamalarından daha yüksek olduğu ve yaş grubuna (**p=0.000**), beden kitle indeksine (**p=0.000**), eğitim düzeyine (**p=0.000**), çalışma durumuna (**p=0.000**), gelir seviyesine (**p=0.000**), yaşadığı yere (**p=0.000**), eşinin eğitim düzeyine (**p=0.000**), eşi çalışma durumuna (**p=0.000**), kronik hastalığına (**p=0.000**), egzersiz alışkanlığına (**p=0.004**), göre istatistiksel olarak anlamlı olduğu, diğer özelliklerine baktığımızda ise farkın anlamsız olduğu bulunmuştur ($p > 0.05$), (Tablo 4.8).

İkiden fazla sayıda grubu olan değişkenlerde anlamlı çıkan sonuçların hangi gruptan kaynaklandığı bulunmak için yapılan ileri analizde; kadınların yaş grubuna göre farkın “23-28” ile “35-40” ve “41 yaş ve ↑”, “29-34” ile “35-40” ve “41 yaş ve ↑” ve “35-40” ile “41 yaş ve ↑” grubu KCIÖ puan ortalamaları arasındaki farktan kaynaklandığı belirlenmiştir. Beden kitle indeksine göre KCIÖ puan ortalamaları farkının “normal” ile “obezite”, “birinci derece obezite”; “obezite” ile “birinci derece obezite” grupları arasındaki farklardan kaynaklandığı belirlenmiştir. Eğitim düzeyine göre KCIÖ puan ortalamaları farkının “ilkokul” ile “lise”, “üniversite” ve “yüksek lisans”, “ortaokul” ile “lise”, “üniversite” ve “yüksek lisans” ve “lise” ile “üniversite” grupları arasındaki farklardan kaynaklandığı belirlenmiştir. Gelir seviyesine göre farkın “düşük” ile “orta” ve “yüksek” gelir grubunun KCIÖ puan ortalamaları arasındaki farklardan kaynaklandığı belirlenmiştir. Kadınların yaşadığı yere göre farkın “il” ve “ilçe” de yaşayan kadınların KCIÖ puan ortalamaları arasındaki farktan kaynaklandığı bulunmuştur. Eşinin eğitim düzeyine göre KCIÖ puan ortalamaları farkının “ilkokul” ile “lise”, “üniversite”, “yüksek lisans”; “ortaokul” ile “lise”,

“üniversite” ve “yüksek lisans”; “lise” ile “üniversite” ve “yüksek lisans” grupları arasındaki farktan kaynaklandığı belirlenmiştir (Tablo 4.8).

Kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre ICIQ-SF puan ortalamaları karşılaştırıldığında; 41 yaş ve ↑ yaş grubunda olan (6.85 ± 3.50), beden kitle indeksi birinci derece obezite olan (4.52 ± 4.46), ilkokul mezunu olan (9.13 ± 5.71), çalışmayan (4.23 ± 3.88), gelir seviyesi düşük olan (3.72 ± 3.80), sosyal güvencesi olmayan (5.44 ± 5.43), köyde yaşayan (5.20 ± 8.67), eşinin eğitim düzeyi ilkokul olan (8.31 ± 6.23), eşi çalışmayan (6.44 ± 4.87), sigara kullanan (3.25 ± 3.73), kronik hastalığı olan (6.44 ± 3.42) ve egzersiz alışkanlığı olmayan (2.80 ± 3.61) kadınların ICIQ-SF puan ortalamalarının diğer kadınların puan ortalamalarından daha yüksek olduğu ve yaş grubuna (**p=0.000**), beden kitle indeksine (**p=0.000**), eğitim düzeyine (**p=0.000**), çalışma durumuna (**p=0.000**), gelir seviyesine (**p=0.000**), sosyal güvencesine (**p=0.037**), yaşadığı yere (**p=0.000**), eşinin eğitim düzeyine (**p=0.000**), eşi çalışma durumuna (**p=0.000**), sigara alışkanlığına (**p=0.001**), kronik hastalığına (**p=0.000**) göre gruplar arası farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu, diğer özelliklerine göre farkın anlamsız olduğu bulunmuştur ($p > 0.05$), (Tablo 4.8).

İkiden fazla sayıda grubu olan değişkenlerde anlamlı çıkan sonuçların hangi gruptan kaynaklandığı bulmak için yapılan ileri analizde; kadınların yaş grubuna göre farkın “23-28” ile “35-40”, “41 yaş ve ↑”; “29-34” ile “35-40”, “41 yaş ve ↑” ve “35-40” ile “41 yaş ve ↑” grubundaki kadınların ICIQ-SF puan ortalamaları arasındaki farklardan kaynaklandığı bulunmuştur. Beden kitle indeksine göre ICIQ-SF puan ortalamaları farkının “normal” ile “obezite” ve “normal” ile “birinci derece obezite” grupları arasındaki farktan kaynaklandığı belirlenmiştir (Tablo 4.8). Kadınların eğitim düzeyine göre ICIQ-SF puan ortalamaları farkının “ilkokul” ile “lise”, “üniversite”, ve “yüksek lisans”; “ortaokul” ile “lise”, “üniversite” ve “yüksek lisans”; “lise” ile “üniversite” grupları arasındaki farktan kaynaklandığı bulunmuştur (Tablo 4.8). Gelir seviyesine göre farkın “düşük” ile “orta” ve “yüksek” gelir düzeyinde olan kadınların ICIQ-SF puan ortalamaları arasındaki farktan kaynaklandığı bulunmuştur. Kadınların yaşadığı yere göre farkın “il” ve “ilçe”de yaşama durumuna göre olan ICIQ-SF puan ortalamaları arasındaki farktan kaynaklandığı bulunmuştur (Tablo 4.8). Kadının eşinin eğitim düzeyine göre ICIQ-SF puan ortalamaları farkının “ilkokul” ile “lise”, “üniversite” ve “yüksek lisans”; “ortaokul” ile “lise”, “üniversite” ve “yüksek lisans”

ve “lise” ile “üniversite” grupları arasındaki farktan kaynaklandığı belirlenmiştir (Tablo 4.8).

Kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre DASÖ Depresyon puan ortalamaları incelendiğinde; 41 yaş ve ↑ yaş grubunda yer alanların (5.74 ± 3.13), beden kitle indeksi birinci derece obezite olanların (5.86 ± 3.03), ilkokul mezunu olan (6.86 ± 3.71), çalışmayan (4.71 ± 2.92), gelir seviyesi düşük olan (4.76 ± 2.88), sosyal güvencesi olmayan (5.05 ± 3.94), köyde yaşayan (7.00 ± 4.52), eşinin eğitim düzeyi ilkokul olan (7.43 ± 3.65), eşi çalışmayan (6.48 ± 3.88), sigara kullanan (4.25 ± 3.13), kronik hastalığı olan (5.84 ± 2.94) ve egzersiz alışkanlığı olmayan (4.02 ± 3.02) kadınların DASÖ Depresyon puan ortalamalarının diğer kadınların puan ortalamalarından daha yüksek olduğu ve yaş grubuna (**$p=0.000$**), beden kitle indeksine (**$p=0.000$**), eğitim düzeyine (**$p=0.000$**), çalışma durumuna (**$p=0.000$**), gelir seviyesine (**$p=0.000$**), yaşadığı yere (**$p=0.000$**), eşinin eğitim düzeyine (**$p=0.000$**), eşi çalışma durumuna (**$p=0.001$**), sigara alışkanlığına (**$p=0.047$**), kronik hastalığına (**$p=0.000$**) göre gruplar arası farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu, diğer özelliklerine göre farkın anlamsız olduğu bulunmuştur ($p>0.05$), (Tablo 4.8).

İkiden fazla sayıda grubu olan değişkenlerde anlamlı çıkan sonuçların hangi gruptan kaynaklandığı belirlemek için yapılan ileri analizde; kadınların yaş grubuna göre farkın “23-28” ile “35-40”, “41 yaş ve ↑”; “29-34” ile “35-40”, “41 yaş ve ↑”; “35-40” ile “41 yaş ve ↑” olan DASÖ Depresyon puan ortalamaları arasındaki farktan kaynaklandığı bulunmuştur. Beden kitle indeksine göre DASÖ Depresyon puan ortalamaları farkının “normal” ile “obezite” ve “birinci derece obezite” grupları arasındaki farktan kaynaklandığı bulunmuştur. Eğitim düzeyine göre DASÖ Depresyon puan ortalamaları farkının “ilkokul” ile “üniversite”, “ortaokul” ile “üniversite” ve “lise” ile “üniversite” grupları arasındaki farktan kaynaklandığı bulunmuştur.

Gelir seviyesine göre farkın “düşük” ile “orta” ve “yüksek” gelir düzeyinde olan kadınların DASÖ Depresyon puan ortalamaları arasındaki farktan kaynaklandığı bulunmuştur. Kadınların yaşadığı yere göre farkın “il” ve “ilçe”de yaşama durumuna göre olan DASÖ Depresyon puan ortalamaları arasındaki farktan kaynaklandığı bulunmuştur. Eşinin eğitim düzeyine göre DASÖ Depresyon puan ortalamaları

farkının “ilkokul” ile “lise” ve “üniversite”, “ortaokul” ile “üniversite” ve “lise” ile “üniversite” grupları arasındaki farktan kaynaklandığı bulunmuştur (Tablo 4.8).

Kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre DASÖ Anksiyete puan ortalamaları incelendiğinde; 41 yaş ve ↑ yaş grubunda yer alanların (4.14 ± 3.00), beden kitle indeksi birinci derece obezite olanların (4.78 ± 2.69), ilkokul mezunu olan (5.46 ± 3.56), çalışmayan (3.21 ± 2.43), gelir seviyesi düşük olan (3.43 ± 2.61), sosyal güvencesi olmayan (3.94 ± 3.40), köyde yaşayan (6.60 ± 3.64), eşinin eğitim düzeyi ilkokul olan (6.06 ± 4.21), eşi çalışmayan (4.62 ± 2.78), sigara kullanan (2.87 ± 2.52), kronik hastalığı olan (4.43 ± 2.93) ve egzersiz alışkanlığı olmayan (2.85 ± 2.56) kadınların DASÖ Anksiyete puan ortalamalarının diğer kadınların puan ortalamalarından daha yüksek olduğu ve yaş grubuna (**p=0.000**), beden kitle indeksine (**p=0.000**), eğitim düzeyine (**p=0.000**), çalışma durumuna (**p=0.035**), gelir seviyesine (**p=0.000**), yaşadığı yere (**p=0.000**), eşinin eğitim düzeyine (**p=0.000**), eşi çalışma durumuna (**p=0.000**), kronik hastalığına (**p=0.000**) göre gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu, diğer özelliklerine göre farkın anlamsız olduğu anlaşılmıştır ($p > 0.05$), (Tablo 4.8).

İkiden fazla sayıda grubu olan değişkenlerde anlamlı çıkan sonuçların hangi gruptan kaynaklandığı belirlemek için yapılan ileri analizde; kadınların yaş grubuna göre farkın “23-28” ile “35-40” ve “41 yaş ve ↑”, “29-34” ile “41 yaş ve ↑” ve “35-40” ile “41 yaş ve ↑” olan DASÖ Anksiyete puan ortalamaları arasındaki farktan kaynaklandığı tespit edilmiştir. Beden kitle indeksine göre DASÖ Anksiyete puan ortalamaları farkının “normal” ile “obezite” ve “birinci derece obezite”; “obezite” ile “birinci derece obezite” grupları arasındaki farktan kaynaklandığı tespit edilmiştir. Eğitim düzeyine göre DASÖ Anksiyete puan ortalamaları farkının “ilkokul” ile “lise” ve “üniversite”, “ortaokul” ile “üniversite” grupları arasındaki farktan kaynaklandığı tespit edilmiştir. Gelir seviyesine göre farkın “düşük” ile “orta” ve “yüksek” gelir grubunun DASÖ Anksiyete puan ortalamaları arasındaki farktan kaynaklandığı tespit edilmiştir. Kadınların yaşadığı yere göre farkın “il” ile “ilçe” ve “köy” de yaşama durumuna göre olan DASÖ Anksiyete puan ortalamaları arasındaki farktan kaynaklandığı tespit edilmiştir. Eşinin eğitim düzeyine göre DASÖ Anksiyete puan ortalamaları farkının “ilkokul” ile “lise” ve “üniversite”; “ortaokul” ile “üniversite” grupları arasındaki farktan kaynaklandığı tespit edilmiştir (Tablo 4.8).

Kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre DASÖ Stres puan ortalamalarına bakıldığında; 41 yaş ve ↑ yaş grubunda yer alanların (7.54 ± 3.07), beden kitle indeksi birinci derece obezite olanların (7.47 ± 2.59), ilkokul mezunu olan (8.26 ± 4.57), çalışmayan (6.77 ± 2.83), gelir seviyesi düşük olan (6.84 ± 2.77), sosyal güvencesi olmayan (7.05 ± 3.29), köyde yaşayan (8.80 ± 5.06), eşinin eğitim düzeyi ilkokul olan (9.00 ± 4.09), eşi çalışmayan (8.51 ± 2.87), sigara kullanan (6.12 ± 2.91), kronik hastalığı olan (7.91 ± 2.90) ve egzersiz alışkanlığı olmayan (5.86 ± 2.87) kadınların DASÖ Stres puan ortalamalarının diğer kadınların puan ortalamalarından daha yüksek olduğu ve yaş grubuna ($p=0.000$), beden kitle indeksine ($p=0.000$), eğitim düzeyine ($p=0.000$), çalışma durumuna ($p=0.000$), gelir seviyesine ($p=0.000$), yaşadığı yere ($p=0.000$), eşinin eğitim düzeyine ($p=0.000$), eşi çalışma durumuna ($p=0.000$), sigara kullanımına ($p=0.032$), kronik hastalığına ($p=0.000$) göre gruplar arası farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu, diğer özelliklerine göre farkın anlamsız olduğu tespit edilmiştir ($p>0.05$), (Tablo 4.8).

İkiden fazla sayıda grubu olan değişkenlerde anlamlı çıkan farkın, hangi gruptan kaynaklandığı belirlemek için yapılan ileri analizde; kadınların yaş grubuna göre farkın “23-28” ile “35-40” ve “41 yaş ve ↑”, “29-34” ile “35-40” ve “41 yaş ve ↑” ve “35-40” ile “41 yaş ve ↑” olan DASÖ Stres puan ortalamaları arasındaki farktan kaynaklandığı tespit edilmiştir. Beden kitle indeksine göre DASÖ Stres puan ortalamaları farkının “normal” ile “obezite” ve “birinci derece obezite” grupları arasındaki farktan kaynaklandığı tespit edilmiştir. Eğitim düzeyine göre DASÖ Stres puan ortalamaları farkının “üniversite” ile “ilkokul”, “ortaokul” ve “lise” grupları arasındaki farktan kaynaklandığı tespit edilmiştir. Gelir seviyesine göre farkın “düşük” ile “orta” ve “yüksek” gelir düzeyinde olan kadınların DASÖ Stres puan ortalamaları arasındaki farktan kaynaklandığı tespit edilmiştir. Kadınların yaşadığı yere göre farkın “il” ile “ilçe” ve “il” ile “köy” de yaşama durumuna göre olan DASÖ Stres puan ortalamaları arasındaki farktan kaynaklandığı tespit edilmiştir. Eşinin eğitim düzeyine göre DASÖ Stres puan ortalamaları farkının “ilkokul” ile “lise”, “üniversite” ve “yüksek lisans”; “ortaokul” ile “üniversite” ve “lise” ve “üniversite” grupları arasındaki farktan kaynaklandığı Tablo 4.7’de yer almaktadır (Tablo 4.8).

Tablo 4.9. Kadınların obstetrik özelliklerine göre KCIÖ, ICIQ-SF, DASÖ depresyon, anksiyete ve stres alt ölçekleri puan ortalamalarının karşılaştırılması

Obstetrik ve jinekolojik özellikler	n	KCIÖ Ort±SS	ICIQSF Ort±SS	DASÖ Depresyon Ort±SS	DASÖ Anksiyete Ort±SS	DASÖ Stres Ort±SS
Gebelik Sayısı						
Gebeliği yok ¹	77	29.98±3.41	0.25±1.12	2.35±2.08	1.94±2.61	4.29±2.18
1 gebelik ²	85	28.17±5.03	0.76±2.27	2.71±2.50	2.08±2.17	4.74±2.43
2 gebelik ³	117	24.29±5.71	2.54±3.19	4.57±3.20	3.36±2.79	6.27±2.94
3 gebelik ve üzeri ⁴	104	20.60±6.53	6.11±4.00	3.58±2.57	3.58±2.57	7.34±2.90
		F=54.204	F=74.911	F=26.880	F=10.095	F=25.062
		p=.000	p=.000	p=.000	p=.000	p=.000
Test ve p değeri		1-3, 1-4, 2-3, 2-4, 4-3	1-3, 1-4, 2-3, 2-4, 4-3	1-3, 1-4, 2-3, 2-4, 4-3	1-3, 1-4, 2-3, 2-4, 4-3	1-3, 1-4, 2-3, 2-4, 4-3
Çocuk Sayısı						
Çocuğu yok ¹	80	29.95±3.35	0.25±1.10	2.43±2.12	2.01±2.63	4.35±2.19
1 çocuk ²	116	27.39±4.90	1.07±2.54	3.09±2.93	2.30±2.61	5.19±2.97
2 çocuk ³	121	23.42±5.68	3.24±3.26	4.83±2.87	3.39±2.45	6.38±2.55
3 çocuk ve üzeri ⁴	66	19.39±7.34	7.28±3.95	5.75±3.09	3.86±2.65	7.71±3.05
		F=56.812	F=88.896	F=24.653	F=9.796	F=22.270
		p=.000	p=.000	p=.000	p=.000	p=.000
Test ve p değeri		1-2, 1-3, 1-4, 2-3, 2-4, 4-3	1-3, 1-4, 2-3, 2-4, 4-3	1-3, 1-4, 2-3, 2-4, 4-3	1-3, 1-4, 2-3, 2-4, 4-3	1-3, 1-4, 2-3, 2-4, 4-3
En az bir kez vajinal doğum yapma durumu						
Evet	120	20.23±6.88	5.49±3.95	5.47±3.24	3.95±2.76	7.15±3.25
Hayır	263	27.60±4.73	1.36±2.82	3.27±2.68	2.35±2.45	5.22±2.55
		t=-10.633	t=10.277	t=6.474	t=5.690	t=6.297
Test ve p değeri		p=.000	p=.000	p=.000	p=.006	p=.000
Vajinal doğum ¹	79	19.64±7.51	5.54±4.71	5.72±3.04	4.32±2.92	7.56±3.10
Sezaryen ²	223	25.69±5.36	2.46±3.26	3.87±3.01	2.64±2.37	5.71±2.79
Hiç doğum yapmadım ³	81	29.70±3.68	0.39±1.41	2.51±2.18	2.00±2.62	4.43±2.21
		F=66.153	F=48.118	F=25.244	F=18.523	F=26.378
		p=.000	p=.000	p=.000	p=.000	p=.000
Test ve p değeri		1-2, 1-3, 2-3	1-2, 1-3, 2-3	1-2, 1-3, 2-3	1-2, 1-3, 2-3	1-2, 1-3, 2-3
Son vajinal doğumda epizyotomi uygulanma durumu (n=124)						
Evet	97	20.44±6.53	5.59±3.41	5.63±3.04	4.04±2.56	7.55±2.84
Hayır	27	19.19±7.97	5.22±6.33	5.11±4.01	3.96±3.49	6.25±4.37
		t=.835	t=.296	t=.635	t=.109	t=1.458
Test ve p değeri		p=.405	p=.769	p=.530	p=.914	p=.154
Vajinal doğumda vakum ya da forsepsle müdahale durumu (n=124)						
Evet	7	22.65±3.42	6.14±2.79	3.14±1.06	2.57±0.78	5.28±1.79
Hayır	117	20.13±7.04	5.43±4.29	5.64±3.32	4.09±2.84	7.38±3.30
		t=.937	t=.429	t=-4.939	t=-3.832	t=-1.662
Test ve p değeri		p=.350	p=.669	p=.000	p=.001	p=.099

Tablo 4.9’da katılımcıların obstetrik özelliklerine göre KCIÖ, ICIQ-SF, DASÖ depresyon, anksiyete ve stres alt ölçekleri puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir. Katılımcılardan gebeliği olmayan (29.98±3.41), çocuğu olmayan (29.95±3.35), en az bir kez vajinal doğum yapmamış olan (27.60±4.73), hiç doğum yapmamış olan (29.70±3.68), son vajinal doğumunda epizyotomi uygulanan

(20.44±6.53), vajinal doğumda vakum ya da forsepsle müdahale geçiren (22.65±3.42) kadınların KCIÖ puan ortalamalarının diğer kadınların puan ortalamalarından daha yüksek olduğu ve gruplar arası farkların gebelik sayısına (**p=0.000**), çocuk sayısına (**p=0.000**), en az bir kere vajinal doğum yapma durumuna (**p=0.000**), son doğum tipine (**p=0.000**) göre istatistiksel olarak farkın anlamlı olduğu, diğer özelliklerine göre ise farkın anlamlı olmadığı anlaşılmıştır ($p>0.05$), (Tablo 4.9)

İkiden fazla sayıda grubu olan değişkenlerde anlamlı çıkan farkın, hangi gruptan kaynaklandığı bulmak için yapılan ileri analizde; kadınların gebelik sayısına göre farkın “gebeliği yok” ile “2 gebelik” ve “3 gebelik ve üzeri”, “1 gebelik” ile “2 gebelik” ve “3 gebelik ve üzeri” gruplarının KCIÖ puan ortalamaları arasındaki farktan kaynaklı olduğu anlaşılmıştır. Çocuk sayısına göre KCIÖ puan ortalamaları farkının “çocuğu yok” ile “1 çocuk”, “2 çocuk” ve “3 çocuk ve üzeri”, “1 çocuk” ile “2 çocuk” ve “3 çocuk ve üzeri” grupları arasındaki farktan kaynaklı olduğu belirlenmiştir. Son doğum tipine göre farkın “vajinal doğum” ile “sezaryen”, “vajinal doğum” ile “hiç doğum yapmayanlar” ve “sezaryen” ile “hiç doğum yapmayanlar” gruplarının KCIÖ puan ortalamaları arasındaki farkından kaynaklı olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.9).

Katılımcıların obstetrik özelliklerine göre ICIQ-SF puan ortalaması incelendiğinde; 3 gebelik ve üzeri (6.11±4.00), 3 çocuk ve üzeri (7.28±3.95), en az bir kez vajinal doğum yapmış olan (5.39±3.95), son doğum tipi vajinal doğum olan (5.54±4.71), son vajinal doğumunda epizyotomi uygulanan (5.59±3.41), vajinal doğumda vakum ya da forsepsle müdahale geçiren (6.14±2.79) kadınların ICIQ-SF puan ortalamalarının diğer kadınların puan ortalamalarıyla karşılaştırıldığında daha yüksek olduğu ve gruplar arası farkların gebelik sayısına (**p=0.000**), çocuk sayısına (**p=0.000**), en az bir kere vajinal doğum yapma durumuna (**p=0.000**), son doğum tipine (**p=0.000**) göre istatistiksel olarak anlamlı olduğu, diğer özelliklerine göre ise fark olmadığı anlaşılmıştır ($p>0.05$), (Tablo 4.9).

İkiden fazla sayıda grubu olan değişkenlerde anlamlı çıkan farkın, hangi gruptan kaynaklandığı belirlemek için yapılan ileri analizde; Yapılan ileri analizde, kadınların gebelik sayısına göre farkın “gebeliği yok” ile “2 gebelik” ve “3 gebelik ve üzeri”, “1 gebelik” ile “2 gebelik” ve “3 gebelik ve üzeri” gruplarının ICIQ-SF puan ortalamaları

arasındaki farktan kaynaklı olduğu belirlenmiştir. Çocuk sayısına göre ICIQ-SF puan ortalamaları farkının “çocuğu yok” ile “2 çocuk” ve “3 çocuk ve üzeri”, “1 çocuk” ile “2 çocuk” ve “3 çocuk ve üzeri” ve “3 çocuk ve üzeri” ile “2 çocuk” grupları arasındaki farktan kaynaklandığı bulunmuştur. Son doğum tipine göre farkın “vajinal doğum” ile “sezaryen”, “vajinal doğum” ile “hiç doğum yapmayanlar” ve “sezaryen” ile “hiç doğum yapmayanlar” gruplarının ICIQ-SF puan ortalamaları arasındaki farkından kaynaklı olduğu anlaşılmıştır (Tablo 4.9).

Katılımcıların obstetrik özelliklerine göre DASÖ Depresyon puan ortalaması incelendiğinde; 2 gebelik (4.57 ± 3.20), 3 çocuk ve üzeri (5.75 ± 3.09), en az bir kez vajinal doğum yapmış olan (5.47 ± 3.24), son doğum tipi vajinal doğum olan (5.72 ± 3.04), son vajinal doğumunda epizyotomi uygulanan (5.63 ± 3.04), vajinal doğumda vakum ya da forsepsle müdahale geçirmeyen (5.64 ± 3.32) kadınların DASÖ Depresyon puan ortalamalarının diğer kadınların puan ortalamalarından daha yüksek olduğu ve gruplar arası farkların gebelik sayısına ($p=0.000$), çocuk sayısına ($p=0.000$), en az bir kere vajinal doğum yapma durumuna ($p=0.000$), son doğum tipine ($p=0.000$), vajinal doğumda vakum ya da forsepsle müdahale durumuna ($p=0.000$) göre istatistiksel olarak anlamlı olduğu, diğer özelliklerine göre ise fark olmadığı anlaşılmıştır ($p>0.05$), (Tablo 4.9).

İkiden fazla sayıda grubu olan değişkenlerde anlamlı çıkan farkın, hangi gruptan kaynaklandığı belirlemek için yapılan ileri analizde; kadınların gebelik sayısına göre farkın “gebeliği yok” ile “2 gebelik” ve “3 gebelik ve üzeri”, “1 gebelik” ile “2 gebelik” ve “3 gebelik ve üzeri” gruplarının DASÖ Depresyon puan ortalamaları arasındaki farktan kaynaklı olduğu belirlenmiştir. Çocuk sayısına göre DASÖ Depresyon puan ortalamaları farkının “çocuğu yok” ile “2 çocuk” ve “3 çocuk ve üzeri”, “1 çocuk” ile “2 çocuk” ve “3 çocuk ve üzeri” grupları arasındaki farktan kaynaklı olduğu belirlenmiştir. Son doğum tipine göre farkın “vajinal doğum” ile “sezaryen” ve “hiç doğum yapmayanlar” ve “sezaryen” ile “hiç doğum yapmayanlar” gruplarının DASÖ Depresyon puan ortalamaları arasındaki farkından kaynaklı olduğu anlaşılmıştır (Tablo 4.9).

Katılımcıların obstetrik özelliklerine göre DASÖ Anksiyete puan ortalaması incelendiğinde; 3 gebelik ve üzeri (3.58 ± 2.57), 3 çocuk ve üzeri (3.86 ± 2.65), en az bir

kez vajinal doğum yapmış olan (3.95 ± 2.76), son doğum tipi vajinal doğum olan (4.32 ± 2.92), son vajinal doğumunda epizyotomi uygulanan (4.04 ± 2.56), vajinal doğumda vakum ya da forsepsle müdahale geçirmeyen (4.09 ± 2.84) kadınların DASÖ Anksiyete puan ortalamalarının diğer kadınların puan ortalamalarından daha yüksek olduğu ve gruplar arası farkların gebelik sayısına ($p=0.000$), çocuk sayısına ($p=0.000$), en az bir kere vajinal doğum yapma durumuna ($p=0.006$), son doğum tipine ($p=0.000$), vajinal doğumda vakum ya da forsepsle müdahale durumuna ($p=0.001$) göre istatistiksel olarak anlamlı olduğu, diğer özelliklerine göre ise fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$). Yapılan ileri analizde, kadınların gebelik sayısına göre farkın “gebeliği yok” ile “2 gebelik” ve “3 gebelik ve üzeri”, “1 gebelik” ile “2 gebelik” ve “3 gebelik ve üzeri” gruplarının DASÖ Anksiyete puan ortalamaları arasındaki farktan kaynaklandığı bulunmuştur. Çocuk sayısına göre DASÖ Anksiyete puan ortalamaları farkının “çocuğu yok” ile “2 çocuk”, “3 çocuk ve üzeri”, “1 çocuk” ile “2 çocuk” ve “3 çocuk ve üzeri” ve “3 çocuk ve üzeri” ile “2 çocuk” grupları arasındaki farktan kaynaklı olduğu anlaşılmıştır. Son doğum tipine göre farkın “vajinal doğum” ile “sezaryen”, “hiç doğum yapmayanlar” ve “sezaryen” ile “hiç doğum yapmayanlar” gruplarındaki kadınların DASÖ Anksiyete puan ortalamaları arasındaki farklardan kaynaklı olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.9).

Katılımcıların obstetrik özelliklerine göre DASÖ Stres puan ortalaması incelendiğinde; 3 gebelik ve üzeri (7.34 ± 2.90), 3 çocuk ve üzeri (7.71 ± 3.05), en az bir kez vajinal doğum yapmış olan (7.15 ± 3.25), son doğum tipi vajinal doğum olan (7.56 ± 3.10), son vajinal doğumunda epizyotomi uygulanan (7.55 ± 2.84), vajinal doğumda vakum ya da forsepsle müdahale geçirmeyen (7.38 ± 3.30) kadınların DASÖ Stres puan ortalamalarının diğer kadınların puan ortalamalarından daha yüksek olduğu ve gruplar arası farkların gebelik sayısına ($p=0.000$), çocuk sayısına ($p=0.000$), en az bir kere vajinal doğum yapma durumuna ($p=0.000$), son doğum tipine ($p=0.000$) göre istatistiksel olarak anlamlı olduğu, diğer özelliklerine göre ise fark olmadığı anlaşılmıştır ($p>0.05$), (Tablo 4.9). Yapılan ileri analizde, kadınların gebelik sayısına göre farkın “gebeliği yok” ile “2 gebelik” ve “3 gebelik ve üzeri”, “1 gebelik” ile “2 gebelik” ve “3 gebelik ve üzeri” ve “3 gebelik ve üzeri” ile “2 gebelik” gruplarındaki kadınların DASÖ Stres puan ortalamaları arasındaki farklardan kaynaklandığı bulunmuştur. Çocuk sayısına göre DASÖ Stres puan ortalamaları farkının “çocuğu

yok” ile “2 çocuk” ve “3 çocuk ve üzeri”, “1 çocuk” ile “2 çocuk” ve “3 çocuk ve üzeri” ve “3 çocuk ve üzeri” ile “2 çocuk” sahibi olan gruplardaki kadınların arasındaki farklardan kaynaklandığı bulunmuştur. Son doğum tipine göre farkın “vajinal doğum” ile “sezaryen” ve “hiç doğum yapmayanlar” ve “sezaryen” ile “hiç doğum yapmayanlar” gruplarındaki kadınların DASÖ Stres puan ortalamaları arasındaki farklardan kaynaklı olduğu anlaşılmıştır (Tablo 4.9).

Tablo 4.10. Kadınların bazı özelliklerine göre KCIÖ, ICIQ-SF, DASÖ depresyon, anksiyete ve stres alt ölçekleri puan ortalamalarının karşılaştırılması

Özellikler	n	KCIÖ Ort±SS	ICIQSF Ort±SS	DASS Depresyon Ort±SS	DASÖ Anksiyete Ort±SS	DASÖ Stres Ort±SS
Menopozda olma						
Evet	29	14.13±5.33	7.72±4.13	6.75±3.49	4.75±3.64	8.86±3.70
Hayır	354	26.21±5.65	2.24±3.39	3.73±2.89	2.70±2.51	5.57±2.71
Test ve p değeri		t=-11.097 p=.000	t=8.210 p=.000	t=4.534 p=.000	t=2.986 p=.006	t=4.675 p=.000
Vajinal Enfeksiyon Sıklığı (yılda 3 kez ↑)						
Evet	34	24.82±5.51	4.11±3.68	4.79±3.56	4.00±3.48	6.38±3.31
Hayır	349	25.34±6.56	2.51±3.72	3.88±2.98	2.74±2.54	5.77±2.89
Test ve p değeri		t=-.446 p=.656	t=2.393 p=.017	t=1.665 p=.097	t=2.049 p=.048	t=1.156 p=.248
Sıklıkla Üriner Enfeksiyon Geçirme						
Evet	119	25.90±5.68	2.91±4.13	3.75±2.94	2.74±2.70	5.68±2.89
Hayır	264	25.02±6.78	2.54±3.55	4.06±3.08	2.90±2.64	5.89±2.95
Test ve p değeri		t=1.234 p=.218	t=-.896 p=.371	t=-.905 p=.366	t=-.535 p=.593	t=-.658 p=.511
Fekal inkontinans						
Evet	2	17.40±7.35	13.00±2.82	12.50±0.70	10.00±1.41	13.00±0.00
Hayır	381	25.33±6.45	2.60±3.67	3.92±2.98	2.81±2.61	5.79±2.89
Test ve p değeri		t=-1.734 p=.000	t=3.993 p=.000	t=4.054 p=.000	t=3.873 p=.006	t=3.521 p=.000
Kronik konstipasyon						
Evet	121	24.04±6.87	3.21±3.94	4.49±3.02	3.19±2.50	6.66±2.85
Hayır	262	25.87±6.20	2.40±3.62	3.72±3.02	2.70±2.72	5.44±2.89
Test ve p değeri		t=-2.491 p=.014	t=1.977 p=.049	t=2.328 p=.020	t=1.670 p=.096	t=3.849 p=.000
Öksürük Şikayeti						
Evet	97	21.01±7.51	5.49±3.92	4.89±2.90	3.50±2.47	6.92±2.70
Hayır	286	26.74±5.36	1.69±3.15	3.65±3.03	2.63±2.69	5.45±2.91
Test ve p değeri		t=-8.156 p=.000	t=9.606 p=.000	t=3.537 p=.000	t=2.801 p=.005	t=4.378 p=.000

Tablo 4.10’da katılımcıların bazı özelliklerine göre KCIÖ, ICIQ-SF, DASÖ depresyon, anksiyete, stres puan ortalamalarının karşılaştırılması gösterilmiştir. Katılımcıların bazı özelliklerine göre KCIÖ puan ortalamalarına bakıldığında; menopoza girmeyen (26.21±5.65), sıklıkla vajinal enfeksiyon geçirmeyen

(25.34±6.56), sıklıkla üriner enfeksiyon geçiren (25.90±5.68), fekal inkontinansı olmayan (25.33± 6.45), kronik konstipasyonu olmayan (25.87±6.20), öksürük şikayeti olmayan (26.74±5.36) kadınların KCIÖ puan ortalamalarının diğer kadınların puan ortalamalarından daha yüksek olduğu, ancak gruplar arası farkların menopoza giren (**p=0.000**), fekal inkontinans (**p=0.000**), kronik konstipasyon (**p=0.014**), ve öksürük durumuna göre gruplararası farkların (**p=0.000**) istatistiksel olarak anlamlı olduğu, diğer özelliklerine göre ise fark olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$), (Tablo 4.10).

Katılımcıların bazı özelliklerine göre ICIQ-SF puan ortalaması incelendiğinde; menopoza giren (7.72±4.13), sıklıkla vajinal enfeksiyon geçiren (4.11±3.68), sıklıkla üriner enfeksiyon geçiren (2.91±4.13), fekal inkontinansı olan (13.00±2.82), kronik konstipasyonu olan (3.21±3.94), öksürük şikayeti olan (5.49±3.92) kadınların ICIQ-SF puan ortalamalarının diğer kadınların puan ortalamalarına göre daha yüksek düzeyde olduğu ve gruplar arası farkların menopoza giren (**p=0.000**), sıklıkla vajinal enfeksiyon geçirme (**p=0.017**), fekal inkontinans (**p=0.000**), kronik konstipasyon (**p=0.049**) ve öksürük şikayetine (**p=0.000**) göre gruplararası farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu, diğer özelliklerine göre ise fark olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$).

Katılımcıların bazı özelliklerine göre DASÖ Depresyon puan ortalaması incelendiğinde; menopoza giren (6.75±3.49), sıklıkla vajinal enfeksiyon geçiren (4.79±3.56), sıklıkla üriner enfeksiyon geçirmeyen (4.06±3.08), fekal inkontinansı olan (12.50±0.70), kronik konstipasyonu olan (4.49±3.02), öksürük şikayeti olan (4.89±2.90) kadınların DASÖ Depresyon puan ortalamalarının diğer kadınların puan ortalamalarına göre daha yüksek düzeyde olduğu ve gruplar arası farkların menopoza giren (**p=0.000**), fekal inkontinans (**p=0.000**), kronik konstipasyon durumuna (**p=0.020**), ve öksürük şikayetine (**p=0.000**) göre gruplararası farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu, diğer özelliklerine göre ise fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$), (Tablo 4.10).

Katılımcıların bazı özelliklerine göre DASÖ Anksiyete puan ortalaması incelendiğinde; menopoza giren (4.75±3.64), sıklıkla vajinal enfeksiyon geçiren (4.00±3.48), sıklıkla üriner enfeksiyon geçirmeyen (2.90±2.64), fekal inkontinansı olan (10.00±1.41), kronik konstipasyonu olan (3.19±2.50), öksürük şikayeti olan (3.50±2.47) kadınların DASÖ Anksiyete puan ortalamalarının diğer kadınların puan

ortalamlarına göre daha yüksek düzeyde olduğu ve gruplar arası farkların menopoza girme durumuna (**p=0.006**),sıklıkla vajinal enfeksiyon geçirme durumu (**p=0.048**), fekal inkontinans durumuna (**p=0.006**) ve öksürük şikayetine (**p=0.005**) göre istatistiksel olarak anlamlı olduğu, diğer özelliklerine göre ise fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$), (Tablo 4.10).

Katılımcıların bazı özelliklerine göre DASÖ Stres puan ortalaması incelendiğinde; menopoza giren (8.86 ± 3.70), sıklıkla vajinal enfeksiyon geçiren (6.38 ± 3.31), sıklıkla üriner enfeksiyon geçirmeyen (5.89 ± 2.95), fekal inkontinansı olan (13.00 ± 0.00), kronik konstipasyonu olan (6.66 ± 2.85), öksürük şikayeti olan (6.92 ± 2.70) kadınların DASÖ Stres puan ortalamalarının diğer kadınların puan ortalamalarına göre daha yüksek düzeyde olduğu ve gruplar arası farkların menopoza girme (**p=0.000**), fekal inkontinans (**p=0.000**), kronik konstipasyon (**p=0.000**), ve öksürük şikayetine (**p=0.000**) göre istatistiksel olarak anlamlı olduğu, diğer özelliklerine göre ise fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$), (Tablo 4.10).

Tablo 4.11. Kadınların KCIÖ kesme puanına göre cinsel işlev sorunu sıklığı ve DASÖ Depresyon, Anksiyete, Stres alt ölçekleri ve ICIQ-SF puan ortalamalarının karşılaştırılması

KCIÖ puanına göre cinsel fonksiyon	n	%	ICIQSF Ort±SS	DASÖ DepresyonO rt±SS	DASÖ AnksiyeteO rt±SS	DASÖ Stres Ort±SS
Normal (≤ 26.56)	196	51.2	0.82±2.11	2.76±2.46	2.01±2.40	4.80±2.44
Disfonksiyon (≥ 26.55)	187	48.8	4.58±4.09	5.22±3.09	3.74±2.63	6.89±3.02
Test ve p değeri	383	100.0	$t=-11.227$ p=.000	$t=-8.583$ p=.000	$t=-6.725$ p=.000	$t=-7.466$ p=.000

Tablo 4.11’de katılımcıların KCIÖ kesme puanına göre cinsel işlev sorunu görülme sıklığı ve DASÖ Depresyon, Anksiyete, Stres alt ölçekleri ve ICIQ-SF puan ortalamalarının karşılaştırılmasından elde edilen sonuçlar verilmiştir. Cinsel disfonksiyonu olan kadınlarda ICIQ-SF puan ortalamasının (4.58 ± 4.09), Depresyon puan ortalamasının (5.22 ± 3.09), Anksiyete puan ortalamasının (3.74 ± 2.63), DASÖ Stres puan ortalamasının (6.89 ± 3.02), cinsel fonksiyonun normal olan kadınlara göre daha yüksek düzeyde olduğu ve gruplar arası farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (**p=0.000**), (Tablo 4.11).

Tablo 4.12. KCIÖ ve Alt Boyutları, ICIQ-SF, DASÖ Depresyon, Anksiyete ile Stres Alt Ölçekleri Arasındaki Korelasyonlar

	KCIÖ toplam	İstek	Uyarılma	Lubrikasyon	Orgazm	Doyum	Ağrı	ICIQ-SF toplam	DASÖ Depresyon	DASÖ Anksiyete	DASÖ Stres
	r	r	r	r	r	r	r	r	r	r	r
KCIÖ toplam	1										
İstek	.820**	1									
Uyarılma	.943**	.838**	1								
Lubrikasyon	.944**	.710**	.870**	1							
Orgazm	.919**	.767**	.851**	.866**	1						
Doyum	.925**	.761**	.881**	.845**	.872**	1					
Ağrı	.662**	.299**	.505**	.610**	.450**	.481**	1				
ICIQ-SF toplam	-.559**	-.461**	-.489**	-.537**	-.548**	-.520**	-.361**	1			
DASÖ depresyon	-.428**	-.410**	-.401**	-.404**	-.358**	-.385**	-.284**	.446**	1		
DASÖ Anksiyete	-.317**	-.260**	-.281**	-.314**	-.241**	-.273**	-.276**	.335**	.761**	1	
DASÖ Stres	-.370**	-.348**	-.346**	-.346**	-.332**	-.348**	-.220**	.418**	.770**	.712**	1

** $p < 0.01$

Tablo 4.12’de katılımcıların KCIÖ ve alt boyutları, ICIQ-SF, DASÖ Depresyon, Anksiyete ile Stres alt ölçeklerinin puanları arasındaki korelasyon analizinden elde edilen sonuçlar yer almaktadır.

Kadınların KCIÖ puanı ile ICIQ-SF puanı arasında negatif yönde “orta” düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu ($r = -.559$), DASÖ Depresyon arasında negatif yönde “orta” düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu ($r = -.428$), DASÖ Anksiyete arasında negatif yönde “orta” düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu ($r = -.317$), DASÖ Stres arasında negatif yönde “orta” düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu ($r = -.370$) bulunmuştur. ICIQ-SF ile KCIÖ’nün istek ($r = -.461$), uyarılma ($r = -.489$), lubrikasyon ($r = -.537$), orgazm ($r = -.548$), doyum ($r = -.520$), ağrı ($r = -.361$) alt boyutları arasında negatif yönde “orta” düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler bulunmuştur ($p < 0.01$), (Tablo 4.12).

DASÖ Depresyon ile KCIÖ’nün istek ($r = -.410$), uyarılma ($r = -.401$), lubrikasyon ($r = -.404$), orgazm ($r = -.358$), doyum ($r = -.385$) alt boyutları arasında negatif yönde “orta” düzeyde, ağrı ($r = -.284$) alt boyutu ile negatif yönde “zayıf” düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler bulunmuştur. DASÖ Depresyon ile ICIQ-SF arasında pozitif

yönde “orta” düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu ($r=.446$) bulunmuştur ($p<0.01$), (Tablo 4.12).

DASÖ Anksiyete ile KCIÖ’nün istek ($r=-.260$), uyarılma ($r=-.281$), orgazm ($r=-.241$), doyum ($r=-.273$), ağrı ($r=-.276$) alt boyutları arasında negatif yönde “zayıf” düzeyde, lubrikasyon ($r=-.314$) alt boyutu ile negatif yönde “orta” düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler bulunmuştur. DASÖ Anksiyete ile ICIQ-SF arasında pozitif yönde “orta” düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu ($r=.335$) bulunmuştur. DASÖ Anksiyete ile DASÖ Depresyon arasında pozitif yönde “yüksek” düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu ($r=.761$) bulunmuştur ($p<0.01$), (Tablo 4.12).

DASÖ Stres ile KCIÖ’nün istek ($r=-.348$), uyarılma ($r=-.346$), lubrikasyon ($r=-.346$), orgazm ($r=-.332$), doyum ($r=-.348$) alt boyutları arasında negatif yönde “orta” düzeyde, ağrı ($r=-.220$) alt boyutu ile negatif yönde “zayıf” düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler bulunmuştur ($p<0.01$), (Tablo 4.12).

DASÖ Stres ile ICIQ-SF arasında pozitif yönde “orta” düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu ($r=.418$), DASÖ Stres ile DASÖ Depresyon arasında pozitif yönde “yüksek” düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu ($r=.761$), DASÖ Stres ile DASÖ Anksiyete arasında pozitif yönde “yüksek” düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu ($r=.712$) bulunmuştur ($p<0.01$), (Tablo 4.12).

Korelasyon analizinden elde edilen sonuçlar, kadınlarda cinsel fonksiyon puanları arttıkça, başka bir ifade ile cinsel işlev iyileştikçe, istatistiksel olarak anlamlı düzeyde üriner inkontinans yaşam kalitesi, depresyon, anksiyete ve stres puanının azaldığını göstermiştir (Tablo 4.12).

Tablo 4.13. Kadınlarda Cinsel İşlevin Yordayıcılarının Analizi

	B	SE	β	t	p
(Constant)	29.421	.612		48.103	.000
DASÖ Depresyon	-.472	.160	-.222	-2.945	.003
DASÖ Anksiyete	.054	.163	.022	.330	.741
DASÖ Stres	-.051	.152	-.023	-.337	.736
ICIQSF	-.792	.081	-.458	-9.802	.000

[$R=.594$, $R^2=.353$, $F=51.475$, $p=.000$]

Tablo 4.13’te kadınlarda cinsel işlevin yordayıcılarının analizinden elde edilen sonuçlar verilmiştir. Çoklu regresyon analizi kadınların “Cinsel işlev” üzerine etkili olduğu düşünülen, “DASÖ Depresyon”, “DASÖ Anksiyete”, “DASÖ Stres”, “ICIQ-SF” değişkenlerinin, cinsel işleve ilişkin tutumu ne derece yordadığını ortaya koymak için yapılmış ve anlamlı ilişkiler olduğu sonucuna varılmıştır [$R=.594$, $R^2=.353$, $F=51.475$, $p=.000$], (Tablo 4.13). Standartlaştırılmış regresyon katsayılarına (β) göre, yordayıcı değişkenlerin cinsel işleve ilişkin tutum üzerindeki önem sırası, ICIQ-SF ($\beta=-.458$), DASÖ Depresyon ($\beta=-.222$), DASÖ Stres ($\beta=-.023$) ve DASÖ Anksiyete ($\beta=.022$) şeklindedir. Çoklu regresyon katsayılarının analizine ilişkin t testi sonuçlarına bakıldığında ise, ICIQ-SF ($p=.000$) ve depresyonun ($p=.003$) cinsel işlevin önemli yordayıcıları olduğu, stres ($p=.736$) ve anksiyetenin ($p=.741$) ise cinsel işleve etkisi olmadığı bulunmuştur (Tablo 4.13).

5. TARTIŞMA

Kadınlarda Cinsel İşlev, Üriner İnkontinans, Depresyon, Anksiyete ve Stres ilişkisi literatüre göre tartışılmıştır.

5.1. Kadınlarda KCIÖ ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Cinsellik, yaşa bağımlı olmamakla beraber hayatın önemli parçalarından biridir. Cinsel sağlık ise kişinin cinselliğine ait fiziksel, zihinsel ve sosyal refah durumudur (WHO, 2023). Sağlıklı bir cinsel yaşam bütüncül sağlığın önemli bir parçası olmakla beraber kişinin yaşam kalitesi ile arasında kuvvetli bir bağ vardır (Akarsu ve Beji, 2016; Yılmaz vd., 2020).

Bu araştırmada, kadınların KCIÖ puan ortalamasının 25.29 ± 6.47 olduğu, KCIÖ alt boyut puan ortalamalarının ise; istek 3.55 ± 0.99 , uyarılma 4.07 ± 1.22 , kayganlaşma 4.27 ± 1.32 , orgazm 4.02 ± 1.28 , doyum 4.38 ± 1.23 ve ağrı 4.97 ± 1.38 olduğu bulunmuştur (Tablo 4.4). Ayrıca, kadınların %48.8'inde cinsel işlev sorunu olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.10). Üçüncü ve Erbil (2023), tarafından gerçekleştirilen çalışmada, kadınların KCIÖ puan ortalaması 23.21 ± 7.08 bulunmuştur. Aynı çalışmada KCIÖ alt boyut puan ortalamalarına bakıldığında; istek 3.58 ± 1.18 , uyarılma 3.76 ± 1.49 , kayganlaşma 3.91 ± 1.27 , orgazm 3.89 ± 1.44 , doyum 4.14 ± 1.69 , ağrı 3.91 ± 1.77 olduğu belirlenmiştir. Diker (2017)'in 492 kadınla yaptığı bir çalışmada, katılımcıların %26'sında cinsel işlev sorunu olduğu, özellikle cinsel işlevin istek, orgazm ve doyum alt boyutlarında kadınların cinsel işlev düzeylerinin daha düşük olduğunu belirtmiştir. Eroğlu vd. (2020)'nin çalışmasında üriner inkontinansı olan kadınlarda cinsel disfonksiyon oranı %60; cinsel disfonksiyonu olmayan kadınlarda %36.4 bulunmuştur. Çayan vd. (2004), yaptıkları bir çalışmada cinsel disfonksiyon oranını %46.9 olarak bulmuştur. Öksüz ve Malhan (2006), 518 kadının katıldığı bir çalışmada cinsel disfonksiyon oranını %48.3 bulmuş, 46-55 yaş aralığındaki katılımcılarda cinsel disfonksiyonun %67.9'a kadar arttığını belirtmiştir. Bu araştırmanın bulgularının literatüre benzer olduğu görülmüştür. Toplumsal cinsiyetçi tutum, aileden gelen tutumlar ve davranışlar, duygulara ilaveten dış görünüşten utanma, özgüvensizlik ve psikolojik sorunlar, yanlış bilgiler, partnerle aralarındaki

iletişim ve uyum sorunları gibi etkenlerin kadınların cinsel işlev sorunları yaşamasında etkili olduğu dūřınılmaktadır.

5.2. Kadınlarda ICIQ-SF ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Üriner inkontinans, kişinin istem dışı idrar kaçırmaları olarak ifade edilen önemli sağlık problemlerinden biridir. Yaş ilerledikçe daha sık görülmekle birlikte, kişide birçok yönden olumsuz etki göstermektedir (Çiloğlu ve Zaybak, 2020). Uluslararası Kontinans Topluluğu, üriner inkontinansı erkekleri ve kadınları etkileyen bir sorun olarak tanımlamaktadır. Üriner inkontinans tüm yaş gruplarında kadınlarda erkeklere oranla daha sık görülmektedir (Yılmaz vd., 2014). Bu çalışmada, kadınların ICIQ-SF puan ortalaması 2.66 ± 3.74 bulunmuş, %38.6'sında idrar kaçırmaları sorunu olduğu saptanmıştır. Koçak vd. (2022), 132 kadının katıldığı bir çalışmada katılımcıların ICIQ-SF ölçeği puan ortalamasının 13.27 ± 2.79 olduğunu belirlemiştir. Sağlam (2019), tarafından yapılan bir çalışmada kadınların ICIQ-SF puan ortalamasının 8.84 ± 4.18 olduğu bulunmuştur. Öztürk vd. (2012), tarafından yapılan çalışmada ICIQ-SF ölçeği puan ortalamasının 9.70 ± 4.30 olduğunu bulmuşlardır. şentürk ve Kara (2010), postmenopozal kadınlarla yaptıkları çalışmada Üİ oranını %45.3 bulmuştur. Kadınların idrar kaçırmaları prevalansını Yücel vd., (2018), %28.2, Durukan vd. (2015), %21.3, İrer vd. (2018) %50.3 olarak belirlemiştir. Bu çalışmada bulunan Üİ prevalansının ise literatürdeki bazı çalışmalarla uyumlu bazılarıyla uyumlu olmadığı görülmüştür. Bu durum, katılımcıların yaşı, egzersiz alışkanlığı, obezite, en az bir kere normal doğum yapma, psikolojik sorunlar gibi etkenlerin etkili olduğu şeklinde yorumlanabilir.

5.3. Kadınlarda DASÖ Depresyon, Anksiyete, Stres ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarına ve Sıklığına İlişkin Bulguların Tartışılması

Depresyon, genellikle çevreden ilgiyi kesme, isteği olmama, duygusal anlamda bıkkınlık, hiçbir şeyden haz almama, enerji azlığı, hayata kötümser bakma, değersiz ve pişman hissetme, suçluluk duygusuna sahip olma, cinsel isteksizlik gibi belirtilerle görülen bir duygudurum bozukluğudur. Depresyon, Türkiye ve dünyada önemli bir halk sağlığı sorunudur (Öztürk ve Uluşahin, 2018). Anksiyete, nesnel bir durumdan kaynaklı olmayan tehlikeye karşı bireyin duyduğu endişe duygusu olarak

tanımlanmaktadır (Gökçe ve Dünder, 2008). Bu araştırmada, kadınların depresyon puan ortalamasının 3.96 ± 3.04 , anksiyete puan ortalamasının 2.85 ± 2.66 , stres puan ortalamasının ise 5.82 ± 2.93 olduğu ve %38.6'sinde depresyon, %35'inde anksiyete, %22.2'side stres olduğu saptanmıştır. Bal vd. (2022)'nn, yaptığı bir çalışmada kadınların depresyon puan ortalaması 6.20 ± 3.71 , anksiyete puan ortalaması 5.80 ± 3.80 , stres puan ortalaması ise 7.39 ± 3.70 olarak bulunmuştur. Varışoğlu ve Vural (2023), tarafından yapılan bir çalışmada depresyon puan ortalaması 10.96 ± 6.19 , anksiyete puan ortalaması 9.55 ± 5.58 , stres puan ortalamasının ise 11.66 ± 5.55 olarak bulunmuştur. Uyaroğlu vd. (2024), 654 kadının katıldığı bir çalışmada depresyon puan ortalamasını 8.77 ± 5.69 , anksiyete puan ortalamasını 7.81 ± 5.31 , stres puan ortalamasını 9.93 ± 5.11 olarak bulmuştur. Bal vd. (2022), yaptıkları çalışmada cinsel işlevde zorluk çeken kadınların, %86,8'inde depresyon, %90,6'sında anksiyete, %61,3'ünde stres belirtileri olduğu belirlemiştir. Taşgin vd. (2021), tarafından yapılan çalışmada kadınların %36,4'ünde depresyon belirlemişlerdir. Ergöl (2016), çalışmasında kadınların %29,1'inde çeşitli depresyon belirtileri, %38,4'ünde anksiyete belirtileri olduğunu bildirmiştir. Araştırmanın bulgularının literatürdeki benzer çalışmaların bulgularına göre depresyon, anksiyete ve stresin daha düşük düzeyde olduğu bulunmuştur. Bu durumun sosyokültürel çevre, kişinin stres uyaranları, eş faktörü, yaşam koşulları gibi etkenlerden kaynaklandığı şeklinde yorumlanmıştır.

5.4. Kadınların Sosyo-Demografik, Obstetrik ve Bazı Özelliklerine göre KCIÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması Bulgularının Tartışılması

Kadınların sosyo-demografik, obstetrik ve bazı özellikleri cinsel işlev, üriner inkontinans ve psikolojik ruh haline etki göstermektedir. Çalışmada kadınların KCIÖ puan ortalamalarının yaş gruplarına göre anlamlı farklılık gösterdiği ($p=.000$), 23-28 yaş grubundaki katılımcıların daha fazla KCIÖ puan ortalamasına sahip olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmada, genç kadınlarda cinsel işlevin daha iyi olduğu görülmektedir. Benzer bulguya Keseroğlu vd. (2018) tarafından gerçekleştirilen çalışmada da ulaşılmış, yaş azaldıkça KCIÖ puan ortalamasının arttığı belirlenmiştir. Tekin vd. (2014), tarafından yapılan çalışmada 31-40 yaş arası olan KCIÖ puan ortalamasını daha yüksek bulmuş, cinsel işlev düzeyinin yaş ile ters orantılı olduğunu

belirtmiştir. Bu durum kadının yaşının ilerlemesinden, çiftlerin birbirlerine olan ilgilerinin azalmasından ya da eşler arasında ortaya çıkan sorunlardan kaynaklanabilir. Çalışmada beden kitle indeksi 18.5-24.9 tespit edilen kadınlarda anlamlı olarak daha yüksek KCIÖ puanı olduğu saptanmıştır ($p=.000$). Bu araştırmada beden kitle indeksi yüksek olan kadınların, daha düşük KCIÖ skoruna sahip olduğu bulunmuştur. Güvel vd. (2003), tarafından yapılan çalışmada benzer bulguya ulaşılmış, beden kitle indeksi 30'dan fazla olan kadınlarda KCIÖ skorunun daha az olduğu bulunmuştur. Bu çalışmadan farklı olarak Erbil (2013)'in çalışmasında kilolu ve obez olmanın kadınların beden imajını negatif yönde etkilediği, ancak kadının cinsel fonksiyonuna etkisinin olmadığı bulunmuştur. Bu çalışmanın beden kitle indeksinin artmasıyla cinsel işlevin olumsuz etkilenmesi bulgusu bazı çalışmalara benzer (Güvel vd. 2003), bazılarından farklıdır (Erbil, 2013).

Çalışmada kadınların KCIÖ puan ortalamalarının eğitim düzeyine göre anlamlı farklılık gösterdiği ($p=.000$), yüksek lisans mezunu katılımcıların daha yüksek KCIÖ puanlarına sahip olduğu belirlenmiştir. Bu araştırmada, katılımcıların eğitim seviyesi yükseldikçe cinsel işlevin daha iyi düzeye ulaştığı bulunmuştur. Caner (2020), tarafından gerçekleştirilen çalışmada üniversite mezunu katılımcıların KCIÖ puanının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Aslan vd. (2008), eğitim düzeyi düşük kadınlarda cinsel işlev bozukluklarının daha sık olduğunu belirtmişlerdir. Bu durum kadının eğitim seviyesinin arttıkça, cinsel bilgilere ihtiyaçlara daha kolay ulaşarak, cinsel hayat ile alakalı problemlerle başa çıkmayı geliştirdiği ifade edilebilir.

Çalışmada kadınların KCIÖ puan ortalamalarının çalışma durumu, bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği ($p=.000$), çalışan katılımcıların daha yüksek KCIÖ puanına sahip olduğuna ulaşılmıştır. Bu bulgu, çalışma durumunun cinsel işlevi olumlu yönde etkilediğini göstermektedir. Üçüncü ve Erbil (2023), tarafından yapılan çalışmada, çalışan kadınların daha yüksek KCIÖ puanına sahip olduğunu belirtilmiştir. Çalışmada kadınların KCIÖ puan ortalamalarının aile yapısına ($p=.000$) ve gelir seviyesine ($p=.000$) göre anlamlı farklılık gösterdiği belirlenmiştir, gelir seviyesi yüksek olan katılımcılarda cinsel işlev puanı daha yüksek bulunmuştur. Özerdoğan vd. (2009), gelir seviyesi ve seksüel işlev arasında yakın bir ilişki olduğu ve işsiz kadınlarda cinsel işlev düzeyinin daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir. Bunun yanında, kadınların KCIÖ puanlarının yaşadıkları yere göre anlamlı farklılık

gösterdiği ($p=.000$), il merkezinde yaşayan katılımcıların daha yüksek KCIÖ puanına sahip olduğu anlaşılmıştır. Üçüncü ve Erbil (2023), tarafından yapılan çalışmada benzer bulguya ulaşıldığı, Diker (2017), tarafından yapılan çalışmada ise anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Bu çalışmada kadınların KCIÖ puan ortalamasının, eşinin eğitim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$), (Tablo 4.8). Ege vd. (2010), tarafından yapılan bir çalışmada kadınların eşlerinin eğitim seviyesi azaldıkça, cinsel disfonksiyon oranının arttığını bulmuşlardır. Öte yandan Keseroğlu vd. (2018)'nin yaptığı çalışmada ise eğitim düzeyinin KCIÖ puanı için anlamlı bir fark göstermediğini belirtmişlerdir.

Çalışmaya katılan kadınların KCIÖ puan ortalamalarının gebelik sayısına ($p=.000$) ve çocuk sayısına ($p=.000$) göre anlamlı farklılık gösterdiği, gebeliği ve çocuğu olmayan katılımcıların daha yüksek KCIÖ puanına sahip olduğu tespit edilmiştir. Araştırmamızdaki bu bulgu, gebelik ve çocuk sayısının cinsel işlevi olumsuz etkilediğini göstermektedir. Üçüncü ve Erbil (2023), tarafından yapılan çalışmada benzer sonuçlara ulaşılmış, Çelik (2013)'in çalışmasında ise anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir. Özerdoğan vd. (2009), doğum sayısındaki artışın cinsel işlevi olumsuz etkilediğini belirtmişlerdir. Bunun yanında, kadınların KCIÖ puan ortalamalarının son doğum tipine ($p=.000$) ve en az bir kez vajinal doğum yapma durumuna ($p=.000$) göre anlamlı farklılık gösterdiği bulunmuştur (Tablo 4.9). Çalışmada kadınların KCIÖ puan ortalamalarının menopoza girme durumuna ($p=.000$) ve fekal inkontinans durumuna ($p=.000$) göre anlamlı farklılık gösterdiği, menopoza girmeyenlerin ve fekal inkontinansı olmayan katılımcıların KCIÖ puanının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Araştırmamızda, fekal inkontinans ve menopozun cinsel işlevi olumsuz yönde etkilediği sonucuna varılmıştır. Benzer şekilde Demirtaş vd. (2022), tarafından yapılan çalışmada kadınların menopoza girmesiyle birlikte somatik, ürogenital ve psikolojik değişikliklere bağlı olarak cinsel disfonksiyon görülmekte olduğunu belirtmiş, cinsel disfonksiyona bağlı olarak kadınların cinsel yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiği sonucuna ulaşmışlardır. Kömürcü ve İşbilen (2011), çalışmalarında menopoza giren kadınların %71.1'inin cinsel işlevinin olumsuz yönde etkilendiğini belirtmişlerdir. Bu durum menopozla birlikte gelen hormon seviyesinin düşük olması, buna bağlı olarak kuruluk, değişken ruh hali, yaştan ilerlemiş olmasıyla

beraber eşler arasında anlaşılamama, zevk alamama gibi nedenlerle açıklanabilir. Bunun yanında, kadınların KCIÖ puanlarının kronik konstipasyon şikayetine ($p=.014$) ve öksürük şikayetine ($p=.000$) göre anlamlı farklılık gösterdiği bulunmuştur (Tablo 4.10). Sonuç olarak bu çalışmanın bulguları, literatürdeki bazı araştırma bulgularına benzer, bazılarından farklıdır.

5.5. Kadınların Sosyo-Demografik, Obstetrik ve Kadınların Bazı Özelliklerine Göre ICIQ-SF Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması Bulgularının Tartışılması

Çalışmada kadınların ICIQ-SF puanının yaş gruplarına göre anlamlı farklılık gösterdiği ($p=.000$), 41 yaş ve üzeri yaş grubundaki katılımcıların daha fazla ICIQ-SF puan ortalamasına sahip olduğu belirlenmiştir. Bu bağlamda kadınlarda yaş arttıkça, Üİ düzeyinin arttığı sonucuna ulaşılmaktadır. Benzer bulguya Yücel vd. (2018) tarafından da ulaşılmış, yaş ile üriner inkontinans arasında anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir. Öztürk vd. (2012), tarafından yapılan çalışmada Üİ ve yaş arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p=0.017$). Sinan vd. (2018), yaptıkları çalışmada yaşları büyük olan kadınların Üİ düzeyinin daha yüksek olduğu sonucuna ulaşmıştır. Çetinel vd. (2007), 30-70 yaş arası kadınların katıldığı bir çalışmada, Üİ prevalansının yaşa bağlı olarak arttığı saptanmıştır. Bu bulgulara göre ilerleyen yaşla birlikte üretral kas yapısının bozulması, mesane kapasitesi, üretral basınç, mesane kontraktilitesi azalması, kadınlarda menopozal östrojen azalması, ürogenital atrofiye neden olmakta, çok ve sık doğum nedeniyle pelvik taban kaslarının yapı ve fonksiyonuna bağlı olarak Üİ sıklığında artış olabilmektedir.

Çalışmada beden kitle indeksi 30-34.9 arasında olan kadınların anlamlı olarak daha yüksek ICIQ-SF puanına sahip olduğu saptanmıştır ($p=.000$). Bu bulgu, kadınlarda fazla kilonun Üİ'ı olumsuz yönde etkilediğini göstermekte, beden kitle indeksi arttıkça Üİ oranı arttığı sonucunu ifade etmektedir. Yıldız ve Ayrancı (2024), tarafından yapılan çalışmada benzer bulguya ulaşılmış, beden kitle indeksinin artması üriner inkontinans varlığını arttırdığını belirtmiş, Yücel vd. (2018), yaptıkları çalışmada da benzer bulguya ulaşmış, beden kitle indeksi 30'un üzerinde olan kadın katılımcılarda ICIQ-SF skorunun daha yüksek olduğu bulunmuştur. Altuntuğ ve Sağlam (2019), tarafından yapılan çalışmada ise beden kitle indeksi 24.9 ve altında

olan kişilerin ICIQ-SF puanının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu durum obeziteden kaynaklı karın içi basınçta artış ve buna bağlı Üİ'ta artışa neden olarak değerlendirilmektedir.

Çalışmada kadınların ICIQ-SF puanının eğitim düzeyi yükseldikçe azaldığı, farkın anlamlı olduğu ($p=.000$), ilkokul mezunu katılımcıların daha yüksek ICIQ-SF puanlarının olduğu belirlenmiştir. Yücel vd. (2018) tarafından gerçekleştirilen çalışmada ilkokul mezunu katılımcıların ICIQ-SF puanının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Aydemir ve Esenkaya (2023), yaptıkları çalışmada benzer sonuca ulaşmış, ilkokul mezunu kadınların daha yüksek Üİ puanına sahip olduğunu belirtmişlerdir. Çalışma bulguları literatüre benzerdir.

Çalışmada kadınların ICIQ-SF puan ortalamalarının çalışma durumu bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği ($p=.000$), çalışmayan katılımcıların daha yüksek ICIQ-SF puanına sahip olduğuna ulaşılmıştır. Bu bulguya göre çalışma durumu Üİ düzeyini olumlu etkilemektedir. Altuntuğ ve Sağlam (2019), tarafından yapılan çalışmada çalışma durumu ile anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir. Çalışmaya katılan kadınların ICIQ-SF puanı aile yapısına ($p=.021$) ve gelir seviyesine ($p=.000$) göre anlamlı farklılık gösterdiği belirlenmiştir. Bunun yanında, kadınların ICIQ-SF puanlarının sosyal güvencesine ($p=.037$) ve yaşadıkları yere göre ($p=.000$) anlamlı farklılık gösterdiği, köyde yaşayan katılımcıların daha yüksek ICIQ-SF puanına sahip olduğu belirlenmiştir. Çalışmaya katılan kadınların ICIQ-SF puan ortalamalarının gebelik sayısına ($p=.000$) ve çocuk sayısına ($p=.000$) göre anlamlı farklılık gösterdiği, 3 ve üzeri gebeliği olan ve 3 ve üzeri çocuğu olan katılımcıların daha yüksek ICIQ-SF puanı olduğu anlaşılmıştır. Bu bulgu, doğum sayısının Üİ'ı olumsuz yönde etkilediği, çocuk sayısı arttıkça Üİ'in da arttığını göstermektedir. Şentürk ve Kara'nın (2010) yaptığı çalışmada da benzer sonuçlara ulaşılmış; idrar kaçırma rastlanma riski üç ve üzerinde çocuğu olanlarda 1,586 kat daha yüksek çıkmıştır. Sinan vd. (2018), tarafından yapılan çalışmada 4 ve üzeri doğum yapan kadınlarda idrar kaçırma düzeyinin daha fazla olduğunu belirtmişlerdir. Bu durum doğum esnasında pelvik kasların sinirlerinin harabiyete uğramasıyla, kasların kaybına ve doğum sayısının arttıkça hasarın daha da artmasına sebep olabilir.

Bunun yanında, kadınların ICIQ-SF puan ortalamalarının son doğum tipine ($p=.000$) ve en az bir kez vajinal doğum yapma durumuna ($p=.000$) göre anlamlı farklılık gösterdiği bulunmuştur (Tablo 4.9). Çalışmada kadınların ICIQ-SF puan ortalamalarının menopoza girme durumuna ($p=.000$), vajinal enfeksiyon sıklığına ($p=.017$) ve fekal inkontinans durumuna ($p=.000$) göre anlamlı farklılık gösterdiği, menopoza girenlerin, yılda 3 kereden fazla vajinal enfeksiyon geçirenlerin ve fekal inkontinansı olan katılımcıların ICIQ-SF puanının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Öztürk vd. (2012), tarafından yapılan çalışmada üriner inkontinans ile menopoz arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu belirlendi ($p=.001$). Bunun yanında Thubert vd. (2012), yaptıkları bir çalışmada katılan 216 menopozlu kadının Üİ görülme oranı %45.3 olarak belirlenmiştir. Bu durum yaş, östrojen eksikliği, üretral kas yapısının bozulması gibi nedenlerden kaynaklanabilir.

Bunun yanında, kadınların ICIQ-SF puanlarının kronik konstipasyon şikayetine ($p=.049$) ve öksürük şikayetine ($p=.000$) göre anlamlı farklılık gösterdiği bulunmuştur (Tablo 4.10). Sonuç olarak, kadınların ICIQ-SF puan ortalamalarının sosyo-demografik, obstetrik ve kadınların bazı özelliklerine göre incelendiği çalışmalarda birbirinden farklı sonuçlar olduğu anlaşılmaktadır.

5.6. Kadınlarda Sosyo-Demografik, Obstetrik ve Bazı Özelliklerine Göre DASÖ Depresyon, Anksiyete, Stres ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması Bulgularının Tartışılması

Çalışmada kadınların DASÖ Depresyon puanının yaş gruplarına göre anlamlı farklılık gösterdiği ($p=.000$), 41 yaş ve üzeri yaş grubundaki katılımcıların daha fazla DASÖ Depresyon puan ortalamasına sahip olduğu tespit edilmiştir. Bu bulgulara göre yaş arttıkça kadınların depresyon düzeyinin arttığı sonucuna varılmaktadır. Benzer bulguya Cebeci ve Kara (2021), tarafından da ulaşılmış; yaşa göre depresyon düzeyinde anlamlı farklılık bulunmuştur. Bu durum kadınların yaş ilerledikçe menopoza yaklaşması veya girmesi, sorumluluklarının artması, sosyal çevre, partneriyle uyumu gibi nedenlerden kaynaklanabilir.

Çalışmada BKİ 30-34.9 arasında olan kadınların anlamlı olarak daha yüksek DASÖ Depresyon puanına sahip olduğu bulunmuştur ($p=.000$). Bu durum kadınlarda beden algısı ve özgüvensizlik gibi etkenlerle açıklanabilir.

Çalışmada kadınların DASÖ Depresyon puanının eğitim düzeyine göre anlamlı farklılık gösterdiği ($p=.000$), ilkokul mezunu katılımcıların daha yüksek DASÖ Depresyon puanları olduğu belirlenmiştir. Çoban ve Güney (2024), tarafından yapılan çalışmada eğitim seviyesine göre depresyon puanında anlamlı farklılık olmadığı belirtilmiştir. Bunun yanında Ergöl ve Kuzu (2016), eğitim düzeyine göre depresyon puanında anlamlı fark bulmuş ($p<.001$), ilkokul mezunu katılımcıların depresyon puanının daha yüksek olduğunu göstermiştir. Bu çalışmada kadınların depresyon puan ortalamalarının çalışma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği ($p=.000$), çalışmayan katılımcıların daha yüksek depresyon puanına sahip olduğu saptanmıştır. Bu sonuç, çalışma durumunun depresyonu olumlu yönde etkilediğini göstermektedir. Söz konusu bu durum, çalışma hayatı olan kadınların daha fazla sosyal çevreye sahip olması, zihnini daha farklı alanlarda meşgul etmesinden kaynaklanabilir.

Çalışmaya katılan kadınların depresyon puanının aile yapısına ($p=.000$) ve gelir seviyesine ($p=.000$) göre anlamlı farklılık gösterdiği belirlenmiş, gelir seviyesi az olan katılımcıların depresyon düzeyinin daha yüksek çıktığı bulunmuştur. Ergin (2022), tarafından yapılan çalışmada gelir seviyesine göre depresyon puan ortalamaları anlamlı düzeyde farklı bulunmuştur. Uluçay (2018), gelir seviyesi arttıkça depresyon düzeyinin azaldığını belirtmiştir.

Bu çalışmada kadınların depresyon puanlarının yaşadıkları yere göre ($p=.000$) anlamlı farklılık gösterdiği, köyde yaşayan katılımcıların daha yüksek depresyon puanı olduğu anlaşılmıştır. Ergin (2022), tarafından yapılan çalışmada yaşanan yere göre depresyon puanının farklı olmadığı belirtilmiştir. Çalışmada kadınların depresyon puanının eşinin eğitim durumuna ($p=.000$) göre ve eşin çalışma durumuna ($p=.001$), sigara alışkanlığına ($p=.047$) ve kronik hastalığa ($p=.000$) göre anlamlı farklılıklar gösterdiği bulunmuştur. Sigara içen ve kronik hastalığı olan bireylerin depresyon puanının daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 4.8).

Çalışmaya katılan kadınların depresyon puan ortalamalarının gebelik sayısına ($p=.000$) ve çocuk sayısına ($p=.000$) göre anlamlı farklılık gösterdiği, 2 gebeliği olan ve 3 ve üzeri çocuğu olan katılımcıların daha yüksek depresyon puanına sahip olduğu anlaşılmıştır. Ergöl ve Kuzu (2016), benzer bulguya ulaşmış, çocuk sayısı arttıkça depresyon puanının arttığını belirtmişlerdir. Bu durum, çocuk sayısının depresyonu

olumsuz etkilediğini göstermektedir. Bunun yanında, kadınların depresyon puan ortalamalarının son doğum tipine ($p=.000$), en az bir kez vajinal doğum yapma durumuna ($p=.000$) göre ve vajinal doğumda vakum ya da forsepsle müdahale durumuna ($p=.000$) göre anlamlı farklılık gösterdiği bulunmuştur (Tablo 4.9).

Çalışmada kadınların depresyon puan ortalamalarının menopoza girme durumuna ($p=.000$) ve fekal inkontinans durumuna ($p=.000$) göre anlamlı farklılık gösterdiği, menopoza girenlerin ve fekal inkontinansı olan katılımcıların depresyon puanının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bunun yanında, kadınların depresyon puanlarının kronik konstipasyon şikayetine ($p=.020$) ve öksürük şikayetine ($p=.000$) göre anlamlı farklılık gösterdiği bulunmuştur (Tablo 4.10). Kaya vd. (2023), tarafından yapılan çalışmada kronik konstipasyon ve depresyon arasında anlamlı fark bulunmuştur. Sonuç olarak, kadınların depresyon puan ortalamalarının sosyo-demografik, obstetrik ve kadınların bazı özelliklerine göre incelendiği çalışmalarda birbirinden farklı sonuçlara ulaşıldığı görülmektedir. Bu durum, kişisel özellikler, bölgesel farklılıklar, veri toplama araçlarının farklı olmasından kaynaklandığı şeklinde yorumlanabilir.

Çalışmada kadınların anksiyete puanının yaş gruplarına göre anlamlı farklılık gösterdiği ($p=.000$), 41 yaş ve üzeri yaş grubundaki katılımcıların daha fazla anksiyete puan ortalamasına sahip olduğu belirlenmiştir. Cebeci ve Kara (2021), yaptıkları çalışmada yaş ve anksiyete arasında anlamlı farklılık bulamamıştır. Çalışmada beden kitle indeksi 30-34.9 arasında olan kadınların anlamlı olarak daha yüksek anksiyete puanına sahip olduğu belirlenmiştir ($p=.000$).

Çalışmada kadınların anksiyete puanının eğitim düzeyine göre anlamlı farklılık gösterdiği ($p=.000$), ilkokul mezunu katılımcıların daha yüksek anksiyete puanlarına sahip olduğu belirlenmiştir. Bjelland vd. (2008), düşük eğitim seviyesi ve anksiyete arasında anlamlı bir ilişki olduğunu belirtmişlerdir. Çalışmada kadınların çalışmasına göre anksiyete puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği ($p=.035$), çalışmayan katılımcıların daha yüksek anksiyete puanına sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Çalışmaya katılan kadınların anksiyete puanı aile yapısına ($p=.005$) ve gelir seviyesine ($p=.000$) göre anlamlı farklılık gösterdiği belirlenmiştir. Ergöl ve Kuzu

(2016), yaptıkları çalışmada gelir seviyesi ve anksiyete arasında anlamlı ilişki olduğunu ($p<.001$) ve gelir seviyesi düşük olan katılımcılarda daha yüksek düzeyde anksiyete olduğunu bulmuşlardır. Bunun yanında, kadınların anksiyete puanlarının yaşadıkları yere göre anlamlı farklılık gösterdiği, köyde yaşayan katılımcıların daha yüksek anksiyete puanına sahip olduğu belirlenmiştir. Ergin (2022), tarafından yapılan çalışmada yaşanan yer ve anksiyete arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Çalışmaya katılan kadınların anksiyete puan ortalamalarının gebelik sayısına ($p=.000$) ve çocuk sayısına ($p=.000$) göre anlamlı farklılık gösterdiği, 3 ve üzeri gebeliği olan ve 3 ve üzeri çocuğu olan katılımcıların daha yüksek anksiyete puanına sahip olduğu bulunmuştur. Atalay ve Özyürek (2022), tarafından yapılan çalışmada benzer bulgulara ulaşılmış; 3 ve üzeri çocuk sahibi olan katılımcıların anksiyete düzeyi arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Bunun yanında, kadınların anksiyete puan ortalamalarının son doğum tipine ($p=.000$), en az bir kez vajinal doğum yapma durumuna ($p=.006$) göre ve vajinal doğumda vakum ya da forsepsle müdahale durumuna ($p=.001$) göre anlamlı farklılık gösterdiği bulunmuştur (Tablo 4.9). Çalışmada kadınların anksiyete puan ortalamalarının menopoza girme durumuna ($p=.006$) ve fekal inkontinans durumuna ($p=.006$) göre anlamlı farklılık gösterdiği, menopoza girenlerin ve fekal inkontinansı olan katılımcıların anksiyete puanının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bunun yanında, kadınların anksiyete puanlarının öksürük şikayetine ($p=.005$) göre anlamlı farklılık gösterdiği bulunmuştur (Tablo 4.10). Sonuç olarak bu çalışmanın bulguları, literatürdeki bazı araştırma bulgularına benzer, bazılarında farklıdır.

Bu çalışmada kadınların stres puanının yaş gruplarına göre anlamlı farklılık gösterdiği ($p=.000$), 41 yaş ve üzeri yaş grubundaki katılımcıların daha fazla stres puan ortalamasına sahip olduğu bulunmuştur. Benzer bulguya Çoban ve Güney (2024) tarafından yapılan çalışmada da ulaşılmış, diğer taraftan Atalay ve Özyürek (2022), yaşa göre anlamlı bir farklılık olmadığını belirtmiştir. Çalışmada beden kitle indeksi 30-34.9 arasında olan kadınların anlamlı olarak daha yüksek stres puanına sahip olduğu belirlenmiştir ($p=.000$). Çalışmada kadınların stres puanının eğitim düzeyine göre anlamlı farklılık gösterdiği ($p=.000$), ilkökul ve ortaokul mezunu katılımcıların daha yüksek stres puanlarına sahip olduğu belirlenmiştir. Çoban ve Güney (2024) tarafından yapılan çalışmada eğitim düzeyine göre anlamlı bir farklılık olmadığı

belirtilmiştir, öte yandan Atalay ve Özyürek (2022) tarafından yapılan çalışmada ortaokul mezunu katılımcıların stres puanı daha yüksek bulunmuştur.

Çalışmada kadınların stres puan ortalamalarının çalışma durumu bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği ($p=.000$), çalışmayan katılımcıların daha yüksek stres puanına sahip olduğuna ulaşılmıştır. Borchering (2009), yaptığı bir çalışmada çalışma durumunun stresle başa çıkma tarzını etkilemediğini vurgulamıştır.

Çalışmaya katılan kadınların stres puanı aile yapısına ($p=.017$) ve gelir seviyesine ($p=.000$) göre anlamlı farklılık gösterdiği belirlenmiştir. Bunun yanında, kadınların DASÖ Stres puanlarının yaşadıkları yere göre ($p=.000$) anlamlı farklılık gösterdiği, köyde yaşayan katılımcıların daha yüksek stres puanı olduğu bulunmuştur. Ergin (2022), tarafından yapılan çalışmada yaşanan yere göre anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Çalışmada kadınların stres puanının eşinin eğitim durumuna ($p=.000$) göre ve eşin çalışma durumuna ($p=.000$) göre anlamlı farklılık gösterdiği bulunmuştur. Bunun yanında kadınların stres puan ortalamalarının sigara alışkanlığına ($p=.032$) ve kronik hastalığa ($p=.000$) göre anlamlı farklılık gösterdiği bulunmuştur. Sigara içen ve kronik hastalığı olan bireylerin stres puanının daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 4.8). Çalışmaya katılan kadınların stres puan ortalamalarının gebelik sayısına ($p=.000$) ve çocuk sayısına ($p=.000$) göre anlamlı farklılık gösterdiği, 3 ve üzeri gebeliği olan ve 3 ve üzeri çocuğu olan katılımcıların daha yüksek stres puanı olduğu bulunmuştur. Bunun yanında, kadınların stres puan ortalamalarının son doğum tipine ($p=.000$) ve en az bir kez vajinal doğum yapma durumuna ($p=.000$) göre anlamlı farklılık gösterdiği bulunmuştur (Tablo 4.9).

Çalışmada kadınların stres puan ortalamalarının menopoza girme durumuna ($p=.000$) ve fekal inkontinans durumuna ($p=.000$) göre anlamlı farklılık gösterdiği, menopoza girenlerin ve fekal inkontinansı olan katılımcıların stres puanının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bunun yanında, kadınların stres puanının kronik konstipasyon ($p=.000$) ve öksürük şikayetine ($p=.000$) göre anlamlı farklılık gösterdiği bulunmuştur (Tablo 4.10). Kaya vd. (2023), tarafından yapılan bir çalışmada kronik öksürük ve stres arasında anlamlı fark saptanmıştır. Sonuç olarak, kadınların stres puan

ortalamalarının sosyo-demografik, obstetrik ve kadınların bazı özelliklerine göre incelendiği çalışmalarda birbirinden farklı sonuçlara ulaşılmıştır.

5.7. Kadınlarda KCIÖ Kesme Puanına Göre Cinsel İşlev Sorunu Sıklığı ve DASÖ Depresyon, Anksiyete, Stres Alt Ölçekleri ve ICIQ-SF Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması Bulgularının Tartışılması

Çalışmada ICIQ-SF puan ortalamasının cinsel işlev sorunu olan kadınlarda, sorun olmayan kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur. Bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu sonucuna varılmıştır ($p=.000$), (Tablo 4.11). Diğer bir ifadeyle cinsel işlev sorunu olmayan kadınların daha düşük üriner inkontinans skoruna sahip olduğu belirlenmiştir. Bu bulgu, üriner inkontinansın cinsel işlev için olumsuz bir etken olduğunu göstermektedir. Düzgen (2023), idrar kaçırma problemi olan ve olmayan kadınlar arasında cinsel işlev ölçeğinden alınan puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığını ifade etmişlerdir. Diğer yandan Aydınoglu vd. (2012), yaptıkları çalışmada üriner inkontinans ve cinsel işlev arasında anlamlı farklılık olduğunu belirtmişlerdir.

Bunun yanında, çalışmada depresyon puan ortalamasının cinsel işlev sorunu olan kadınların, sorun olmayan kadınlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Söz konusu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu sonucuna ulaşılmıştır ($p=.000$), (Tablo 4.11). Başka bir ifadeyle cinsel işlev sorunu olmayan kadınların daha düşük depresyon puanına sahip olduğu sonucuna varılmıştır. Bu bulgu, depresyonun cinsel işlevi olumsuz etkilediğini göstermektedir. Özerdoğan vd. (2009), yaptıkları çalışmada cinsel işlev sorunu olanlarda olmayanlara göre daha yüksek depresyon düzeyi olduğunu belirtmişlerdir. Aslan vd. (2008), benzer sonuçlara ulaşmış; cinsel işlev ve depresyon arasında anlamlı farklılık bulmuşlardır. Patten (2009), tarafından yapılan bir çalışmada kadınların depresyon prevalansını %20 civarında olduğunu, depresif kadınların cinsel işlev bozukluğu oranını %70-80 olduğunu belirtmiştir. Ayrıca Delgado-Parra vd. (2017), çalışmalarının sonucunda depresyonun; cinsel isteği, cinsel uyarılmayı, cinsel ilişki sıklığını ve orgazma ulaşmayı, kendine güveni, benlik saygısını, cinsel performansı azaltabileceğini belirtmişlerdir.

Çalışmaya katılan kadınlarda anksiyete puan ortalamasının cinsel işlev sorunu olan kadınların olmayan kadınlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu farkın

istatistiksel olarak anlamlı olduğu sonucuna ulaşılmıştır ($p=.000$), (Tablo 4.11). Diğer bir ifadeyle cinsel işlev sorunu olmayan kadınların daha düşük anksiyete puanına sahip olduğu belirlenmiştir. Karaarslan (2017), yaptığı çalışmada anksiyetesi olanların olmayanlara kıyasla cinsel işlevde daha fazla sorun olduğunu belirtmiştir. Pyke (2020), tarafından yapılan çalışmada da benzer bulguya ulaşılmış; cinsel işlev sorunu ile bir yaygın anksiyete bozukluğu olan panik bozukluk arasında yakın bir ilişki olduğunu belirtmiştir.

Diğer taraftan, çalışmada kadınların stres puan ortalamasının cinsel işlev sorunu olan kadınlarda olmayan kadınlara kıyasla daha yüksek olduğu bulunmuştur. Söz konusu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu sonucuna ulaşılmıştır ($p=.000$), (Tablo 4.11). Başka bir ifadeyle cinsel işlev sorunu olmayan kadınların daha düşük stres puanı olduğu sonucuna varılmıştır. Bu bulgu kadınlarda görülen stresin, cinsel işlevi olumsuz etkilediğini göstermektedir. Hamilton ve Julian (2014), yaptıkları çalışmada stres ile cinsel işlevin bazı yönleri arasında olumsuz bir ilişki olduğunu ifade etmişlerdir. Bodenmann vd. (2010), çalışmasında benzer bulguya ulaşmış, kronik günlük stres etkenlerinin yüksek olduğu kadınlarda, cinsel sorunlar ve cinsel tatmin seviyelerinin daha düşük olduğunu belirtmişlerdir. Bal vd. (2022), cinsel işlevde problem yaşayan kadınların depresyon, anksiyete ve stres puan ortalamalarının, problem yaşamayan kadınlara göre daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir ($p<0.001$). Bu durum, günümüzde kadının eğitim seviyesinin yükselmesiyle, daha çok iş hayatına girmesiyle sorumlulukların değişmesi ve stres faktörlerinin artmasıyla daha çok stres yaşamaktadır. Durumun böyle olması kadını, biyolojik, psikolojik, sosyal gibi birçok yönden etkilediği kadar cinsel hayatı açısından da önemli ölçüde etkilemektedir. Sonuç olarak çalışmanın literatürle uyumlu olduğu; üriner inkontinans, depresyon, anksiyete ve stresin cinsel işlevi olumsuz etkilediği bulunmuştur.

5.8. Kadınlarda KCI, ICIQ-SF, DASÖ Depresyon, Anksiyete, Stres ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin Tartışılması

Literatürde riner inkontinans, depresyon, anksiyete ve stresin cinsel işlev sorunlarını artırabileceği belirtilmektedir (Bal vd., 2022; Aydinoğlu, 2012). Bu araştırmada KCI ve ICIQ-SF arasında negatif yönde "orta" düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu ($r=-.559$), DASÖ Depresyon arasında negatif yönde "orta"

düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu ($r=-.428$), DASÖ Anksiyete arasında negatif yönde "orta" düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu ($r=-.317$), DASÖ Stres arasında negatif yönde "orta" düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu ($r=-.370$) bulunmuştur.

Korelasyon analizinden elde edilen sonuçlar, kadınların KCIÖ puanı arttıkça ICIQ-SF, DASÖ Depresyon, DASÖ Anksiyete, DASÖ Stres puanının azaldığını göstermektedir. Bu çalışmanın bulgularıyla uyumlu olarak Bal vd. (2022), tarafından gerçekleştirilen çalışmada cinsel işlev ve depresyon, anksiyete, stres arasında negatif yönde anlamlı bir ilişkinin olduğu belirlenmiştir. Aydınoglu vd. (2012), tarafından gerçekleştirilen çalışmada üriner inkontinans ve cinsel işlev arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Eroğlu vd. (2020), yapılan çalışmada üriner inkontinans ve cinsel işlev arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Düzgen (2023), tarafından gerçekleştirilen çalışmada ise üriner inkontinans ve cinsel işlev arasında anlamlı bir ilişki olmadığını belirtmişlerdir.

Yapılan çoklu regresyon analizi, kadınların "Cinsel İşlev" üzerine etkili olduğu düşünülen "ICIQ-SF", "DASÖ Depresyon", "DASÖ Anksiyete", "DASÖ Stres" değişkenlerinin cinsel işlevi ne derece yordadığını ortaya koymak için uygulanmış ve sonucunda anlamlı ilişkiler verdiği görülmüştür [$R=.594$, $R^2=.353$, $F=51.475$, $p=.000$], (Tablo 4.13). Standartlaştırılmış regresyon katsayılarına (β) göre, yordayıcı değişkenlerin cinsel işleve ilişkin tutum üzerindeki önem sırası, ICIQ-SF ($\beta=-.458$), DASÖ Depresyon ($\beta=-.222$), DASÖ Stres ($\beta=-.023$) ve DASÖ Anksiyete ($\beta=.022$) şeklindedir.

Çoklu regresyon katsayılarının analizine ilişkin t testi sonuçları incelendiğinde ise, ICIQ-SF ($p=.000$) ve depresyonun ($p=.003$) cinsel işleve ilişkin tutum üzerinde önemli yordayıcılar olduğu, stres ($p=.736$) ve anksiyetenin ($p=.741$) ise cinsel işlev üzerinde önemli bir etkisi olmadığı bulunmuştur. Aynı sonuçlara Özerdoğan vd. (2009), tarafından da ulaşılmış; yapılan regresyon analizi sonucunda depresyonu ve üriner inkontinansı olan katılımcıların, olmayanlara göre cinsel işlevde sorun yaşadığını belirtmiştir. Sonuç olarak çalışmanın literatürle uyumlu olduğu, üriner inkontinans, depresyon, anksiyete ve stresin cinsel işlevi olumsuz etkilediği bulunmuştur.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Kadınlarda cinsel işlev, üriner inkontinans, depresyon, anksiyete ve stres ilişkisini araştırmak amacıyla yapılan bu çalışmada ulaşılan sonuçlar aşağıda sunulmuştur.

- Kadınların %29.2'sinin 29-34 yaş grubunda olduğu (35.13 ± 6.84 yaş) olduğu, %48.3'ünün obez olduğu, %48.3'ünün üniversite mezunu olduğu, %60.3'ünün çalıştığı, %95.8'inin çekirdek ailede yaşadığı, %49.9'unun orta seviyede gelirin olduğu, %95.3'ünün sosyal güvencesinin olduğu, %82.5'inin ilde yaşadığı, %47.5'inin eşinin üniversite mezunu olduğu, %92.4'ünün eşinin çalıştığı, %53.5'inin sigara alışkanlığı olduğu, %82'sinin kronik hastalığı olduğu ve %85.1'inin egzersiz alışkanlığı olduğu belirlenmiştir.

- Kadınların %30.5'inin iki gebeliğinin olduğu, %31.6'sının iki çocuğunun olduğu, %68.7'sinin vajinal doğum yapmadığı, %58.3'ünün son doğum tipinin sezaryen olduğu bulunmuştur. Son doğumunda vajinal doğum yapan kadınların %78.2'sinde epizyotomi uygulandığı ve %94.4'ünün vakum ya da forsepsle müdahale edilmediği bulunmuştur.

- Kadınların %7.6'sının menopozda olduğu, %8.9'unun vajinal enfeksiyon geçirdiği, %99.7'sinin eşinde cinsel işlev sorunu olmadığı, %31.1'inde sıklıkla üriner enfeksiyon geçirdiği, %25.3'ünün öksürük şikayeti olduğu, % 0.5'inin fekal inkontinans şikayeti olduğu, %31.6'sının kronik konstipasyon şikayeti olduğu bulunmuştur.

- Kadınların KCIÖ'den 1.20-35.60 puan arasında aldığı, ölçek puan ortalamasının 25.29 ± 6.47 olduğu belirlenmiştir. Kadınların KCIÖ alt boyut puan ortalaması incelendiğinde; istek alt boyutu için 3.55 ± 0.99 , uyarılma alt boyutu için 4.07 ± 1.22 , kayganlaşma alt boyutu için 4.27 ± 1.32 , orgazm alt boyutu için 4.02 ± 1.28 , doyum alt boyutu için 4.38 ± 1.23 , ağrı alt boyutu için 4.97 ± 1.38 bulunmuştur.

- Kadınların %48.3'ünde cinsel işlev sorunu (KCIÖ $26.55 \geq$) olduğu saptanmıştır.

- Kadınların ICIQ-SF'den ölçek puan ortalamasının 2.66 ± 3.74 olduğu belirlenmiştir.

- Kadınların DASÖ alt boyut puan ortalaması incelendiğinde; depresyon alt boyutu için puan ortalamasının 3.96 ± 3.04 olduğu, anksiyete alt boyutu için puan ortalamasının 2.85 ± 2.66 olduğu, stres alt boyutu için puan ortalamasının 5.82 ± 2.93 olduğu saptanmıştır.

- Kadınların %48.8'inde cinsel disfonksiyon olduğu belirlenmiştir.

- Kadınların %38.6'sında idrar kaçırma sorunu olduğu belirlenmiştir.

- DASÖ kesme noktalarına göre, kadınların %38.6'sinde depresyon, %35'inde anksiyete, %22.2'sinde stres olduğu saptanmıştır.

- Kadınların yaş grubu, beden kitle indeksi, eğitim düzeyine, çalışma durumuna, gelir seviyesine, yaşadığı yere, eşinin eğitim düzeyine, eşi çalışma durumuna, kronik hastalığına, egzersiz alışkanlığına göre KCIÖ puan ortalamalarının gruplar arası farklarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p < 0.05$), diğer özelliklerine göre farkın anlamsız olduğu sonucuna varılmıştır ($p > 0.05$).

- Kadınların yaş grubuna, beden kitle indeksine, eğitim düzeyine, çalışma durumuna, gelir seviyesine, sosyal güvencesine, yaşadığı yere, eşinin eğitim düzeyine, eşi çalışma durumuna, sigara alışkanlığına, kronik hastalığına göre ICIQ-SF puan ortalamalarının gruplar arası farklarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p < 0.05$), diğer özelliklerine göre farkın anlamsız olduğu sonucuna varılmıştır ($p > 0.05$).

- Kadınların yaş grubuna, beden kitle indeksine, eğitim düzeyine, çalışma durumuna, gelir seviyesine, yaşadığı yere, eşinin eğitim düzeyine, eşi çalışma durumuna, sigara alışkanlığına, kronik hastalığına göre, DASÖ Depresyon puan ortalamalarının gruplar arası farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p < 0.05$), diğer özelliklerine göre farkın anlamsız olduğu sonucuna varılmıştır ($p > 0.05$).

- Kadınların yaş grubuna, beden kitle indeksine, eğitim düzeyine, çalışma durumuna, gelir seviyesine, yaşadığı yere, eşinin eğitim düzeyine, eşi çalışma durumuna, kronik hastalığına göre DASÖ Anksiyete puan ortalamalarının gruplar arası farklarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p < 0.05$), diğer özelliklerine göre farkın anlamsız olduğu sonucuna varılmıştır ($p > 0.05$).

- Kadınların yaş grubuna, beden kitle indeksine, eğitim düzeyine, çalışma durumuna, gelir seviyesine, yaşadığı yere, eşinin eğitim düzeyine, eşi çalışma durumuna, sigara kullanımına, kronik hastalığına göre, DASÖ Stres gruplar arası

farklarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0.05$), diğerk özelliklerine göre farkın anlamsız olduğu sonucuna varılmıştır ($p>0.05$).

- Kadınların gebelik sayısına, çocuk sayısına, en az bir kere vajinal doğum yapma durumuna, son doğum tipine göre, KCIÖ puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0.05$), diğerk özelliklerine göre ise fark olmadığı sonucuna varılmıştır ($p>0.05$).

- Kadınların gebelik sayısına, çocuk sayısına, en az bir kere vajinal doğum yapma durumuna, son doğum tipine göre, ICIQ-SF puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0.05$), diğerk özelliklerine göre ise fark olmadığı sonucuna varılmıştır ($p>0.05$).

- Kadınların gebelik sayısına, çocuk sayısına, en az bir kere vajinal doğum yapma durumuna, son doğum tipine, vajinal doğumda vakum ya da forsepsle müdahale durumuna göre DASÖ Depresyon puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0.05$), diğerk özelliklerine göre ise fark olmadığı sonucuna varılmıştır ($p>0.05$).

- Kadınların gebelik sayısına, çocuk sayısına, en az bir kere vajinal doğum yapma durumuna, son doğum tipine, vajinal doğumda vakum ya da forsepsle müdahale durumuna göre, DASÖ Anksiyete puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0.05$), diğerk özelliklerine göre ise fark olmadığı sonucuna varılmıştır ($p>0.05$).

- Kadınların gebelik sayısına, çocuk sayısına, en az bir kere vajinal doğum yapma durumuna, son doğum tipine göre DASÖ Stres puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0.05$), diğerk özelliklerine göre ise fark olmadığı sonucuna varılmıştır ($p>0.05$).

- Kadınların menopoza girme durumuna, fekal inkontinans durumuna, kronik konstipasyon durumuna ve öksürük şikayetine göre KCIÖ puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0.05$), diğerk özelliklerine göre ise fark olmadığı sonucuna varılmıştır ($p>0.05$).

- Kadınların menopoza girme durumuna, sıklıkla vajinal enfeksiyon geçirme durumu, fekal inkontinans durumuna, kronik konstipasyon durumuna ve öksürük şikayetine göre ICIQ-SF puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0.05$), diğerk özelliklerine göre ise fark olmadığı sonucuna varılmıştır ($p>0.05$).

- Kadınların menopoza girme durumuna, fekal inkontinans durumuna, kronik konstipasyon durumuna ve öksürük şikayetine göre DASÖ Depresyon puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0.05$), diğer özelliklerine göre ise fark olmadığı sonucuna varılmıştır ($p>0.05$).

- Kadınların menopoza girme durumuna, sıklıkla vajinal enfeksiyon geçirme durumu, fekal inkontinans durumuna ve öksürük şikayetine göre DASÖ Anksiyete puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0.05$), diğer özelliklerine göre ise fark olmadığı sonucuna varılmıştır ($p>0.05$).

- Kadınların menopoza girme durumuna, fekal inkontinans durumuna, kronik konstipasyon durumuna ve öksürük şikayetine göre DASÖ Stres puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0.05$), diğer özelliklerine göre ise fark olmadığı sonucuna varılmıştır ($p>0.05$).

- Kadınların KCIÖ ve ICIQ-SF arasında negatif yönde "orta" düzeyde ($r=-.559$), DASÖ Depresyon arasında negatif yönde "orta" düzeyde ($r=-.428$), DASÖ Anksiyete arasında negatif yönde "orta" düzeyde ($r=-.317$), DASÖ Stres arasında negatif yönde "orta" düzeyde ($r=-.370$) istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur.

- Kadınlarda cinsel işlevin önemli yordayıcılarının ICIQ-SF ($p=.000$) ve depresyon ($p=.003$) olduğu, stres ($p=.736$) ve anksiyetenin ($p=.741$) ise cinsel işlev üzerinde önemli bir etkisi olmadığı saptanmıştır.

6.2. Öneriler

Çalışmada bulunan sonuçlar doğrultusunda öneriler aşağıda sunulmuştur.

- Sağlık kurumlarında, kadınların cinsel işlev sorunlarını kolaylıkla ifade edebileceği bir ortam oluşturulması ve bu sorunlara yönelik danışmanlık düzenlenmesi, eğitim verilmesi,

- Kadınların depresyon, anksiyete ve stres düzeylerinin belirlenmesi buna yönelik öneriler geliştirilmesi,

- Kadınlarda üriner inkontinansın belirlenmesi, baş etme ve tedavisi konusunda bilgi verilmesi,

- Sağlık profesyonellerinin kadınlarda cinsel işlev, üriner inkontinans, depresyon, anksiyete ve stres konularında farkındalığının artırılması,

- Kadınlarda cinsel işlev, üriner inkontinans, depresyon, anksiyete ve stres hakkında ileri araştırmalar yapılması önerilir.



KAYNAKLAR

- Akan, H., Doğan, S. (2011). Birinci basamak sağlık hizmetlerinde cinsel işlev bozukluklarına yaklaşım. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 15(2), 69-76. <https://doi.org/10.2399/tahd.11.69>
- Akarsu, R., Beji, N.K. (2016). Kadın cinsel fonksiyon bozuklukları sınıflandırılmasında DSM-V kapsamında yapılan değişiklikler. *Androloji Bülteni*, 18, 134-137.
- Akbulut, MF., Üçpınar MB., Gürbüz ZG. (2015). Kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluklarının sınıflaması ve tedavisi. *Türkiye Klinikleri Journal of Urology*, 8(3), 10-15.
- Akhan, SE. (2015). Pelvik taban patolojileri ve kadın cinselliğine etkisi. *Türkiye Klinikleri Gynecology Obstetrics - Special Topics Journal Identity*, 2(2), 77-85.
- Akın, S. (2015). Yaşlılarda üriner inkontinans. *Kontinans ve Nöroüroloji Bülteni*, 2, 49-54.
- Aksöyek, A., Canatar, T., & Özşahin, A. K. (2019). Approach to sexual health in primary care. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 13(3), 356-362.
- Amasyalı, U. D. A. S., Kazan, U. D. E., & Erol, H. (2015). Üriner inkontinans ve kadın cinsel sağlığı. *Journalagent, Kadın Cinsel Sağlığı*, 17(61), 140-143.
- Aoki, Y., Brown, HW., Brubaker, L., Cornu, JN., Daly, JO., Cartwright, R. (2017). Urinary incontinence in women. *Nature Reviews Disease Primers*, 6(3),17042.
- Aslan, E., Beji, N. K., Gungor, I., Kadioglu, A., & Dikencik, B. K. (2008). Prevalence and risk factors for low sexual function in women: a study of 1.009 women in an outpatient clinic of a university hospital in Istanbul. *The Journal of Sexual Medicine*, 5(9), 2044-2052.
- Aslan, G., Köseoğlu, H., Sadik, Ö., Gimen, S., Cihan, A., & Esen, A. (2005). Sexual function in women with urinary incontinence. *International Journal of Impotence Research*, 17(3), 248-251.

- Asoglu, MR., Selcuk, S., Cam, C., Cogendez, E., Karateke, A. (2014). Effects of urinary incontinence subtypes on women's quality of life (including sexual life) and psychosocial state. *The European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 176, 187-190.
- Atalay, D. & Özyürek, A. (2022). Gebelerde doğum öncesi bağlantı ile birliktelik, anksiyete ve stres ilişkisi. *Uluslararası Anadolu Sosyal Bilimler Dergisi*, 6(1), 46-59.
- Ateş, A., Özenin, N., & Bakar, Y. (2019). Üriner inkontinans tipine göre pelvik taban kas kuvveti ve yaşam kalitesinin karşılaştırılması: Retrospektif çalışma. *Türkiye Klinikleri Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(2), 147-154.
- Aydemir, A., & Esenkaya, D. (2023). Frequency of urinary incontinence in women, risk factors, and effect of incontinence on quality of life: A cross-sectional study on the Turkish population. *Journal of Research Development in Nursing and Midwifery*, 20(2), 9-13.
- Aydinoğlu, E., Kaan, L., Özçift, B., Bölükbaşı, A. (2012). Üriner inkontinans ve/veya alt üriner sistem semptomlarının kadın cinsel sağlığı üzerine etkisi. *The New Journal of Urology*, 7(1), 33-41.
- Aygin, D. & Aslan, FE. (2005). Kadın cinsel işlev ölçeği'nin Türkçeye uyarlaması. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi*, 3(25), 393-399.
- Bal, Z., Gökbulut, N., & Uçar, T. (2022). Kadınlarda cinsel sıkıntının depresyon, anksiyete ve stres üzerine etkisi. *Androloji Bülteni*, 24(2), 103-109.
- Balcı, Ş., & Baloğlu, E. (2018). Sosyal medya bağımlılığı ile depresyon arasındaki ilişki: Üniversite gençliği üzerine bir saha araştırması. *Galatasaray Üniversitesi İletişim Dergisi*, 2(29), 209-234.
- Beyazıt, F., Pek, E., Şahin, B. (2018). Alterations in sexual functions during and after pregnancy: Prejudice? Or real? *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 21, 397-406.
- Bjelland, I., Krokstad, S., Mykletun, A., Dahl, A. A., Tell, G. S., & Tambs, K. (2008). Does a higher educational level protect against anxiety and depression? The HUNT study. *Social Science & Medicine*, 66(6), 1334-1345.

- Bodenmann, G., Atkins, D. C., Schär, M., & Poffet, V. (2010). The association between daily stress and sexual activity. *Journal of Family Psychology*, 24(3), 271.
- Borcherding, K. E. (2009). Coping in healthy primigravidae pregnant women. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 38(4), 453-462.
- Cabral, P. U. L., Canário, A. C. G., & Spyrides, M. H. C. (2013). Orta yaşlı kadınlar arasında cinsel işlev bozukluğu belirleyicileri. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 120, 271-274.
- Cebeci, S. P., & Kara, H. (2021). Corona virüslü hastalara bakım veren hemşirelerde depresyon, anksiyete ve stres düzeyinin belirlenmesi. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(1), 46-56.
- Ceylan Çelik, F. (2013). *Pelvik Taban Elektromyografik Aktivite Cevabı ve Abdominal Kas Kuvvetinin, Kadın Cinsel Fonksiyonu İle İlişkisinin Değerlendirilmesi* (Tez No. 329772) [Yüksek lisans tezi, Hacettepe Üniversitesi]. YÖK Tez Merkezi.
- Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği (CETAD). (2007). Kadın cinselliği, bilgilendirme dosyası. Erişim Tarihi: 22.01.2023. <https://www.cetad.org.tr/yayinlar/list/37/kadin-cinselligi>.
- Coyne, K. S., Margolis, M. K., Jumadilova, Z., Bavendam, T., Mueller, E., & Rogers, R. (2007). Overactive bladder and women's sexual health: What is the impact?. *The Journal of Sexual Medicine*, 4(3), 656-666.
- Çalık, KY., & Aktaş, S. (2011). Gebelikte depresyon: Sıklık, risk faktörleri ve tedavisi, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(1), 142-162.
- Çayan, S., Akbay, E., Bozlu, M., Canpolat, B., Acar, D., & Ulusoy, E. (2004). The prevalence of female sexual dysfunction and potential risk factors that may impair sexual function in Turkish women. *Urologia Internationalis*, 72(1), 52-57.
- Çayır, G., & Beji, N. K. (2018). Aşırı aktif mesaneli bireylerde Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli doğrultusunda planlanan davranışsal tedavi girişimleri. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 5(3), 443-452.

- Çelik, HF., Hocaoglu, Ç. (2016). ‘Major Depresif Bozukluk’ tanımı, etyolojisi ve epidemiyolojisi: Bir gözden geçirme. *Journal of Contemporary Medicine*, 6(1), 51-66.
- Çetinel, B., Özkan, B., & Can, G. (2004). ICIQ-SF Türkçe versiyonu validasyon (geçerlilik) çalışması. *Türk Üroloji Dergisi*, 30(3), 332-338.
- Çetinel, B., Demirkese, O., & Tarc, T. (2007). Hidden female urinary incontinence in urology and obstetrics and gynecology outpatient clinics in Turkey: what are the determinants of bothersome urinary incontinence and help-seeking behavior?. *International Urogynecology Journal*, 18, 659–664.
- Çiloğlu, D., & Zaybak, A. (2020). Üriner inkontinanslı bireylerde baş etme davranışları ve yaşam kalitesi. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 12(1), 64-71.
- Çoban, M., & Güney, E. (2024). Çocuk acil servisine başvuran ebeveynlerin eş uyumları ile depresyon anksiyete ve stres düzeyleri arasındaki ilişki. *Journal of Infant, Child and Adolescent Health*, 4(1), 19-29.
- Delgado-Parra, V., Rojas-Flores, A., & Rubio-Aurioles, E. (2017). Self Reported Depression: Its Impact on sexual satisfaction and sexual function, an internet based survey. *The Journal of Sexual Medicine*, 14(1), 118-S118.
- Demirtaş, F. A., Fırat, B., & Sahin, N. (2022). Menopoz ve cinsel yaşam: Sistemati derleme. *Androloji Bülteni*, 24(2), 155-162.
- Diker G. (2017). *Kadın Cinsel İşlev Bozukluğunda Cinsel Mitlere İnanma Düzeyi, Cinsel Bilgi ve Benlik Saygısı* (Yayın No. 475970) [Yüksek lisans tezi, Işık Üniversitesi]. Yükseköğretim Kurulu Başkanlığı Tez Merkezi.
- Duman, N. B. (2019). *Cinsel Sağlık: Cinselliğin fizyolojisi*. Nobel Tıp Kitabevleri.
- Durukan, H., Tok, E., Tok, D., & Aytan, H. (2015). Mersin ilinde, hedef popülasyonda kadınların kendisi tarafından algılanan inkontinansın prevalansı ve yaş gruplarına göre inkontinans tiplerinin dağılımı. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 46(1), 1-5. <https://doi.org/10.16948/zktb.68373>

- Düzgen, A. (2023). *Kadınlarda üriner sistem fonksiyonlarının cinsel işlevler ve yaşam kalitesi üzerine etkisi* (Tez No. 805591) [Yüksek lisans tezi, Onsekiz Mart Üniversitesi]. YÖK Tez Merkezi.
- Ege, E., Akın, B., Arslan, S.Y., & Bilgili, N. (2010). Sağlıklı kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu sıklığı ve risk faktörleri. *Tübbav Bilim Dergisi*, 3(1), 137-144.
- Ergin, İ. (2022). *Üniversiteli kız öğrencilerde emosyonel sorunların premenstrual sendroma etkisi* (Yayın No. 741736) [Yüksek lisans tezi, Hitit Üniversitesi]. Yükseköğretim Kurulu Başkanlığı Tez Merkezi.
- Erbil, N. (2013). The relationships between sexual function, body image, and body mass index among women. *Sexuality and Disability*, 31, 63-70.
- Erbil, N. (2019). Relationship between sexual myths and sexual function of women. *International Journal of Caring Sciences*, 12(3), 1570-1579.
- Ergöl, Ş., & Kuzu, A. (2016). The relation between marriage characteristics and depression and anxiety symptoms in married women aged 15-49 years. *Journal of Human Sciences*, 13(1), 1023-1035.
- Eroglu, A., Aydın, M., Onuk, Ö., Çilesiz, N., & Nuhoglu, B. (2020). Premenopozal dönemde kadınlarda cinsel disfonksiyon ve idrar kaçırma bozukluğu olan premenopozal kadınlarda cinsel işlev bozukluğunun araştırılması. *Tıpta Akademik Araştırma Dergisi*, 10(2), 160.
- Engin, E. (2021). *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Psikiyatri Hemşireliği: Bakım Sanatı*. İstanbul Tıp Kitabevi.
- Gölbaşı, Z., Şentürk, Erenel, A., & Turan, Z. (2017). Gebelikten koruyucu yöntem kullanan kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğunun belirlenmesi. *Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(1), 9-17.
- Gündüz, C. S., & Gürkan, Ö. C. (2021). Cinsel işlev bozukluklarında kanıta dayalı geleneksel ve tamamlayıcı tedavi uygulamaları. *Bütünleyici ve Anadolu Tıbbi Dergisi*, 2(3), 67-77.

- Güvel, S., Yaycioğlu, Ö., Bağış, T., Savaş, N., Bulgan, E., & Özkardeş, H. (2003). Evli kadınlarda cinsel fonksiyonlara etkin faktörler. *Türk Üroloji Dergisi*, 29(1), 43-48.
- Hamilton, L. D., & Julian, A. M. (2014). The relationship between daily hassles and sexual function in men and women. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 40(5), 379-395.
- Handa, V. L., Harvey, L., Cundiff, G. W., Siddique, S. A., & Kjerulff, K. H. (2004). Sexual function among women with urinary incontinence and pelvic organ prolapse. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 191(3), 751-756.
- Hannestad, Y. S., Rortveit, G., Sandvik, H., & Hunskaar, S. (2011). A community-based epidemiological survey of female urinary incontinence. The Norwegian EPINCONT Study. *Journal of Clinical Epidemiology*, 53(11), 1150-1157.
- Haylen, B. T., De Ridder, D., Freeman, R. M., Swift, S. E., Berghmans, B., Lee, J., & Schaer, GN. (2010). An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Neurourology and Urodynamics: Official Journal of the International Continence Society*, 29(1), 4-20.
- Hosseininassab, A., Alidoosti, K., & Forouhari, S. (2016). Health-related counseling needs in adolescent girls: a qualitative study. *Health Scope*, 5(2).
- Hosseini, F., Alidousti Shahraki, K., Azizzadeh Forouzi, M., Ahmadi, A., & Dehesh, T. (2020). The effect of cognitive behavioral counseling on sexual knowledge, motivation to avoid risky sexual relationships, and sexual depression in female university students. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 42, 122-128.
- Hunskaar, S., Burgio, K., Diokno, A., Herzog, A. R., Hjälmås, K., & Lapitan, M. C. (2013). Epidemiology and natural history of urinary incontinence in women. *Urology*, 62(4), 16-23.
- İnal, C. G., & Timur, S. (2020). Gebelikte üriner inkontinans ve yaşam kalitesi üzerine etkisi. *Adıyaman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(2), 150-160.
- İncesu, C. (2004). Cinsel işlevler ve cinsel işlev bozuklukları. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 7(3), 3-13.

- İnci, K., & Ergen, A. (2009). Yaşlılarda üriner inkontinans ve farmakolojik tedavisi. *Turkish Journal of Geriatrics*, 13(1), 59-66.
- İrer, B., Şen, V., Demir, Ö., Bozkurt, O., & Esen, A. (2018). Üriner inkontinans alt tiplerinin yaşam kalitesi üzerine etkileri: doktora başvurmada üriner inkontinans alt tipinin önemi var mı?. *Ortadoğu Tıp Dergisi*, 10(1), 8-12.
- Kamalak, H. (2023). *Menopoz Döneminde Cinsel Disfonksiyon Yaşayan Kadınlarla Yapılan Motivasyonel Görüşmelerin Cinsel Yaşam Kalitesi ve Özyeterliğe Etkisi* (Yayın No. 828611) [Doktora tezi, İnönü Üniversitesi]. Yükseköğretim Kurulu Başkanlığı Tez Merkezi.
- Kaplan, HS. (1979). Disorders of Sexual Desire and Other New Concepts and Techniques in Sex Therapy. Brunner/ Hazel Publications, New York.
- Karaaslan, Ö. (2017). Sosyal anksiyete bozukluğu hastalarında beden algısı ve cinsel işlev bozukluklarının değerlendirilmesi. *Bozok Tıp Dergisi*, 7(2), 45-50.
- Karakoyunlu, F., & Öncel, S. (2009). Cinsel Fonksiyon Bozukluklarında Kadına Ait Hemşirelik Bakım Süreci Örneği. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 12(3), 82-92.
- Kaya, Y., Erkun, H., Şahin, S. (2023). Üriner İnkontinans Tipinin 35-49 Yaş Arası Kadınlarda Depresyon Anksiyete Stres Düzeyleri İle İlişkisi. In *Türkiye Klinikleri Scientific Meetings*, 5(1), 61-62.
- Kendurkar, A., Kaur, B. (2008). Major depressive disorder, obsessive-compulsive disorder, and generalized anxiety disorder: do the sexual dysfunctions differ?. *Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry*, 10(4), 299.
- Keseroğlu, B. B., Özgür, B. C., Yıldız, A. K., & Gülen, E. (2018). Kadın Cinsel İşlev Ölçeğine Etki Eden Faktörler. *Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 20(3), 269-273.
- Kılıç, M. (2019). Prevalence and risk factors of sexual dysfunction in healthy women in Turkey. *African Health Sciences*, 19(3), 2623-2633.

- Kızılkaya, S. (2018). *Elektif sezaryen ameliyatlarında kullanılan anestezi yönteminin ağrı anksiyete ve hasta memnuniyeti üzerine etkisi* (Yayın No. 514335) [Tıpta uzmanlık tezi, Necmettin Erbakan Üniversitesi]. Yükseköğretim Kurulu Başkanlığı Tez Merkezi.
- Koç, E., & Oskay, Ü. (2015). Postpartum Dönemde Cinsellik ve Danışmanlık. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 2(1), 15-26.
- Koçak, H.S., Bahar, A., & Kuşlu, S. (2022). “The Effects Of Urinary Incontinence On Sexual Function And SelfEsteem Of Women” *International Social Sciences Studies Journal*, 266- 273.
- Kömürcü, N., & İşbilen, A. (2011). Adaptation of women to sexual life during the postmenopausal period. *Turkish Journal of Urology*, 37(4), 326-330.
- Kurt, D. (2023). *Kadınlarda Cinsel İşlev Bozuklukları ile Aleksitimi ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi* (Yayın No. 850775) [Yüksek lisans tezi, İstanbul Kent Üniversitesi]. Yükseköğretim Kurulu Başkanlığı Tez Merkezi.
- Kuster, A. T., Dalsbø, T. K., Thanh, B. Y. L., Agarwal, A., Durand-Moreau, Q. V., & Kirkehei, I. (2017). Computer-based versus in-person interventions for preventing and reducing stress in workers. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (8),1-42.
- Lau, H. H., Huang, W. C., & Su, T. H. (2017). Urinary leakage during sexual intercourse among women with incontinence: Incidence and risk factors. *PLoS One*, 12(5), e0177075.
- Masters, W. H., & Johnson, V. E. (1966). Human sexual response. Little, Brown and Company.
- McCabe, M., Althof, S. E., Assalian, P., Chevret-Measson, M., Leiblum, S. R., Simonelli, C., & Wylie, K. (2010). Psychological and interpersonal dimensions of sexual function and dysfunction. *The Journal of Sexual Medicine*, 7(2), 327-336.
- Liu, Q., Zhang, Y., Wang, J., Li, S., Cheng, Y., Guo, J., ... & Zhu, Z. (2018). Erectile dysfunction and depression: a systematic review and meta-analysis. *The Journal of Sexual Medicine*, 15(8), 1073-1082.

- Öksüz, E., & Malhan, S. (2006). Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction in Turkish women. *The Journal of Urology*, 175(2), 654-658.
- Özerdoğan, N., Saymer, F. D., Köşgeroğlu, N., & Ünsal, A. (2009). 40–65 yaş grubu kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu prevalansı, depresyon ve diğer ilişkili faktörler. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2(2), 46-59.
- Özkan, S. A., Bilgiç, D., & Beji N. K. (2019). Türkiye’de hemşirelik alanında üriner inkontinansla ilgili yapılan lisansüstü tezlerin incelenmesi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (2), 201-210.
- Öztürk, G. Z., Toprak, D., & Basa, E. (2012). 35 yaş üzeri kadınlarda üriner inkontinans sıklığı ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 46(4), 170-176.
- Öztürk, M. O., & Uluşahin, A. (2018). *Ruh sağlığı ve bozuklukları*. Nobel Tıp Kitabevleri.
- Patten, S. B. (2009). Accumulation of major depressive episodes over time in a prospective study indicates that retrospectively assessed lifetime prevalence estimates are too low. *BMC Psychiatry*, 9, 1-4.
- Pyke, R. E. (2020). Sexual performance anxiety. *Sexual Medicine Reviews*, 8(2), 183-190.
- Sağlam, H. G. (2019). *Üreme çağındaki evli kadınlarda üriner inkontinans sıklığı ve yaşam kalitesi* (Yayın No. 596672) [Yüksek lisans tezi, Necmettin Erbakan Üniversitesi]. Yükseköğretim Kurulu Başkanlığı Tez Merkezi.
- Sarıçam, H. (2018). The psychometric properties of Turkish version of Depression Anxiety Stress Scale-21 (DASS-21) in health control and clinical samples. *Journal of Cognitive-Behavioral Psychotherapy and Research*, 7(1), 19-30.
- Shen, W. W., Uroevich, Z., & Clayton, D. O. (1999). Sildenafil in the treatment of female sexual dysfunction induced by selective serotonin reuptake inhibitors. *The Journal of Reproductive Medicine*, 44(6), 535-542.

- Sinan, Ö., Başak, T., Güvenç, G., & Kurt, G. (2018). Yaşlı kadınlarda üriner inkontinas: Günlük yaşam aktiviteleri ve yaşam kalitesi. *Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dergisi*, 28(3), 208-214.
- Sivasoğlu, A.A. (2020). *Jinekoloji ve Obstetrik*. İstanbul Tıp Kitabevleri.
- Şahin, N.H., Batıgün, A. D., & Pazvantoğlu, E. A. (2012). Cinsel işlevlerdeki sorunlarda kişilerarası tarz, kendilik algısı ve öfkenin rolü. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 23(1), 18-25.
- Şentürk, Ş., & Kara, M. (2010). Menopoz dönemindeki kadınlarda üriner inkontinans prevalansı ve risk faktörleri. *Van Tıp Dergisi*, 17(1), 7-11.
- Taşgın, C., Öner, C., Temiz, H. E., Cetin, H., & Şimşek, E. E. (2021). İstanbul’da bir aile sağlığı merkezine kayıtlı 18-49 yaş kadınlarda depresyon görülme sıklığı ve ilişkili faktörler. *Istanbul Gelisim University Journal of Health Sciences*, (14), 258-269.
- Tekin, E., Yazgan Çilesiz, Z., & Gede, S., (2019). Farklı mesleklerde çalışanların algılanan stres düzeyleri ve stresle başa çıkma tarzları üzerine bir araştırma. *Ordu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi*, 9(1), 79-89.
- Tekin, Y. B., Ural, Ü. M., Üstüner, I., Balık, G., & Güven, E. S. G. (2014). Evaluation of female sexual function index and associated factors among married women in North Eastern Black Sea region of Turkey. *Turkish Journal of Obstetrics and Gynecology*, 11(3), 153.
- Tekir, Ö., Yaşar, Ö., Çevik, C., Dikoğlu, M., & Kaymak, GÖ. (2018). Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin depresyon ve benlik saygısı düzeylerinin incelenmesi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 8(1), 15-21.
- Thubert, T., Deffieux, X., Letouzey, V., & Hermieu, J. F. (2012). Obesity and urogynecology: a systematic review. *Progres en Urologie: Journal de L'association Francaise D'urologie et de la Societe Francaise D'urologie*, 22(8), 445-453.

- Tokmak, C., Kaplan, Ç., & Türkmen, F. (2011). İş koşullarının sağlık çalışanlarında yol açtığı stres üzerine Sivas'ta bir araştırma. *İşletme Araştırmaları Dergisi*, 3(1), 49-68.
- Topaç, M., & Bolsoy, N. (2021). Doğum şeklinin kadın cinsel işlevi üzerine etkisinin incelenmesi. *Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(1), 45-55.
- Gökçe, T., & Dündar, C. (2008). Samsun Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nde Çalışan Hekim ve Hemşirelerde Şiddete Maruziyet Sıklığı ve Kaygı Düzeylerine Etkisi. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 15(1), 25-28.
- Uğurlucan, F.G., & Demir, Ö. (2019). *Pelvik taban disfonksiyonu; tanı, tedavi ve bakımda hemşirelere yönelik güncel yaklaşımlar*. Nobel Tıp Kitabevleri.
- Uluçay, V. (2018). *Manavgat ilçesinde yaşayan çalışan ve çalışmayan kadınlarda duygu durumunun beslenme davranışı üzerine etkisi* (Yayın No. 493239) [Yüksek lisans tezi, Başkent Üniversitesi]. Yükseköğretim Kurulu Başkanlığı Tez Merkezi.
- Uyaroğlu, A. K., Ünal, E., & Karabacak, M. (2024). Genç kadınlarda duygusal yeme ile depresyon, anksiyete ve stres ilişkisi. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 18(1), 1-8.
- Üçüncü, H., & Erbil N. (2023). Kadınlarda premenstrual sendrom ile cinsel işlev ve çift uyumu ilişkisinin incelenmesi. 1. Uluslararası Hemşirelik Çalışmaları Kongresi Kongresi, 12-14 Temmuz 2023, Ordu, Türkiye, Bildiri Özetleri Kitabı, s.111.
- Van Balken, M. R., Verguns, H., & Bemelmans, B. L. H. (2006). Sexual functioning in patients with lower urinary tract dysfunction improves after percutaneous tibial nerve stimulation. *International Journal of Impotence Research*, 18(5), 470-475.
- Vaughan, C. P., & Markland, A. D. (2020). Urinary incontinence in women. *Annals of Internal Medicine*, 172(3), ITC17-ITC32.
- WHO, (2023). Sexual health. http://www.who.int/health-topics/sexual-health#tab=tab_1 ET:20.06.2023.

- World Health Organisation. (2015). Defining Sexual Health. http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en.
- Yalçın, Ö. (2017). *Kadın Doğum – Jinekoloji. İstanbul Tıp Fakültesi 185. Yıl Ders Kitapları Serisi*. Nobel Tıp Kitapevi.
- Varışoğlu, Y., & Vural, P. (2023). Genç Kadınların Menstrual Deneyimleri ile Depresyon, Anksiyete ve Stres Düzeylerinin Karşılaştırılması. *Balikesir Health Sciences Journal*. 12(3), 620-627.
- Yıldız, M. S., & Ayranlı, Ü. (2024). Birinci Basamakta Yetişkin Kadınlarda Üriner İnkontinans Prevalansı ve İlişkili Faktörler. *Bilecik Şeyh Edebali Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2(3), 159-171.
- Yılmaz, B. A., Sonmez, Y., & Sezik, M. (2020). Prevalence and risk factors for sexual dysfunction in reproductive-aged married women: A cross-sectional epidemiological study. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 46(3), 507-516.
- Yılmaz, E., Muslu, A., & Özcan, E. (2014). Üriner İnkontinanslı Kadınlarda Yaşam Kalitesi. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2(2), 1-14.
- Yücel, U., Hadımlı, A., Çakır Koçak, Y., Başgün Ekşioğlu, A., Sarı, D., & Karaca Saydam, B. (2018). Bornova'da Yaşayan 20 Yaş ve Üzeri Kadınlarda Üriner İnkontinans Prevelansı ve Risk Faktörleri. *Sağlık Bilimleri Ve Meslekleri Dergisi*, 5(3), 414-423.

EKLER

EK 1. Kişisel Bilgi Formu

Sayın Katılımcı,

Form No:....

Bu çalışmada, “**Kadınlarda cinsel işlev, üriner inkontinans, depresyon, anksiyete ve stres ilişkisi**”nin incelenmesi amaçlanmıştır. Soru formu ve ilgili ölçeklerin doldurulması 15 dakikanızı alacaktır. Tüm soruların eksiksiz ve içtenlikle cevaplanması bilimsel değeri nedeniyle oldukça önemlidir.

Katılımınız ve desteğiniz için şimdiden teşekkür ederiz.

Gamze BALTÜRK

1. Yaşınız:
2. Boyunuz:cm
3. Kilonuz:kg
4. Eğitim durumunuz:
1) İlkokul 2) Ortaokul 3) Lise 4) Üniversite 5) Yüksek lisans 6) Doktora
5. Çalışma durumunuz?
1) Çalışıyorum 2) Çalışmıyorum
6. Aile yapınız:
1) Çekirdek 2) Geniş Aile
7. Gelir seviyeniz:
1) Gelir giderden az 2) Gelir gidere denk 3) Gelir giderden fazla
8. Sosyal güvenceniz var mı?
1) Evet 2) Hayır
9. Yaşadığınız yer?
1) İl 2) İlçe 3) Köy
8. Eşinizin eğitim durumunuz:
1) İlkokul 2) Ortaokul 3) Lise 4) Üniversite 5) Yüksek lisans 6) Doktora
10. Eşiniz çalışıyor mu?
1) Çalışıyor 2) Çalışmıyor
11. Sigara kullanıyor musunuz?
1) Evet 2) Hayır
12. Kronik bir hastalığınız var mı? (Hipertansiyon, diyabet, kalp hastalığı vb.)
1) Evet ise yazınız (.....) 2) Hayır
13. Gebelik sayınız?.....
14. Çocuk sayınız?.....
15. En az bir kez vajinal doğum yaptınız mı?
1) Evet 2) Hayır
16. Son doğum tipi:
1) Normal vajinal doğum 2) Sezaryen doğum
17. Son vajinal doğumunuzda epizyotomi uygulandı mı?
1) Evet 2) Hayır

EK 1. ‘Devam’ Kişisel Bilgi Formu

18. Vajinal doğum sırasında vakum ya da forsepsle müdahale geçirdiniz mi?

- 1) Evet 2) Hayır

19. Menopoza girdiniz mi?

- 1) Evet 2) Hayır

20. Sıklıkla vajinal enfeksiyon (yılda üç kezden daha fazla) geçirir misiniz?

- 1) Evet 2) Hayır

21. Dışkı kaçırma (fokal inkontinans) şikayetiniz var mı?

- 1) Evet 2) Hayır

22. Kronik konstipasyon şikayetiniz (son bir yılda en az üç ay süresince kabızlık) var mı?

- 1) Evet 2) Hayır

23. Sıklıkla idrar yolu enfeksiyonu (üriner enfeksiyon) geçirir misiniz (son yılda iki kezden daha fazla)?

- 1) Evet 2) Hayır

24. Sıklıkla öksürük şikayetiniz var mı?

- 1) Evet 2) Hayır

25. Eşinizde cinsel işlev ile ilgili bir sorun var mı?

- 1) Evet (yazınız)..... 2) Hayır

26. Haftada en az üç kez, her biri 30 dakika süren egzersiz alışkanlığınız var mı?

- 1) Evet 2) Hayır

EK 2. Kadın Cinsel İşlev Ölçeği

Sayın katılımcı; son dört haftada süregelen cinsel işlevlerinizi belirlemeye yönelik olarak hazırlanan bu ölçekte 19 madde bulunmaktadır. Sizden istenen her bir maddede size uyan tek bir seçeneği işaretlemenizdir. Lütfen tüm sorulara cevap veriniz.

* **Cinsel aktivite:** Cinsel birleşme, sevişme ve kendini tatmin dahil olmak üzere tüm cinsel faaliyetler.

** **Cinsel ilişki:** Kadın ile erkeğin cinsel birleşmesi (sertleşmiş kamışın/erkeklik organının kadının haznesine girmesi)

*** **Cinsel uyarılma:** Sevişme, şehvet duygu ve düşüncelerin belirmesi ile vajinanın ıslanması ve benzeri durumlar

**** **Orgazm:** Bızır,hazne, rahim, makat ve alt karın ve tüm vücudu saran kuvvetli ritmik kasılmalar olması.

1. Son 4 hafta içinde, ne sıklıkta cinsel istek duydunuz?

- ☐ Hemen hemen her zaman
- ☐ Çoğu zaman (15 günden fazla)
- ☐ Bazen (15 günde)
- ☐ Birkaç kez (15 günden az)
- ☐ Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

2. Son 4 hafta içinde, cinsel istek veya ilgi düzeyinizi (derecenizi) nasıl değerlendirirsiniz?

- ☐ Çok yüksek
- ☐ Yüksek
- ☐ Orta
- ☐ Düşük
- ☐ Çok düşük veya hiç

3. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite* veya cinsel ilişki** sırasında ne sıklıkta uyarıldığınızı hissettiniz?

- ☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- ☐ Hemen hemen her zaman
- ☐ Çoğu zaman (15 günden fazla)
- ☐ Bazen (15 günde)
- ☐ Birkaç kez (15 günden az)
- ☐ Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

4. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite* veya cinsel ilişki** sırasındaki uyarılma düzeyinizi nasıl derecelendirirsiniz?

- ☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.

EK 2. ‘Devam’ Kadın Cinsel İşlev Ölçeği

- ☐ Çok yüksek
- ☐ Yüksek
- ☐ Orta
- ☐ Düşük
- ☐ Çok düşük veya hiç

5. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite* veya cinsel ilişki sırasında cinsel bakımdan uyarılacağınızdan ne derecede emindiniz?**

- ☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- ☐ Çok emindim
- ☐ Emindim
- ☐ Oldukça emindim
- ☐ Az emindim
- ☐ Çok az / hiç emin değildim

6. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite* veya cinsel ilişki sırasında uyarılma durumunuz sizin için ne sıklıkta tatminkardı?**

- ☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- ☐ Hemen hemen her zaman
- ☐ Çoğu zaman (15 günden fazla)
- ☐ Bazen (15 günde)
- ☐ Birkaç kez (15 günden az)
- ☐ Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

7. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite* veya cinsel ilişki sırasında hazneniz ne sıklıkla ıslandı / kayganlaştı?**

- ☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- ☐ Hemen hemen her zaman
- ☐ Çoğu zaman (15 günden fazla)
- ☐ Bazen (15 günde)
- ☐ Birkaç kez (15 günden az)
- ☐ Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

8. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite* veya cinsel ilişki sırasında haznenizin ıslanması / kayganlaşmasındaki zorluk derecesi nasıldı?**

- ☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- ☐ Çok çok zor veya imkansızdı
- ☐ Çok zordu
- ☐ Zordu
- ☐ Biraz zordu
- ☐ Hiç zorluk çekmedim

9. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite* veya cinsel ilişkiniz bitene kadar cinsel organınızın ıslaklığını / kayganlığını ne sıklıkta koruyabildiniz?**

- ☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- ☐ Hemen hemen her zaman

EK 2. ‘Devam’ Kadın Cinsel İşlev Ölçeği

- ☐ Çoğu zaman (15 günden fazla)
- ☐ Bazen (15 günde)
- ☐ Birkaç kez (15 günden az)
- ☐ Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

10. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite* veya cinsel ilişkiniz bitene kadar haznenizin ıslaklığını / kayganlığını koruyabilme zorluğunuzun sıklığı neydi?**

- ☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- ☐ Hemen hemen her zaman
- ☐ Çoğu zaman (15 günden fazla)
- ☐ Bazen (15 günde)
- ☐ Birkaç kez (15 günden az)
- ☐ Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

11. Son 4 hafta içinde, cinsel uyarılma* veya cinsel ilişkide** ne sıklıkta orgazm**** oldunuz?**

- ☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- ☐ Hemen hemen her zaman
- ☐ Çoğu zaman (15 günden fazla)
- ☐ Bazen (15 günde)
- ☐ Birkaç kez (15 günden az)
- ☐ Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

12. Son 4 hafta içinde, cinsel uyarılma* veya cinsel ilişki** sırasında orgazma**** ulaşmak sizin için ne kadar zordu?**

- ☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- ☐ Çok çok zordu / imkansızdı
- ☐ Çok zordu
- ☐ Zordu
- ☐ Biraz zordu
- ☐ Hiç zorluk çekmedim

13. Son 4 hafta içinde, cinsel uyarılma* veya cinsel ilişki** sırasında orgazma**** ulaşmanız ne kadar tatminkardı?**

- ☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- ☐ Çok tatminkardı
- ☐ Genellikle tatminkardı
- ☐ Yarısında tatminkardı, yarısında tatminkâr değildi
- ☐ Genellikle tatminkâr değildi
- ☐ Hiç tatminkâr değildi

14. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite* veya cinsel ilişkiniz sırasında siz ve eşiniz arasındaki duygusal yakınlık ne kadar tatminkardı?**

- ☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım

EK 2. ‘Devam’ Kadın Cinsel İşlev Ölçeği

- ☐ Çok tatminkardı
- ☐ Genellikle tatminkardı
- ☐ Yarısında tatminkardı, yarısında tatminkâr değildi
- ☐ Genellikle tatminkâr değildi
- ☐ Hiç tatminkâr değildi



EK 3. Uluslararası İnkontinans Konsültasyon Anketi-Kısa Formu (ICIQ-SF)

Bugünün tarihi (GÜN/AY/YIL)

(___/___/___)

ICIQ-SF

Birçok kişi bazı zamanlarda idrar kaçıır. Kaç kişinin idrar kaçırdığını ve bunun onları ne kadar rahatsızettiğini öğrenmeye çalışıyoruz. Aşağıdaki soruları SON DÖRT HAFTA BOYUNCA ortalama olarak nasıl olduğunuzu düşünerek yanıtlayabilirsiniz minnettar oluruz.

1) **Lütfen doğum tarihinizi yazınız:** GÜN/AY/YIL (...../...../.....)

2) **Cinsiyet** Kadın Erkek

3) **Ne sıklıkla idrar kaçıyorsunuz?** (Bir kutuyu işaretleyin) Hiçbir zaman 0
Haftada bir veya daha seyrek gibi 1
Haftada iki veya üç kez 2
Günde bir kez gibi 3
Günde birkaç kez 4
Her zaman 5

4) **Size göre ne kadar idrar kaçıyorsunuz bilmek istiyoruz?**

Genelde ne kadar idrar kaçıyorsunuz? (ped (koruyucu bez) kullanın veya kullanmayın)
(Bir kutuyu işaretleyin)

Hiç 0
Az miktarda 2
Orta derecede 4
Çok miktarda 6

5) **Tümüyle bakıldığında, idrar kaçırma günlük yaşamınızı ne kadar etkiliyor?**

Lütfen 0 (hiçbir şekilde) ile 10 (çok fazla) arasındaki bir sayıyı yuvarlak içine alınız

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Hiçbir şekilde çok fazla

ICI-Q skoru: toplam skor 3+4+5.....

6) **Hangi durumlarda idrar kaçıyorsunuz? (Lütfen size uyanların tümünü işaretleyiniz)**

Hiçbir zaman – idrar kaçırmıyorum....
Tuvaletle yetişemedim idrar kaçıyorum....
Öksürürken veya hapsirirken kaçıyorum....
Uyurken kaçıyorum....
Hareket halinde iken ya da spor yaparken kaçıyorum....
İşemeyi bitirip giyinirken idrar kaçıyorum....
Belirgin bir neden olmadan kaçıyorum....
Her zaman kaçıyorum....

Bu soruları yanıtladığınız için çok teşekkür ederiz.

EK 4. Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği-21 (DASÖ-21)

EK 5. Uluslararası İnkontinans Konsültasyon Anketi-Kısa Formun Ölçeği Kullanım İzni



Burak Özkan

24.10.2022 17:58

Kime: Gamze Baltürk

Kullanabilirsiniz, kolaylıklar dilerim.

Doç.Dr.Burak Özkan

Gönderen: Gamze Baltürk

Sayın

Doç. Dr. Burak Özkan hocam,

Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı'nda yüksek lisans öğrencisiyim. Geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapmış olduğunuz "Uluslararası İdrar Kaçırma Konsültasyon Sorgulaması-Kısa Form (ICIQ-SF)"ni, Prof. Dr. Nülüfer ERBİL'in danışmanlığında yapacağım tez çalışmada izniniz olursa kullanmak istiyorum. Ölçeğinizi kullanmama izin vermeniz halinde özgün formunu ve yönergesini e-posta ile gönderebilir misiniz?

İlginiz için şimdiden teşekkür ederim.

Saygılarımla...

Gamze Baltürk

EK 6. Kadın Cinsel İşlev Ölçeği Kullanım İzni



Dilek Aygin <

24.10.2022 11:58



Kime: Gamze Baltürk

Merhabalar Gamze,

FSFI/KCiÖ'ni kullanmanızda hiçbir sakınca yoktur. Sadece makalelerimden değil doktora tezimden ve orijinal makaleden de yararlanmanızı öneririm. Çünkü ters çevrilen maddeler ve kesme noktaları ile ilgili bilgiler tezimde var. Kolaylıklar dilerim.

Tezin/çalışmanın bitiminde kopyasını almaktan mutlu olurum.

Sevgiler

Prof. Dr. DİLEK AYGİN

EK 7. Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği-21 Ölçeği Kullanım İzni



HAKAN SARIÇAM

26.10.2022 01:39

Kime: Gamze Baltürk



46. DASÖ 21.docx
26,12 KB

Gamze Merhabalar,
Ölçeğin maddeleri ve puanlama bilgileri ektedir.
Tez çalışması kapsamında memnuniyetle kullanabilirsiniz.
Nilüfer hocaya selamlar.
Kolaylıklar ve sağlıklı günler dilerim.

Not: Ölçek maddeleri ticari kazanç sağlayan çalışmalarda kullanılamaz ve ölçek maddelerinin tamamı sanal ortamda (tezin sonu, web siteleri vb.) paylaşılamaz.

EK 8. Kurum İzni Yazısı



T.C.
GİRESUN VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : E-41544352-799-209472547
Konu : Araştırma İzin Talebi (Prof. Dr. Nülüfer
ERBİL, Öğrenci Gamze BALTÜRK)

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi : 10.02.2023 tarihli ve E-21625095-000-209094082 sayılı yazınız.

İlgi yazınıza istinaden; Prof. Dr. Nülüfer ERBİL' in sorumluluğunda; danışmanı olduğu Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Gamze BALTÜRK' ün **“Kadınlarda Cinsel İşlev, Üriner İnkontinans, Depresyon, Anksiyete ve Stres İlişkisi”** konulu tez çalışmasını 15 Şubat 2023-01 Eylül 2023 tarihleri arasında Müdürlüğümüze bağlı Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapması Komisyonumuzca uygun mütalaa edilmiştir.

Söz konusu verilerin kullanılmasında kişisel verilere/özel hayata özen gösterilmesi ve çalışma sonuçlarının tarafımıza gönderilmesi hususunu,

Bilgilerinize ve gereğini arz/rica ederim.

Doç. Dr. Muhammet BULUT
İl Sağlık Müdürü

EK 9. Etik Kurul Onay Yazısı



T.C.
ORDU ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARARLARI

Toplantı Tarihi	Toplantı Sayısı	Toplantı Saati	Karar Sayısı
20.01.2023	02	15:30	31

Ordu Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu, “Klinik Araştırmalar ve Biyoyararlanım/Biyoeşdeğerlik Çalışmaları Etik Kurullarının Standart Çalışma Yöntemi Esasları” 11.2.1 maddesi uyarınca Etik Kurul Başkanı Prof. Dr. Ahmet KAYA başkanlığında toplanarak aşağıdaki kararları almıştır.

KARAR NO: 2023/31

Sorumlu yürütücü Prof. Dr. Nülüfer ERBİL’in, KAEK 36 Nolu başvurusunun değerlendirilmesi sonucu “Kadınlarda Cinsel İşlev, Üriner İnkontinans, Depresyon, Anksiyete ve Stres İlişkisi” başlıklı araştırmasının Giresun İl Sağlık Müdürlüğü İzni onayı sonrası başlanabileceğine toplantıya katılanların oy birliği ile karar verildi.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Ahmet KAYA
Ordu Üniversitesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

EK 10. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

Değerli Katılımcı,

Bu katıldığınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı “**Kadınlarda cinsel işlev, üriner inkontinans, depresyon, anksiyete ve stres ilişkisi**” dir. Bu araştırmanın amacı kadınlarda cinsel işlev, üriner inkontinans, depresyon, anksiyete ve stres ilişkisinin belirlenmesidir. Bu çalışmada yer almanız için öngörülen süre 15 dakika olup, çalışmada yer alacak gönüllülerin sayısı 383’tür.

Bu çalışmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır ve sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Bu çalışmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Çalışmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada çalışmadan ayrılabilirsiniz. Bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırıcı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizinle ilgili veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir.

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlsa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait i bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Gönüllünün, Adı-Soyadı: Adresi: Tel.-Faks: Tarih ve İmza:	Açıklamaları yapan araştırmacının, Adı-Soyadı: Gamze BALTÜRK Görevi: İş Adresi: Tel.-Faks: Tarih ve İmza:
--	---

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı : Gamze BALTÜRK
Doğum Yeri :
Doğum Tarihi :
Yabancı Dili :
E-posta :

Öğrenim Durumu

Derece	Bölüm/Program	Üniversite	Yıl
Lisans	Hemşirelik	Karadeniz Teknik Üniversitesi	2020
Yüksek Lisans	Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı	Ordu Üniversitesi	2024

İş Deneyimi

Görev	Görev Yeri	Yıl
Hemşire	Giresun Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2021-