



T.C.

SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

**ISPARTA İL MERKEZİNDE YAŞAYAN 15-49 YAŞ EVLİ
KADINLARDA CİNSEL FONKSİYON BOZUKLUĞU VE
RUHSAL SORUN GÖRÜLME SIKLIĞI İLE BU DURUMLARIN
EVLİLİK UYUMU VE DİĞER ETMENLERLE İLİŞKİSİ**

Banu ASLAN YILMAZ

DOKTORA TEZİ

DANIŞMAN

Doç. Dr. Yonca SÖNMEZ

Tez. No: 144

ISPARTA-2016

KABUL ve ONAY SAYFASI

Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürlüğüne;

Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü **Halk Sağlığı Anabilim Dalı Doktora Programı** Çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından **Doktora Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 20/06/2016

Tez Danışmanı : Doç. Dr. Yonca SÖNMEZ
Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Üye : Prof. Dr. Ahmet Nesimi KİŞİOĞLU
Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Üye : Prof. Dr. Ersin USKUN
Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Üye : Yrd. Doç. Dr. Kadriye AVCI
Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Üye : Yrd. Doç. Dr. Yasemin DÜRDÜRAN
Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

ONAY: Bu doktora tezi, Enstitü Yönetim Kurulu'nca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve kabul edilmiştir.

Doç. Dr. Mustafa KAYAN
Enstitü Müdürü

BEYAN

“İsparta İl Merkezinde Yaşayan 15-49 Yaş Evli Kadınlarda Cinsel Fonksiyon Bozukluğu ve Ruhsal Sorun Görölme Sıklığı ile Bu Durumların Evlilik Uyumu ve Diğer Etmenlerle İlişkisi” adlı doktora tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Önerisi ve Tez Yazma Yönergesi’ne uygun olarak hazırlanmıştır.

Tezi Hazırlayan

Banu ASLAN YILMAZ

Danışman

Doç. Dr. Yonca SÖNMEZ

ÖNSÖZ ve TEŞEKKÜR

Kadınlarda cinsel ve ruhsal sorunlar; ülkemizde tabu olarak görülen, dile getirilmediğinden yaşam kalitesinde ve evlilikte sorunlar oluşturan, yeterli destek sistemi olmayan önemli bir halk sağlığı sorunudur.

Kadınlarımıza, bu sorunları paylaşabilmeleri için kendilerini rahatça ifade edebilecekleri; araştırma, eğitim ve destek çalışmalarına ihtiyaç vardır. Bu çalışmalarla ruhsal ve cinsel sağlığı öncelikle korumak daha sonra sorunların paylaşımı ve çözülebilmesi için uygun zemin oluşturmak amaçlanmalıdır.

Cinsel ve ruhsal sağlığı yerinde olan bir kadının evlilik uyumunda da artma olacak dolayısıyla sağlıklı bir aile ve toplum oluşacaktır.

Buradan hareketle yaptığım bu araştırmamda ve hayatım boyunca beni her zaman destekleyen biricik anneme, babama ve eşime teşekkür ederim.

Ayrıca, danışman hocam Sayın Doç. Dr. Yonca SÖNMEZ'e, değerli hocam Sayın Prof. Dr. Ahmet Nesimi KİŞİOĞLU'na ve Sayın Prof. Dr. Ersin USKUN hocama teşekkürlerimi bir borç bilirim. Bu çalışmamda bana destek olan öğrencilerime, ankete katılan kadınlarımıza teşekkür ederim. Araştırmamı sahada yürütmemde gerekli izinleri veren T.C. Isparta Valiliği'ne, İl Mahalli İdareler Müdürlüğü ve İl Emniyet Müdürlüğü'ne teşekkür ederim.

Isparta, 2016



Canım annem Rabia ASLAN'a ithaf ediyorum...

Sevgilerimle...

Isparta, 2016

İÇİNDEKİLER

BEYAN.....	iii
ÖNSÖZ ve TEŞEKKÜR.....	iv
İÇİNDEKİLER	vi
SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ	xiv
TABLolar DİZİNİ	xv
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Cinsellik ve Cinsel Sağlık Kavramı	3
2.1.1. Cinsellikle İlgili Bakış Açıları ve Çağdaş Cinsellik Anlayışı.....	3
2.2. Kadınlarda Cinsel Yanıt Fizyolojisi.....	4
2.2.1. Cinsel Yanıt Modelleri.....	4
2.2.1.1. Masters ve Johnson’ın Dört Aşamalı Cinsel Yanıt Döngüsü.....	5
2.3. Kadınlarda Cinsel Fonksiyon Bozukluklarının Tanımlanması ve Sınıflandırılması	5
2.3.1. Cinsel Fonksiyon Bozukluklarının Tanımlanması.....	5
2.3.2. Cinsel Fonksiyon Bozukluklarının Sınıflandırılması.....	6
2.3.2.1. Cinsel İstek Bozuklukları.....	7
2.3.2.1.1. Azalmış Cinsel İstek Bozukluğu.....	7
2.3.2.1.2. Cinsel Tiksinti Bozukluğu.....	7
2.3.2.2. Cinsel Uyarılma Bozuklukları.....	7
2.3.2.3. Orgazm İle İlgili Bozukluklar	7
2.3.2.4. Cinsel Ağrı Bozuklukları	7
2.3.2.4.1. Disparoni	7
2.3.2.4.2. Vajinismus.....	8
2.3.2.5. Genel Tıbbi Bir Duruma Bağlı Cinsel Fonksiyon Bozuklukları.....	8
2.3.2.6. Madde Kullanımının Yol Açtığı Cinsel Fonksiyon Bozuklukları	8
2.3.2.7. Başka Türü Adlandırılmayan Cinsel Fonksiyon Bozuklukları	8
2.4. Kadınlarda Cinsel Fonksiyon Bozukluklarının Etyolojisi	8
2.4.1. Kadınlarda Cinsel Fonksiyon Bozukluklarının Nedenleri	8
2.4.1.1. Vasküler Nedenler.....	8
2.4.1.2. Nörojenik Nedenler.....	9
2.4.1.3. Hormonal Nedenler	9

2.4.1.4. Müsküler Nedenler	9
2.4.1.5. Psikolojik Nedenler	9
2.4.1.6. İleri Yaş	10
2.4.1.7. Cerrahi Girişimler	10
2.4.1.8. Kullanılan İlaçlar	10
2.4.1.9. Sosyokültürel ve Sosyodemografik Nedenler	10
2.4.2. Kadınlarda Cinsel Fonksiyonu Etkileyen Bazı Özel Durumlar	10
2.4.2.1. Gebelik ve Doğum Sonrası Dönem	10
2.4.2.2. İnfertilite	11
2.4.2.3. Menopoz	11
2.4.2.4. Meme Kanseri	12
2.5. Kadınlarda Cinsel Fonksiyon Bozukluklarının Epidemiyolojisi	12
2.6. Kadınlarda Cinsel Fonksiyonun Değerlendirilmesi	13
2.7. Cinsel Fonksiyon Bozukluklarında Tedavi İlkeleri	13
2.8. Cinsel Fonksiyon Bozukluklarının Önlenmesinde Cinsel Eğitim İlkeleri	14
2.9. Ruh Sağlığının Tanımı	15
2.10. Ruh Sağlığını Etkileyen Faktörler	15
2.10.1. Cinsiyet	15
2.10.2. Yaş	16
2.10.3. Medeni Durum	16
2.10.4. Eğitim	16
2.10.5. Çalışma Durumu	17
2.10.6. Sosyoekonomik Durum	17
2.10.7. Biyolojik Faktörler	17
2.10.8. Hastalıklar	18
2.11. Ruhsal Bozuklukların Tanımı	18
2.12. Ruhsal Bozuklukların Sınıflandırılması	18
2.12.1. Anksiyete Bozuklukları	19
2.12.2. Duygudurum/Duygulanım Bozuklukları	20
2.12.3. Somatoform Bozukluklar	21
2.12.4. Yeme Bozuklukları	21
2.12.5. Uyku Bozuklukları	21
2.12.6. Kişilik Bozuklukları	22
2.13. Kadınlara Özgü Bazı Dönemler ve Ruhsal Bozukluklar	22

2.13.1. Premenstruel Sendrom ve Premenstruel Disforik Bozukluk	22
2.13.2. Gebelik ve Ruhsal Bozukluklar	22
2.13.3. Postpartum Dönem ve Ruhsal Bozukluklar	23
2.13.4. Menopoz Dönemi ve Ruhsal Bozukluklar	23
2.13.5. İnfertilite ve Ruhsal Bozukluklar	24
2.14. Kadına Yönelik Şiddet ve Ruhsal Bozukluklar.....	24
2.15. Kadınlarda Görülen Ruhsal Bozuklukların Epidemiyolojisi	26
2.16. Ruhsal Bozukluklarda Tanısal Değerlendirme.....	27
2.17. Ruhsal Bozukluklarda Sağaltımın Genel İlkeleri.....	27
2.18. Ruhsal Bozukluklarda Korunma	27
2.18.1. Uluslararası ve Ulusal Düzeyde Ruh Sağlığı Eylem Planıyla İlgili Gelişmeler	29
2.19. Evlilik Kavramı	31
2.20. Evlilik Uyumunun Tanımı ve Önemi.....	31
2.21. Evlilik Uyumunu Etkileyen Faktörler	33
2.22. Evlilik Uyumunun Ruhsal ve Cinsel Durum ile İlişkisi.....	34
2.23. Evlilik Uyumunu Sağlamada Çatışma Çözme Becerisi	35
3. GEREÇ ve YÖNTEM.....	36
3.1. Araştırmanın Tipi	36
3.2. Araştırmanın Evreni	36
3.3. Araştırmanın Örneklem Büyüklüğü ve Örnek Seçim Yöntemi	36
3.4. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	37
3.5. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler.....	37
3.5.1. Bağımlı Değişkenler ile İlgili Tanımlamalar	38
3.5.1.1. Cinsel Fonksiyon Bozukluğu Varlığı.....	38
3.5.1.1.1. Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi (Index of Female Sexual Function-IFSF)	38
3.5.1.2. Ruhsal Sorun Varlığı.....	39
3.5.1.2.1. Genel Sağlık Anketi	39
3.5.2. Bağımsız Değişkenler ile İlgili Tanımlamalar	40
3.5.2.1. Evlilik Uyumunu	40
3.5.2.1.1. Evlilik Uyum Ölçeği	40
3.5.2.2. Sosyodemografik Durum ile İlgili Değişkenler	42
3.5.2.3. Jinekolojik Durum ile İlgili Değişkenler.....	42

3.5.2.4. Sağlık Durumu ile İlgili Değişkenler	43
3.5.2.5. Evlilik Durumu ile İlgili Değişkenler	44
3.5.2.6. Eşi ile İlgili Değişkenler.....	45
3.5.2.7. Cinsellikle İlgili Değişkenler	45
3.5.2.8. Geçmiş Yaşantı Durumu ile İlgili Değişkenler.....	46
3.5.2.9. Ruhsal Durum ile İlgili Değişkenler	47
3.6. Veri Toplama Yöntemi, Öntest Uygulanması ve Araştırmanın Süresi.....	47
3.7. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri.....	48
3.8. Araştırmada Dışlama Kriterleri.....	48
3.9. Verilerin Analizi ve Değerlendirme Teknikleri	49
3.10. Araştırmanın Güçlü ve Sınırlı Yanları	51
3.11. Etik Açıklamalar ve İzinler	52
4. BULGULAR	53
4.1. Araştırma Grubunun Tanımlayıcı Bulguları	53
4.1.1. Araştırmaya Katılan Kadınların ve Eşlerinin Sosyodemografik Değişkenleri	53
4.1.2. Araştırmaya Katılan Kadınların Doğurganlık Öyküsü, Çocuk Sahibi Olmakla İlgili Sorun Yaşama Durumları ve Aile Planlaması ile İlgili Değişkenleri	55
4.1.3. Araştırmaya Katılan Kadınlarda, Eşinde ve Çocuk/Çocuklarında Kronik Hastalık Varlığı.....	57
4.1.4. Kadınların Sigara İçme Durumu, Günlük İçilen Sigara Miktarı ve Uyku Düzenleri ile İlgili Değişkenleri.....	58
4.1.5. Araştırmaya Katılan Kadınların Geçmiş Yaşantıları ile İlgili Değişkenleri	58
4.1.6. Araştırmaya Katılan Kadınların Evlilik Durumları ile İlgili Değişkenleri	60
4.1.7. Araştırmaya Katılan Kadınların Cinsellik Durumları ile İlgili Değişkenleri	63
4.1.8. Araştırmaya Katılan Kadınların Ruhsal Durumları ile İlgili Değişkenleri	66
4.2. Araştırma Grubunun Analitik Bulguları	68
4.2.1. Cinsel Fonksiyon Bozukluğu Görülme Sıklığının Bağımsız Değişkenler ile Karşılaştırılması.....	68
4.2.1.1. Araştırmaya Katılan Kadınların ve Eşlerinin Sosyodemografik Değişkenleri ile Cinsel Fonksiyon Bozukluğu Görülme Sıklığının Karşılaştırılması.....	68

4.2.1.2. Araştırmaya Katılan Kadınların Doğurganlık Öyküsü, Çocuk Sahibi Olmakla İlgili Sorun Yaşama Durumları ve Aile Planlaması ile İlgili Değişkenlerinin Cinsel Fonksiyon Bozukluğu Görülme Sıklığı ile Karşılaştırılması.....	71
4.2.1.3. Araştırmaya Katılan Kadınlarda, Eşinde ve Çocuk/Çocuklarında Kronik Hastalık Varlığının Cinsel Fonksiyon Bozukluğu Görülme Sıklığı ile Karşılaştırılması	73
4.2.1.4. Araştırmaya Katılan Kadınların Sigara İçme Durumu ve Uyku Düzeni ile İlgili Değişkenlerinin Cinsel Fonksiyon Bozukluğu Görülme Sıklığı ile Karşılaştırılması	74
4.2.1.5. Araştırmaya Katılan Kadınların Geçmiş Yaşantıları ile İlgili Değişkenlerinin Cinsel Fonksiyon Bozukluğu Görülme Sıklığı ile Karşılaştırılması.....	75
4.2.1.6. Araştırmaya Katılan Kadınların Evlilik Durumları ile İlgili Değişkenlerinin Cinsel Fonksiyon Bozukluğu Görülme Sıklığı ile Karşılaştırılması.....	76
4.2.1.7. Araştırmaya Katılan Kadınların Evlilik Uyum Ölçeği Puanı Ortalaması ve Evlilik Uyumunun Cinsel Fonksiyon Bozukluğu Görülme Sıklığı ile Karşılaştırılması.....	78
4.2.1.8. Araştırmaya Katılan Kadınların Cinsellik Durumları ile İlgili Değişkenlerinin Cinsel Fonksiyon Bozukluğu Görülme Sıklığı ile Karşılaştırılması.....	79
4.2.1.9. Araştırmaya Katılan Kadınların Genel Sağlık Anketi 12'den Aldığı Puanın Ortalaması ve Ruhsal Sorun Varlığının Cinsel Fonksiyon Bozukluğu Görülme Sıklığı ile Karşılaştırılması	81
4.2.1.10. Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi Puanına Göre Saptanan Cinsel Fonksiyon Bozukluğu Görülme Sıklığı ile Bağımsız Değişkenler Arasında Yapılan Lojistik Regresyon Analizi.....	81
4.2.2. Ruhsal Sorun Görülme Sıklığının Bağımsız Değişkenler ile Karşılaştırılması	86
4.2.2.1. Araştırmaya Katılan Kadınların ve Eşlerinin Sosyodemografik Değişkenleri ile Ruhsal Sorun Görülme Sıklığının Karşılaştırılması.....	86
4.2.2.2. Araştırmaya Katılan Kadınların Doğurganlık Öyküsü, Çocuk Sahibi Olmakla İlgili Sorun Yaşama Durumları ve Aile Planlaması ile İlgili Değişkenlerinin Ruhsal Sorun Görülme Sıklığı ile Karşılaştırılması.....	88
4.2.2.3. Araştırmaya Katılan Kadınlarda, Eşinde ve Çocuk/Çocuklarında Kronik Hastalık Varlığının Ruhsal Sorun Görülme Sıklığı ile Karşılaştırılması.....	90
4.2.2.4. Araştırmaya Katılan Kadınların Sigara İçme Durumu ve Uyku Düzeni ile İlgili Değişkenlerinin Ruhsal Sorun Görülme Sıklığı ile Karşılaştırılması.....	91

4.2.2.5. Araştırmaya Katılan Kadınların Geçmiş Yaşantıları ile İlgili Değişkenlerinin Ruhsal Sorun Görülme Sıklığı ile Karşılaştırılması.....	92
4.2.2.6. Araştırmaya Katılan Kadınların Evlilik Durumları ile İlgili Değişkenlerinin Ruhsal Sorun Görülme Sıklığı ile Karşılaştırılması.....	93
4.2.2.7. Araştırmaya Katılan Kadınların Evlilik Uyum Ölçeği Puanı Ortalaması ve Evlilik Uyumunun Ruhsal Sorun Görülme Sıklığı ile Karşılaştırılması.....	95
4.2.2.8. Araştırmaya Katılan Kadınların Ruhsal Durumları ile İlgili Değişkenlerinin Ruhsal Sorun Görülme Sıklığı ile Karşılaştırılması.....	96
4.2.2.9. Araştırma Grubunun Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi Puanı Ortalaması ve Cinsel Fonksiyon Bozukluğu Varlığının Ruhsal Sorun Görülme Sıklığı ile Karşılaştırılması	98
4.2.2.10. Genel Sağlık Anketi 12 Puanına Göre Saptanan Ruhsal Sorun Görülme Sıklığı ile Bağımsız Değişkenler Arasında Yapılan Lojistik Regresyon Analizi.....	99
5. TARTIŞMA	104
5.1. Araştırma Grubunun Tanımlayıcı Bulgularının Tartışılması.....	104
5.2. Araştırma Grubunun Analitik Bulgularının Tartışılması	114
5.2.1. Cinsel Fonksiyon Bozukluğu Görülme Sıklığı ve Etkileyen Etmenlerin Tartışılması.....	114
5.2.1.1. Cinsel Fonksiyon Bozukluğu Görülme Sıklığının Tartışılması	114
5.2.1.2. Cinsel Fonksiyon Bozukluğu Görülme Sıklığını Etkileyen Etmenlerin Tartışılması	117
5.2.1.2.1. Araştırmaya Katılan Kadınların ve Eşlerinin Sosyodemografik Değişkenleri ile Cinsel Fonksiyon Bozukluğu Görülme Sıklığının Tartışılması.....	118
5.2.1.2.2. Araştırmaya Katılan Kadınların Doğurganlık Öyküsü, Çocuk Sahibi Olmakla İlgili Sorun Yaşama Durumları ve Aile Planlaması ile İlgili Değişkenlerinin Cinsel Fonksiyon Bozukluğu Görülme Sıklığı ile Tartışılması	125
5.2.1.2.3. Araştırmaya Katılan Kadınlarda, Eşinde ve Çocuk/Çocuklarında Kronik Hastalık Varlığının Cinsel Fonksiyon Bozukluğu Görülme Sıklığı ile Tartışılması	127
5.2.1.2.4. Araştırmaya Katılan Kadınların Sigara İçme Durumu ve Uyku Düzeni ile İlgili Değişkenlerinin Cinsel Fonksiyon Bozukluğu Görülme Sıklığı ile Tartışılması	129

5.2.1.2.5. Araştırmaya Katılan Kadınların Geçmiş Yaşantıları ile İlgili Değişkenlerinin Cinsel Fonksiyon Bozukluğu Görülme Sıklığı ile Tartışılması.....	130
5.2.1.2.6. Araştırmaya Katılan Kadınların Evlilik Durumları ile İlgili Değişkenlerinin Cinsel Fonksiyon Bozukluğu Görülme Sıklığı ile Tartışılması.....	130
5.2.1.2.7. Araştırmaya Katılan Kadınların Evlilik Uyum Ölçeği Puanı Ortalaması ve Evlilik Uyumunun Cinsel Fonksiyon Bozukluğu Görülme Sıklığı ile Tartışılması.....	134
5.2.1.2.8. Araştırmaya Katılan Kadınların Cinsellik Durumları ile İlgili Değişkenlerinin Cinsel Fonksiyon Bozukluğu Görülme Sıklığı ile Tartışılması.....	136
5.2.2. Ruhsal Sorun Görülme Sıklığı ve Etkileyen Etmenlerin Tartışılması ...	138
5.2.2.1. Ruhsal Sorun Görülme Sıklığının Tartışılması	138
5.2.2.2. Ruhsal Sorun Görülme Sıklığını Etkileyen Etmenlerin Tartışılması	141
5.2.2.2.1. Araştırmaya Katılan Kadınların ve Eşlerinin Sosyodemografik Değişkenleri ile Ruhsal Sorun Görülme Sıklığının Tartışılması	142
5.2.2.2.2. Araştırmaya Katılan Kadınların Doğurganlık Öyküsü, Çocuk Sahibi Olmakla İlgili Sorun Yaşama Durumları ve Aile Planlaması ile İlgili Değişkenlerinin Ruhsal Sorun Görülme Sıklığı ile Tartışılması.....	148
5.2.2.2.3. Araştırmaya Katılan Kadınlarda, Eşinde ve Çocuk /Çocuklarında Kronik Hastalık Varlığının Ruhsal Sorun Görülme Sıklığı ile Tartışılması	151
5.2.2.2.4. Araştırmaya Katılan Kadınların Sigara İçme Durumu ve Uyku Düzeni ile İlgili Değişkenlerinin Ruhsal Sorun Görülme Sıklığı ile Tartışılması.....	152
5.2.2.2.5. Araştırmaya Katılan Kadınların Geçmiş Yaşantıları ile İlgili Değişkenlerinin Ruhsal Sorun Görülme Sıklığı ile Tartışılması	153
5.2.2.2.6. Araştırmaya Katılan Kadınların Evlilik Durumları ile İlgili Değişkenlerinin Ruhsal Sorun Görülme Sıklığı ile Tartışılması	154
5.2.2.2.7. Araştırmaya Katılan Kadınların Evlilik Uyum Ölçeği Puanı Ortalaması ve Evlilik Uyumunun Ruhsal Sorun Görülme Sıklığı ile Tartışılması.....	159
5.2.2.2.8. Araştırmaya Katılan Kadınların Ruhsal Durumları ile İlgili Değişkenlerinin Ruhsal Sorun Görülme Sıklığı ile Tartışılması	160

5.2.3. Araştırmaya Katılan Kadınlarda Cinsel Fonksiyon Bozukluğu ile Ruhsal Sorun Arasındaki İlişkinin Tartışılması.....	162
6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	164
ÖZET.....	168
ABSTRACT	169
KAYNAKLAR	170
EKLER.....	188
Ek 1. Özgeçmiş	189
Ek 2. Anket Soruları.....	193
Ek 3. Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi (Index of Female Sexual Function-IFSF).....	203
Ek 4. Genel Sağlık Anketi.....	205
Ek 5. Evlilik Uyum Ölçeği.....	207
Ek 6. Etik Kurul İzni	210
Ek 7. Isparta Valiliği İl Mahalli İdareler Müdürlüğü ve Isparta İl Emniyet Müdürlüğü İzin Yazıları.....	213
Ek 8. Ölçek Kullanım İzinleri	217
Ek 9. Anket Geri Bildirim Örnekleri.....	218
Ek 10. Araştırma Yerinin Fotoğrafları	229

SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AFUD	: American Foundation for Urologic Disease
APA	: American Psychiatric Association
CFB	: Cinsel Fonksiyon Bozukluğu
DSM	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EUÖ	: Evlilik Uyum Ölçeği
FSFI	: Female Sexual Function Index
GRCDÖ	: Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği
GSA	: Genel Sağlık Anketi
ICD	: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
IFSF	: Index of Female Sexual Function
KıSA	: Kısa Sağlık Anketi
KSE	: Kısa Symptom Envanteri
KYTA	: Küresel Yetişkin Tütün Araştırması
NCS	: National Comorbidity Survey
PMDB	: Premenstruel Disforik Bozukluk
PMS	: Premenstruel Sendrom
PRIME MD	: Primary care Evaluation of Mental Disorders
SCL-90-R	: Symptom Checklist-90-Revised
SD	: Sexual Dysfunction
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1. Araştırmaya katılan kadınların sosyodemografik değişkenlerine göre dağılımı	53
Tablo 2. Araştırmaya katılan kadınların eşlerinin sosyodemografik değişkenlerine göre dağılımı	55
Tablo 3. Araştırma grubunun doğurganlık öyküsü ile ilgili değişkenlerinin ortalamaları (n=1216)	56
Tablo 4. Araştırma grubunun çocuk sahibi olmakla ilgili sorun yaşama durumlarının dağılımı.....	56
Tablo 5. Araştırmaya katılan kadınların aile planlaması yöntemi kullanma durumu ve kullanılan yöntemlere göre dağılımları	57
Tablo 6. Araştırmaya katılan kadınlarda, eşinde ve çocuk/çocuklarında kronik hastalık varlığının dağılımı	57
Tablo 7. Araştırmaya katılan kadınların sigara içme durumları ve uyku düzenlerinin dağılımı	58
Tablo 8. Araştırma grubunun geçmiş yaşantı durumu ile ilgili değişkenlerinin dağılımı	59
Tablo 9. Araştırma grubunun evlilik süresi ve eşle yaş farkı ortalamaları.....	60
Tablo 10. Araştırmaya katılan kadınların evlilikle ilgili değişkenlerinin dağılımı ...	60
Tablo 11. Araştırma grubunun eşinden şiddet görme durumları ve yaşanan şiddetin türünün dağılımı	62
Tablo 12. Araştırma grubunun evlilik uyum ölçeği puanının ortalaması ve evlilik uyumunun değerlendirilmesi	62
Tablo 13. Araştırma grubunun cinsellik ile ilgili değişkenlerinin dağılımı	63
Tablo 14. Araştırma grubu ve eşlerinde doktor tarafından teşhis edilmiş cinsel sorun varlığı ile ilgili değişkenlerin dağılımı	65
Tablo 15. Araştırma grubunun kadın cinsel fonksiyon indeksi puanı ortalaması ve cinsel fonksiyon bozukluğu varlığının değerlendirilmesi	66
Tablo 16. Araştırmaya katılan kadınlarda ruhsal durum ile ilgili değişkenlerin dağılımı	67
Tablo 17. Araştırmaya katılan kadınların Genel Sağlık Anketi 12'den aldığı puanın ortalaması ve ruhsal sorun varlığının değerlendirilmesi	68
Tablo 18. Araştırmaya katılan kadınların sosyodemografik değişkenleri ile cinsel fonksiyon bozukluğu görülme sıklığının karşılaştırılması.....	69
Tablo 19. Araştırmaya katılan kadınların eşlerinin sosyodemografik değişkenleri ile cinsel fonksiyon bozukluğu görülme sıklığının karşılaştırılması	70

Tablo 20. Araştırma grubunun doğurganlık öyküsü ile ilgili değişkenlerinin ortalamalarının cinsel fonksiyon bozukluğu görülme sıklığı ile karşılaştırılması	71
Tablo 21. Araştırmaya katılan kadınların çocuk sahibi olmakla ilgili sorun yaşama durumlarının cinsel fonksiyon bozukluğu görülme sıklığı ile karşılaştırılması	72
Tablo 22. Araştırmaya katılan kadınlarda aile planlaması yöntemi kullanma durumunun cinsel fonksiyon bozukluğu görülme sıklığı ile karşılaştırılması	73
Tablo 23. Araştırmaya katılan kadınlarda, eşinde ve çocuk/çocuklarında kronik hastalık varlığının cinsel fonksiyon bozukluğu görülme sıklığı ile karşılaştırılması	73
Tablo 24. Araştırma grubunun sigara içme durumu ve uyku düzeni ile ilgili değişkenlerinin cinsel fonksiyon bozukluğu görülme sıklığı ile karşılaştırılması	74
Tablo 25. Araştırma grubunun geçmiş yaşantıları ile ilgili değişkenlerinin cinsel fonksiyon bozukluğu görülme sıklığı ile karşılaştırılması	75
Tablo 26. Araştırma grubunun evlilik süresi ve eşle yaş farkı ile ilgili değişkenlerinin cinsel fonksiyon bozukluğu görülme sıklığı ile karşılaştırılması	76
Tablo 27. Araştırmaya katılan kadınların evlenme şekilleri, evliliklerini nasıl değerlendirdikleri, eşiyle sorun yaşama durumları, eşinin alkol kullanma alışkanlığı ve evlilikte ortak karar alma tutumlarının cinsel fonksiyon bozukluğu görülme sıklığı ile karşılaştırılması	77
Tablo 28. Araştırmaya katılan kadınların eşinden şiddet görme durumu ile cinsel fonksiyon bozukluğu görülme sıklığının karşılaştırılması.....	78
Tablo 29. Araştırma grubunun evlilik uyum ölçeği puanı ortalaması ve evlilik uyumunun cinsel fonksiyon bozukluğu görülme sıklığı ile karşılaştırılması.....	79
Tablo 30. Araştırmaya katılan kadınların cinsellik durumları ile ilgili değişkenlerinin cinsel fonksiyon bozukluğu görülme sıklığı ile karşılaştırılması	80
Tablo 31. Araştırma grubunun genel sağlık anketi 12’den aldığı puanın ortalaması ve ruhsal sorun varlığının cinsel fonksiyon bozukluğu görülme sıklığı ile karşılaştırılması	81
Tablo 32. Lojistik regresyon analizine göre cinsel fonksiyon bozukluğu görülme sıklığını etkileyen risk faktörleri (Başlangıç tablosu)	82
Tablo 33. Lojistik regresyon analizine göre cinsel fonksiyon bozukluğu görülme sıklığını etkileyen risk faktörleri (Sonuç tablosu)	84
Tablo 34. Araştırmaya katılan kadınların sosyodemografik değişkenleri ile ruhsal sorun görülme sıklığının karşılaştırılması	86
Tablo 35. Araştırmaya katılan kadınların eşlerinin sosyodemografik değişkenleri ile ruhsal sorun görülme sıklığının karşılaştırılması	87
Tablo 36. Araştırma grubunun doğurganlık öyküsü ile ilgili değişkenlerinin ortalamalarının ruhsal sorun görülme sıklığı ile karşılaştırılması.....	88
Tablo 37. Araştırmaya katılan kadınların çocuk sahibi olmakla ilgili sorun yaşama durumlarının ruhsal sorun görülme sıklığı ile karşılaştırılması	89

Tablo 38. Araştırmaya katılan kadınların aile planlaması yöntemi kullanma durumu ile ruhsal sorun görülme sıklığının karşılaştırılması.....	90
Tablo 39. Araştırmaya katılan kadınlarda, eşinde ve çocuk/çocuklarında kronik hastalık varlığının ruhsal sorun görülme sıklığı ile karşılaştırılması	90
Tablo 40. Araştırmaya katılan kadınların sigara içme durumu ve uyku düzeni ile ilgili değişkenlerinin ruhsal sorun görülme sıklığı ile karşılaştırılması	91
Tablo 41. Araştırma grubunun geçmiş yaşantıları ile ilgili değişkenlerinin ruhsal sorun görülme sıklığı ile karşılaştırılması	92
Tablo 42. Araştırma grubunun evlilik süresi ve eşle yaş farkı ile ilgili değişkenlerinin ruhsal sorun görülme sıklığı ile karşılaştırılması.....	93
Tablo 43. Araştırmaya katılan kadınların evlenme şekilleri, evliliklerini nasıl değerlendirdikleri, eşiyle sorun yaşama durumları, eşinin aile düzenini bozacak derecede alkol kullanma alışkanlığı ve evlilikte ortak karar alma tutumlarının ruhsal sorun görülme sıklığı ile karşılaştırılması	94
Tablo 44. Araştırmaya katılan kadınların eşinden şiddet görme durumu ile ruhsal sorun görülme sıklığının karşılaştırılması	95
Tablo 45. Araştırma grubunun evlilik uyum ölçeği puanı ortalaması ve evlilik uyumunun ruhsal sorun görülme sıklığı ile karşılaştırılması	96
Tablo 46. Araştırmaya katılan kadınların ruhsal durumları ile ilgili değişkenlerinin ruhsal sorun görülme sıklığı ile karşılaştırılması.....	97
Tablo 47. Araştırma grubunun kadın cinsel fonksiyon indeksi puanı ortalaması ve cinsel fonksiyon bozukluğu varlığının ruhsal sorun görülme sıklığı ile karşılaştırılması	98
Tablo 48. Lojistik regresyon analizine göre ruhsal sorun görülme sıklığını etkileyen risk faktörleri (Başlangıç tablosu)	99
Tablo 49. Lojistik regresyon analizine göre ruhsal sorun görülme sıklığını etkileyen risk faktörleri (Sonuç tablosu)	102

1. GİRİŞ

Ülkemizde cinsel ve ruhsal sorunlar; toplumsal değerlere bağlı olarak çoğunlukla tabu olarak görülen özellikle de kadınları yakından ilgilendiren evlilik uyumlarını bozan, sosyodemografik, ekonomik, şiddet, cinsiyet eşitsizliği gibi birçok faktörden etkilenen, toplumsal sonuçları olan önemli bir halk sağlığı sorunudur.

Fizyolojik süreçlerle karmaşık ruhsal süreçlerin etkileşimi sonucu belirlenen insan cinsel davranışı, iki bireyi birbiriyle yakın ilişkiler içerisine sokarak yoğun duygular yaşamasına sonucunda da mutluluk ya da mutsuzluk duygularının oluşmasına neden olmaktadır (1). Duygusal yakınlaşma ve düşünce paylaşımıyla tamamlanmayan bir ilişkide cinsel fonksiyonun yeterliliği ve doyum vericiliği azalmaktadır (2).

Cinsel fonksiyon bozukluğu (CFB) görülme oranı kadınlarda erkeklerden daha fazladır (%43, %31) (3-8). Cinsellikle ilgili sorunların dile getirilmesinde toplumsal değer ve normlar özellikle kadınların bu konu ile ilgili sıkıntılarını ifade etmelerinde önemli bir engeldir (9-11). Cinsel sorunların erken tanınması ve çözümü kadının hem yaşam kalitesinin artması hem de evlilik uyumunun yükselmesi açısından oldukça önemlidir.

Önemli diğer bir noktada kadınlarda ruh sağlığının korunması ve sürdürülmesidir. Sağlıklı bir şekilde yaşam sürmek tüm bireyler için bir haktır (12, 13). Sağlıklı yaşam ise Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) tanımında da yer aldığı gibi sadece fiziksel sağlığın iyi olmasıyla değil ruhsal sağlığında iyi olmasıyla mümkündür. Ruhsal yönden sağlıklı olma durumu, toplumdan topluma, kültürden kültüre değişiklik göstermekle birlikte “kişinin kendisiyle, çevresiyle ve toplumla barış içinde olması, sürekli denge, düzen ve uyum sağlayabilmek için gerekli çabayı sürdürebilmesi” anlamına gelmektedir (12, 14-17).

Ruhsal bozukluklar, kişinin kendinden beklenen iş, okul, ev, toplumsal roller ve kendine bakabilme işlevlerini giderek yitirip, üretici niteliğini ve sosyalliğini kaybetmesi ve görevlerini aksatması anlamına gelen yeti yitimine yol açan önemli sorunlardandır. DSÖ verilerine göre, dünyada yeti yitimine en çok yol açan on hastalıktan beşini ruhsal hastalıklar oluşturmaktadır (18, 19).

Ruhsal bozukluklar; görülme sıklığı, kronikleşme eğilimleri, sağaltım güçlükleri ve oluşan yeti yitimi sebebiyle önemli bir halk sağlığı sorunudur (20). Pek çok faktörle ilişkili olması sebebiyle de multidisipliner bir yaklaşım gerektirir (14, 21).

Ruhsal bozuklukların yaygınlığı, seyri ve yol açtığı sorunlar cinsiyetler arasında belirgin farklılıklar göstermektedir (19, 20). Kadınlarda ruhsal bozuklukların yaygınlığı, özellikle de depresyon ve anksiyete bozukluklarının görülme sıklığı erkeklere oranla daha yüksektir (13, 17, 19, 20, 22-25).

Kadınlar yaşam sürecinde; adölesan, cinsel olgunluk, klimakterik, yaşlılık gibi dönemlerden geçmekte ve her döneme özgü fizyolojik, psikolojik, sosyal sorunlar yaşamaktadırlar (26). Hormonal faktörler, medeni durum, baskılanma, boyun eğme, pasif ve bağımlı olmayı öğrenme, toplumsal roller, eğitimde eşitsizlik, işsizlik, düşük sosyoekonomik düzey, ayrımcılığa maruz kalma gibi toplumsal, kültürel, ekonomik ve sosyolojik faktörler ruhsal bozuklukların kadınlarda daha sık görülmesine neden olmaktadır (13, 16, 17, 19, 25). Bu nedenle, ruh sağlığı, kadın sağlığının önemli bir bileşeni olup kadınlara uygulanan sağlık hizmetlerinde öncelikli olarak ele alınmaları önem taşımaktadır (26).

Bir toplumun sağlıklı olabilmesi için sağlıklı nesillere gereksinim vardır. Sağlıklı nesillerin dünyaya gelmesi ise ancak kadınların fiziksel, ruhsal, sosyal yönden sağlıklı olmasıyla gerçekleşebilecek bir fenomendir (13).

Bu çalışmada, Isparta il merkezinde yaşayan 15-49 yaş evli kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu ve ruhsal sorun görülme sıklığı ile bu durumların evlilik uyumu ve diğer etmenlerle olan ilişkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Cinsellik ve Cinsel Sağlık Kavramı

Cinselliği tanımlarken geniş bir çerçeveyi göz önünde tutmak gerekir (27). Cinsellik anatomik, psikolojik, fizyolojik, tıbbi ve sosyal bileşenleri olan multifaktöriyel bir durumdur (28, 29).

DSÖ'ye göre cinsellik; fiziksel, duygusal, entellektüel ve sosyal yönlerin, kişiliği, iletişimi ve aşkı zenginleştirici etkilerinin bileşiminden oluşur (30). Dünya Cinsel Sağlık Birliği'nin (World Association for Sexual Health) tanımına göre ise cinsellik; her insanın kişiliğinin ayrılmaz bir parçasıdır ve cins, cinsel kimlik ve rol, cinsel yönelim, erotizm, haz, yakınlık ve üreme kavramlarını içerir (27).

Cinsellik intrauterin hayattan başlayarak erişkinliğe kadar psikolojik, fizyolojik ve sosyokültürel faktörlerden etkilenerek gelişir. Dolayısıyla bu faktörlerin doğru uyarılar oluşturması cinselliğin uygun bir zeminde sağlıklı olarak gelişimini sağlar (31). DSÖ'ye göre cinsel sağlık; sadece hastalık, fonksiyon bozukluğu veya sakatlığın olmaması değil, duygusal, zihinsel ve sosyal olarak cinsellikle ilgili iyilik halidir. Cinsel sağlığın bozulması kadının, erkeğin, ailenin ve dolayısıyla toplumun sağlığının bozulması açısından önemli bir halk sağlığı sorunudur (30).

2.1.1. Cinsellikle İlgili Bakış Açıları ve Çağdaş Cinsellik Anlayışı

Cinsellik, biyolojik, psikolojik, sosyal, kültürel, geleneksel, ahlaki, dini, antropolojik, politik ve ekonomik boyutları olan karmaşık bir bütündür.

Biyolojik Bakış Açısı: Cinsel fonksiyonlar, başta merkezi sinir sistemi, beş duyu ve genital organlar olmak üzere tüm bedenin katıldığı ve bedenimizin ürettiği 30'dan fazla hormon ve kimyasal maddenin karmaşık bir etkileşimi ile yürütülen bir süreçtir. Bu nedenle başta hastalıklar, kullanılan ilaç ve maddeler ile bedenimizi etkileyen her etken ile gebelik, menopoz, ergenlik gibi her dönemsel durum cinselliğimizi de etkileyebilir (30, 32).

Psikolojik Bakış Açısı: Sağlıklı işleyen bir beden, cinselliği sağlıklı bir şekilde yaşayabilmek için gerekli altyapıyı sağlar. Ancak, cinselliğin nasıl yaşanacağını, kiminle yaşanacağını, ne zaman, nerede ve nasıl olacağını, nasıl uyarılıp nasıl doyuma ulaşılacağını vb. belirleyen ise insan psikolojisidir (30).

Sosyokültürel Bakış Açısı: Kişilerin yetiştiği ve içinde yaşadığı aile, yakın çevre, alt kültür ve toplumsal yapı, gelenekler ile dini inanç ve ahlaki tutumlar da cinsel tutum ve davranışlarımızı belirleyen faktörler arasındadır. Çoğu zaman, sadece sosyokültürel nedenler herhangi bir CFB'nin ortaya çıkmasında başlıca rol oynamaktadır (30).

Bireyin sağlıklı ve mutlu bir cinsel yaşam sürmesinde bu üç bakış açısının da önemli yeri vardır. Birey cinsel bir sorun ya da bir CFB yaşadığında sorununun çözümü için bu üç temel unsurun göz önünde tutulması gerekir (30).

Çağdaş Cinsellik Anlayışı: Cinsellik ve cinsel yaşamın bir insan hakkı olduğu anlayışıdır (30).

2.2. Kadınlarda Cinsel Yanıt Fizyolojisi

İnsan cinselliği ile ilgili ilk kapsamlı araştırmalar 1938 ile 1952 yılları arasında Kinsey ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Bu araştırmalarla beraber cinsellik ilk kez sosyolojik bir boyut kazanmıştır. W.H. Masters ve V.E. Johnson tarafından ilk kez 1966 yılında “İnsanda Cinsel Davranış” adlı yayınlanan kitapta cinsel fizyoloji ile ilgili bugün ki bilgilerin temeli oluşmuştur. Masters ve Johnson insan cinselliğini laboratuvar ortamında incelemiş, cinsel yanıt sürecinin bütün evrelerini kaydetmişlerdir. Bu incelemeler CFB'nin çağdaş sınıflandırmalarına temel oluşturmuştur (33-36).

2.2.1. Cinsel Yanıt Modelleri

Cinsel yanıt siklusunu açıklamak için farklı modeller öne sürülmüştür. Bu modeller Masters ve Johnson'ın dört aşamalı cinsel yanıt döngüsü ve Kaplan'ın cinsel yanıt modelidir (37). Aşağıda Masters ve Johnson'ın modeli verilmiştir.

2.2.1.1. Masters ve Johnson’ın Dört Aşamalı Cinsel Yanıt Döngüsü

Masters ve Johnson cinsel uyarana gösterilen fizyolojik tepkiyi; uyarılma, plato, orgazm ve çözülme olmak üzere dört evreye ayırmıştır.

Uyarılma: İlk evredir. Bedende yaygın vazokonjesyon ve kas geriliminde artışla başlar. Uyarının yoğunluğuna, süresine, kişinin fiziksel ve psikolojik durumuna göre kısa, uzun ya da aralıklarla sürebilir (33, 38-40).

Plato: Uyarılma yoğun ise plato evresi başlar ve vazokonjesyon en yüksek noktaya ulaşır. Cinsel gerilim ve cinsel haz duygusu artarak orgazma geçilecek noktaya kadar sürer (33, 40, 41).

Orgazm: Evreler arasında süre açısından en kısa ancak hissedilen cinsel haz açısından en yoğun evredir. Perine ve vajina etrafındaki kaslar ile vazokonjesyon sonucu büyüyen dokuların ritmik refleks kasılmaları ile karakterizedir (33, 40, 42-44).

Çözülme: Son evredir. Orgazm ya da orgazmın gerçekleşmediği durumlarda platoyu takiben oluşan fizyolojik değişikliklerin aynı sırayı takip ederek kaybolmasıyla karakterize bir durumdur (33, 40, 45).

2.3. Kadınlarda Cinsel Fonksiyon Bozukluklarının Tanımlanması ve Sınıflandırılması

2.3.1. Cinsel Fonksiyon Bozukluklarının Tanımlanması

DSÖ’nün yayınladığı Hastalıkların ve Sağlıkla İlgili Sorunların Uluslararası İstatistiksel Sınıflamasında (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems: ICD-10) CFB; bireyin umduğu cinsel ilişkiyi yaşayamaması olarak tanımlanır (42, 46, 47).

Amerikan Psikiyatri Birliği'nin (American Psychiatric Association: APA) hazırladığı Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması Elkitabı IV'de (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV:DSM IV) CFB ; cinsel istek ve cinsel yanıt döngüsünü oluşturan psikofizyolojik değişikliklerde kişiler arası sorunlara ve strese neden olacak düzeyde bozulma olarak tanımlanır (8, 42, 48-51).

ICD-10 ve DSM-IV, ağırlıklı olarak Kaplan, Goldstein ve arkadaşları tarafından cinsel yanıt modeline dayandırılarak yapılmıştır (50).

2.3.2. Cinsel Fonksiyon Bozukluklarının Sınıflandırılması

CFB'nin sınıflandırılmasında farklı bakış açıları vardır.

Kadınlarda CFB ile ilgili üç tip sınıflandırma sistemi tanımlanmıştır:

- a. DSÖ tarafından 1992'de yapılan ICD-10 uluslararası sınıflaması,
- b. APA tarafından 2000 yılında tanımlanan DSM-IV sınıflaması,
- c. American Foundation for Urologic Disease (AFUD) tarafından 1998 yılında yapılan güncel kadın CFB sınıflandırılması (50, 52-54).

APA tarafından 2000 yılında tanımlanan DSM-IV sınıflaması:

Bu sınıflandırma sisteminde semptomlar kalıcı ya da tekrarlayıcı, belirgin bir sıkıntıya ya da kişiler arası güçlüklerle neden olduğu takdirde CFB tanısı konulmaktadır (55).

Sınıflandırma yedi başlık altında toplanmıştır:

1. Cinsel İstek Bozuklukları (Azalmış cinsel istek bozukluğu, Cinsel tiksinti bozukluğu)
2. Cinsel Uyarılma Bozuklukları
3. Orgazmla İlgili Bozukluklar
4. Cinsel Ağrı Bozuklukları (Disparoni, Vajinismus)
5. Genel Tıbbi Bir Duruma Bağlı CFB
6. Madde Kullanımının Yol Açtığı CFB

7. Başka Türlü Adlandırılmayan CFB (54).

2.3.2.1. Cinsel İstek Bozuklukları

Azalmış cinsel istek bozukluğu ve cinsel tiksini me bozukluğu olarak ikiye ayrılmaktadır.

2.3.2.1.1. Azalmış Cinsel İstek Bozukluğu

Kişinin yaşı ve yaşam koşulları dikkate alınarak, sürekli olarak ya da tekrarlayıcı bir biçimde cinsel fantezi ve cinsel etkinlikte bulunma isteğinin az olması ya da hiç olmaması şeklinde tanımlanmaktadır. Hem batı toplumlarında hem de ülkemizde, kadınlarda cinsel istek azlığı görülme oranı, erkeklere oranla en az iki kat daha fazladır (56-59).

2.3.2.1.2. Cinsel Tiksinti Bozukluğu

Cinsel ilişki kurmaktan sürekli ve aşırı bir biçimde tiksinti duyma ve bu nedenle tümüyle kaçınmaktır (54).

2.3.2.2. Cinsel Uyarılma Bozuklukları

Yeterli cinsel uyarıya rağmen kadında beklenen salgı, kabarma yanıtının yeterince oluşmaması ya da cinsel etkinliğin sonuna kadar sürdürülememesidir (54).

2.3.2.3. Orgazm İle İlgili Bozukluklar

Olağan bir cinsel uyarılma evresinden sonra orgazmın sürekli olarak ya da yineleyici bir biçimde gecikmesi ya da hiç olmaması şeklinde tanımlanmaktadır. Cinsel eğitim ve deneyimin yetersizliği, cinsel tekniklerin bilinmemesi ve cinsel mitlerin yaygınlığı nedeniyle ülkemizde orgazm bozukluklarının yüksek oranlarda (%40-60) görüldüğünü söyleyebiliriz (54, 56, 59).

2.3.2.4. Cinsel Ağrı Bozuklukları

2.3.2.4.1. Disparoni

Cinsel ilişkiye sürekli olarak ya da yineleyici bir biçimde eşlik eden genital ağrının olması olarak tanımlanmaktadır. Psikolojik nedenleri incelendiğinde, yanlış cinsel inanışlar, olumsuz düşünceler, ilişkiyle ilgili çatışmalar, tecavüz öyküsü gibi durumların olması ağrılı cinsel ilişkinin ortaya çıkmasına neden olabilmektedir (51, 55, 56, 58-60).

2.3.2.4.2. Vajinismus

Vajinismus ülkemizde cinsel tedavi merkezlerini başvuran kadınlarda en sık rastlanan sorundur. Vajinanın dış üste birini çevreleyen kaslarda koitusu engelleyecek bir biçimde yineleyici ya da sürekli olarak istem dışı spazmın olması olarak tanımlanmaktadır. Vajinismusa sebep olan psikolojik etkenler; aile baskısı, cinsel şiddete maruz kalma, cinsellikle ilgili yanlış bilgiler, kızlık zararını yitirme korkusu, tabular ve gebelik korkusu şeklinde sıralanabilir (54, 59).

2.3.2.5. Genel Tıbbi Bir Duruma Bağlı Cinsel Fonksiyon Bozuklukları

Sadece genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkisine bağlı olarak gelişen, klinik olarak belirgin bir CFB'nin var olmasıdır (56, 59).

2.3.2.6. Madde Kullanımının Yol Açtığı Cinsel Fonksiyon Bozuklukları

İşlev bozukluğu tamamı ile bir maddenin doğrudan oluşturduğu fizyolojik etki ile açıklanmaktadır (56, 59).

2.3.2.7. Başka Türü Adlandırılmayan Cinsel Fonksiyon Bozuklukları

Herhangi özgül bir CFB için tanı ölçütlerini karşılamayan bozuklukları sınıflandırmak için bu kategori kullanılır (56, 59).

2.4. Kadınlarda Cinsel Fonksiyon Bozukluklarının Etyolojisi

Kadınlarda CFB'nin etyolojisinde temel olarak vasküler, nörojenik, hormonal, müsküler, psikolojik sebepler, ileri yaş, cerrahi girişimler, kullanılan ilaçlar, sosyokültürel ve sosyodemografik nedenler rol oynamaktadır (11).

2.4.1. Kadınlarda Cinsel Fonksiyon Bozukluklarının Nedenleri

2.4.1.1. Vasküler Nedenler

Klitoral ve vajinal vasküler yetmezlik, iliohipogastrik/pudental arter yatağının aterosklerozuna bağlı genital kan akımının azalması ile ilgili olarak gelişmektedir. Hipertansiyon, hiperkolesterolemi, miyokard infarktüsü, diyabet kadınlarda CFB'ye neden olabilecek vasküler nedenler arasında yer almaktadır (52, 61).

2.4.1.2. Nörojenik Nedenler

Seksüel disfonksiyonu etkileyen özellikli patolojiler multipl skleroz, spinal kord travması, disk hernisi, lumbosakral pleksus patolojileri ve periferik nöropatiler olarak sayılabilir (35).

2.4.1.3. Hormonal Nedenler

Dolaşımdaki östrojen seviyesinin azalması sonucu klitoris ve vajinada kan akımının bozulabileceği ve buna bağlı olarak CFB gelişebileceği belirtilmektedir. Cerrahi ve tıbbi infertilite, menopoza, hiperprolaktinemi, overlere ait yetmezlikler ve kronik doğum kontrol hapı kullanımı sonucu kadınlarda CFB'ye yol açan en yaygın hormonal nedenleri oluşturmaktadır (52).

2.4.1.4. Müsküler Nedenler

Pelvik taban kasları, levator ani kası ve perineal membran kadınlarda cinsel fonksiyona doğrudan katılan anatomik yapılardır. Levator ani kasının hipertonusitesinde vaginismus, dispareni ve diğer ağrı bozuklukları, hipotonik olduğu durumlarda ise vajinal duyumda ve orgazm yoğunluğunda azalma, cinsel ilişki ya da orgazm aşamasında üriner inkontinans gelişebilmektedir (35, 42, 62).

2.4.1.5. Psikolojik Nedenler

Altta yatan organik bozukluğa bağlı olsun ya da olmasın emosyonel ve ilişkiye bağlı problemler kadın cinsel fonksiyonu üzerine belirgin olarak etki yapar. Depresyon, anksiyete gibi ruhsal durum bozuklukları CFB'ye neden olabilmektedir (29, 45).

Ayrıca, CFB'nin psikolojik etyolojisinde, eşler arasındaki uyumun ve cinsel bilgi eksikliğinin önemli bir rol oynadığına vurgu yapmak gerekir (56, 59, 63). Ojumu ve arkadaşlarının 15-49 yaş arası evli çiftlerle yaptıkları çalışmada eşler arasındaki ilişkinin yetersiz olmasının CFB için bir risk faktörü olduğu belirtilmiştir (64).

2.4.1.6. İleri Yaş

Kadınlarda yaş artışı ile birlikte doku ve organların işlevsel kapasitesinin azalması, gebelik ve doğum sürecinin getirdiği yapısal ve hormonal değişimler kronik hastalıkların görülme sıklığındaki artış, toplumsal değer yargılarının etkisi ile kadının yaş ilerledikçe güzelliğinin azaldığını hissetmesi gibi pek çok fizyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerin kadın cinsel fonksiyonlarını olumsuz olarak etkilediği düşünülmektedir (11, 42).

2.4.1.7. Cerrahi Girişimler

Üreme organlarına yönelik yapılan cerrahi girişimlerin neden olduğu fizyolojik, hormonal, yapısal ve psikolojik değişikliklerin kadınlarda çeşitli cinsel sorunlara neden olabileceği belirtilmektedir (42).

2.4.1.8. Kullanılan İlaçlar

Alkol ve yasal olmayan ilaçlar da dahil olmak üzere kullanılan ilaçların büyük bir kısmı cinsel fonksiyonların bozulmasında etkili olabilmektedir (11, 52).

2.4.1.9. Sosyokültürel ve Sosyodemografik Nedenler

CFB'ye yönelik yapılan bazı çalışmalarda; yaş, eğitim durumu, gelir düzeyi, çalışma durumu, eş ve evliliğe ilişkin özellikler, beden kütle indeksi gibi sosyodemografik özellikler ile toplumun kültürel yapısı, yaşam koşulları, kişisel, ailevi ve dini değerler arasındaki çatışmalar, cinsel konulara ilişkin eğitim yetersizliği ve tutucu yetiştirilme biçimi gibi pek çok sosyokültürel etmenin kadınların cinsel yaşamını etkilediği saptanmıştır (42).

2.4.2. Kadınlarda Cinsel Fonksiyonu Etkileyen Bazı Özel Durumlar

2.4.2.1. Gebelik ve Doğum Sonrası Dönem

Çiftlerin cinsel yaşamı, gebelik ve doğum sonu dönemde meydana gelen fiziksel ve psikolojik değişiklikler nedeniyle etkilenebilmektedir.

Gebeliğin birinci trimestrinde çiftler cinsellik konusunda çoğunlukla karmaşık düşünceler içindedirler. İkinci trimestrinde ise çiftler gebeliği kabullenme sürecini tamamlarlar. Bulantı, kusmalar azalır ve cinsel yaşamda normalleşme görülür. Üçüncü trimesterde ilerlemiş gebelik nedeniyle genel olarak cinsel fonksiyonlarda gerileme görülür. Doğumla birlikte kadının yaşamında, onun cinsel gereksinimlerini değiştirecek ve ilişkilerini etkileyecek birçok fiziksel, emosyonel ve sosyal değişiklikler ortaya çıkmaktadır (9, 29, 65).

Malkoç'un 18-49 yaş grubu 8 hafta ve üzerindeki 207 gebe kadında yaptığı araştırmada %87'si CFB tanısı almıştır (65). Acar'ın çalışmasında ise doğum sonrası dördüncü ayında olan kadınların %60'ı CFB açısından riskli bulunmuştur (37).

2.4.2.2. İnfertilite

CFB, bir taraftan infertil çiftlerin küçük bir bölümünde kadın ve erkek infertilitesinin asıl sebebi olurken diğer taraftan ve büyük oranda infertilite ve tedavi uygulamaları sırasında gelişen depresyon ve anksiyeteye bağlı olarak ortaya çıkabilmektedir (66).

Tashbulatova ve arkadaşlarının infertil kadınlarda yaptığı çalışmada CFB prevalansı %35,5 olarak saptanmıştır (67). Yine, Keskin ve arkadaşlarının 122 primer ve 51 sekonder infertil kadında yaptıkları çalışmada CFB prevalansı sırasıyla %64,8 ve %76,5 bulunmuştur (68).

2.4.2.3. Menopoz

Östrojen miktarının azalması sonucu kadının sekonder seks karakterlerinde gerileme oluşur. Cinsel istekte azalma, orgazma ulaşmada güçlük, dispareni, koit sıklığında azalma, cinsel ilişkide üriner inkontinans gibi sorunlar yaşanabilir (29, 36, 69). Yaşanan değişimler bazı kadınların kimliklerini, kendilerine olan güvenlerini, aile ilişkilerini ve sosyal yaşamlarını etkileyerek önemli ölçüde stres yaratıcı durumlara neden olmaktadır (35).

Yapılan bazı ulusal çalışmalarda, menopoz dönemindeki kadınların %57-%88,8'inde CFB saptanmıştır (31, 35, 36, 70).

2.4.2.4. Meme Kanseri

Meme kanseri, kadınlarda sık görülen bir kanser türüdür. Meme kanseri olan kadınların cinsel yaşamını; beden imajının değişmesi, kemoterapi/radyoterapi, hormon tedavisi, ruhsal durum değişiklikleri ve eş ile ilişkilerdeki değişim gibi durumların etkilediği görülmektedir (69, 71). Acar'ın 30-60 yaş arası kadınlarda yaptığı bir araştırmada meme kanseri olan kadınların %86,1'inde, sağlıklı kadınların ise %66,1'inde CFB saptanmıştır (71).

2.5. Kadınlarda Cinsel Fonksiyon Bozukluklarının Epidemiyolojisi

Sıklık oranlarına bakıldığında, CFB'nin toplumun önemli bir kesimini ilgilendirdiği görülmektedir. Bunun yanında bir sorunun önemi yalnızca rastlanma sıklığında değil, ayrıca o sorunun yol açtığı zarar, hekime ve sağlık sistemine başvuru oranı, bu alandaki tedavi olanakları, toplum tarafından ne ölçüde sorun olarak algılandığı ve çevreyle ne ölçüde paylaşıldığı gibi unsurlar tarafından belirlenmektedir. Bu açılardan bakıldığında ise cinsel sorunların ancak son yıllarda önem kazanmaya başladığı görülecektir (54).

Çeşitli toplum ve kültürlerde yapılan çalışmalar, CFB'nin rastlanma sıklığı konusunda birbirine benzer sonuçlar vermektedir. Ancak kültürel ve toplumsal etkenlerle ortaya çıkan bazı farklılıklar da vardır. Formel bir cinsel eğitimin olmaması, cinselliğin tabu olarak algılanması ve bekaretin önemsenmesi gibi etkenler kadınlarda CFB'nin, cinsel liberalizmin egemen olduğu toplumlara göre daha yüksek oranlarda rastlanmasına yol açmaktadır (54).

CFB; yaşa bağlı, ilerleyici, kadınların %30-50'sini etkileyen önemli bir halk sağlığı sorunudur (10, 52, 62, 72, 73).

Kadınlarda CFB görülme sıklığı; yapılan **ulusal çalışmalarda** %23,3-%69,1 (1, 4, 5, 28, 74-81), **uluslararası çalışmalarda** ise %20-%68,9 olarak tespit edilmiştir (82-93).

CFB ile ilgili yapılan çalışmalarda birbirinden farklı oranlar bildirilmesinin birçok sebebi vardır. Bunlardan bazıları örneklem seçiminden, kullanılan tanı araçlarının farklılığından kaynaklanmaktadır.

2.6. Kadınlarda Cinsel Fonksiyonun Değerlendirilmesi

CFB; fizyolojik, biyolojik, psikolojik, sosyal ve kültürel bileşenleri olan çok yönlü bir sağlık sorunu olup, değerlendirilmesinde de çok boyutlu bir yaklaşım gerektirmektedir. Cinsel yaşama ilişkin sorunları belirlemeye yönelik yapılacak olan değerlendirmenin ilk adımını, ayrıntılı tıbbi öykü alınması ve fiziksel muayenenin yapılması oluşturmaktadır (11, 27). Öykü alınması ve fiziksel muayene bulguları dışında cinsel sorunların belirlenmesi amacıyla çeşitli ölçüm araçları geliştirilmiştir. Ancak cinsel fonksiyonların değerlendirilebilmesi için dünya genelinde tam anlamıyla her kültüre uygun ve kullanışlı bir form geliştirilemediği için değişik ölçüm araçları kullanılmaktadır (1, 11, 52, 94).

Ülkemizde en yaygın kullanılan ölçüm araçları kadınlar için kadın cinsel fonksiyon indeksi (Index of Female Sexual Function-IFSF) ve kadın cinsel fonksiyon indeksidir (Female Sexual Function Index-FSFI). Yaygın kullanılmalarının nedeni uluslararası kabul görmeleri, CFB sınıflandırmalarına uygun alt gruplarının olması, Türkçe güvenilirlik ve geçerliliklerinin yapılmış olmasından kaynaklanmaktadır (1, 11, 52, 94).

2.7. Cinsel Fonksiyon Bozukluklarında Tedavi İlkeleri

CFB’de tedavi yaklaşımları cinsel terapilerden, ilaç tedavilerine, cerrahi tekniklerden, yakın gelecekte gündeme gelecek olan gen tedavilerine kadar değişen çok geniş spektrumda ele alınmakta ve multidisipliner bir yaklaşımı zorunlu kılmaktadır (54).

Temel tedavi ilkeleri bilgilendirme, bilişsel davranışçı tedaviler, medikal ve cerrahi tedaviler şeklinde oluşturulabilir. Hangi tedavi ilkesinin belirleneceği CFB’nin altında yatan nedene bağlıdır. Tedavi sürecinde altta yatan organik sebep varsa öncelik organik sebebin çözülmesidir; eş zamanlı olarak cinsel bilgilendirme ve tedavi süreci de başlamalıdır. Evlilik dinamiklerindeki sorun ön planda ise evlilik terapisi ve cinsel terapi eş zamanlı yürütülmelidir (27).

Psikojenik kökenli CFB'nin tedavisi çok yönlü bir yaklaşımı gerektirmektedir. Her psikiyatrist, CFB konusunda genel bir danışmanlık, bilgilendirme ve yönlendirme yapabilecek bilgi ve deneyime sahip olmalıdır. Tek başına bu yaklaşım bile birçok kişinin ya da çiftin sorunlarının çözümünü sağlayabilir ya da süregelen bir bozukluğa dönüşümünü engelleyebilir (54).

2.8. Cinsel Fonksiyon Bozukluklarının Önlenmesinde Cinsel Eğitim İlkeleri

CFB'nin temelinde yanlış koşullanmalar ve pekiştirmeler yatmaktadır. Belirsiz kaynaklardan elde edilen bu eksik ve yanlış bilgiler yerine, kaynağı belirli, yaş gruplarına göre uyarlanmış, basit ve anlaşılır eğitim programlarına gereksinim vardır (95, 96).

Bu eğitim programları çocukluktan başlayarak gelişim dönemlerine uygun şekilde yaşam boyu devam etmelidir. Eğer çocuk yaşta emosyonel bir dil geliştirilememişse, cinsellik konuşulması yasak bir alan olarak anlamlandırılmışsa, ergenlik döneminde hatta yetişkinlikte duygular üzerinde konuşmak oldukça güç olacaktır. Çocukların sordukları sorulara açık ve basit bir biçimde yanıt verebilmek, onları kişilerarası ilişkilerle ilgili konuşmaların içine alabilmek ve duygusal bir dil geliştirmelerini sağlamak, sağlıklı bir erişkin yaşam için oldukça önemlidir (96).

Cinsel eğitimin içeriği, doğal olarak gelişimsel bir sıra izlenmeli ve farklı yaş gruplarına uygun bir biçimde belirlenmelidir. Cinsel organlarının anatomisi ve fizyolojisi, ikincil seks karakterleri, cinsel birleşme, aile planlaması, gebelik ve doğum, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, cinsel tutum ve davranış farklılıkları, cinsel haklar, evlilik ve ebeveynlik gibi konularda yeterli ve uygun bilgi verilmelidir (96).

Ayrıca, toplum bazında cinsel sağlığın geliştirilmesi için; cinsel sağlığın önündeki engellerin kaldırılması, toplumda kapsamlı cinsel eğitimin yaygınlaştırılması, cinsel sağlık ile ilgilenen meslek gruplarına eğitim desteğinin sağlanması, toplumun kapsamlı cinsel sağlık hizmetlerine ulaşabilmesinin sağlanması, cinsellik ve cinsel sağlık konusunda araştırma projelerinin desteklenmesi gerekmektedir (30).

2.9. Ruh Sağlığının Tanımı

Birey yaşamını, kendisiyle, ailesi ve yakın çevresiyle, içinde yaşadığı toplumla, yaptığı iş ya da görevi ile yoğun ilişkiler ağı içinde sürdürmektedir. Eğer bu ilişkiler ağında denge, uyum ve doyum mevcut ise, birey ruhsal yönden sağlıklıdır denilmektedir (17).

DSÖ sağlıklı olmayı “Sağlık yalnız hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir” diye tanımlamıştır. Bu tanımın üç önemli unsurundan biri ruh sağlığıdır. DSÖ 1996 yılında ayrıca bir mental sağlık tanımı yapmıştır. Mental sağlık; kişilerin kendilerini veya yeteneklerini gösterebildikleri, hayatın normal stresleriyle başa çıkabildikleri, verimli ve sonuçları yararlı olacak şekilde çalıştıkları ve toplumla katkılı bir birliktelik içinde olabildikleri durumdur (97).

2.10. Ruh Sağlığını Etkileyen Faktörler

Ruh sağlığı; cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim, çalışma durumu, sosyo-kültürel etkenler, ekonomik seviye, biyolojik durum, hastalıklar ve şiddet gibi birçok faktörden etkilenmektedir.

2.10.1. Cinsiyet

Ruhsal bozuklukların genellikle kadınlarda erkeklere göre daha yaygın olduğu belirtilmektedir. Kadınlarda, özellikle depresyon, anksiyete bozuklukları, nevrozlar, psikosomatik hastalıklar, uyku bozuklukları daha yüksek oranlarda bulunmaktadır (13, 14, 17, 19, 20, 22-25, 98).

Toplumda sahip olunan cinsiyet rolleri ruh sağlığı üzerinde etkilidir (13). Düşük sosyoekonomik düzey, olumsuz koşullarda yaşama, ev işleri, çocuk bakımı, eşe karşı sorumluluklar, öğrenilmiş çaresizlik, güçsüzlük, itaatkar, fedakar ve pasif olma gibi toplum öğretileri, kadınların mutsuz, doyumsuz, çaresiz ve kendilerini değersiz görme gibi duygular yaşamasına neden olmaktadır (19).

Kadın, çalışma yaşamı ve aile yaşamındaki rollerinin gerektirdiği sorumlulukları gerçekleştirmeye çalışırken; çaba, zaman, ilgi ve enerjisinin bölünmesi ile aşırı rol yüküne sahip olarak bunun sonucu kendini ifade edememektedir. Dolayısıyla eş zamanlı birçok rolü yüklenmesi stres yaratmakta ve ruhsal sorunları beraberinde getirmektedir (12).

2.10.2. Yaş

Yaş arttıkça ruhsal bozuklukların prevalanslarının artış gösterdiği bildirilmektedir (98). Örneğin, major depresif bozukluğun ortalama başlangıç yaşı tüm hastaların %50'sinde 20 ve 50 yaş arası olmakla birlikte, yaklaşık 40'tır (23).

2.10.3. Medeni Durum

Yapılan çoğu çalışmada ruhsal bozuklukların evli kadınlarda evli erkeklere göre daha yaygın olduğu tespit edilmiştir (98). Evlilik eşlerin devamlı uyumunu gerektirir. Sorunlu bir evlilikte araştırılacak alanlar; eşler arasındaki iletişim derecesi, sorunları çözme yolları, çocuk doğurma ve yetiştirme ile ilgili tutumları, kayınvalide ve kayınpeder ile ilişkileri, sosyal yaşama ilişkin kurumları, mali işleri yürütmeleri ve cinsel etkileşimleri olmalıdır. Bir kişinin eşi ile ilişki sorunu olduğunda, sorununun ilişkiden mi yoksa ruhsal bozukluktan mı ortaya çıktığı değerlendirilmelidir (99).

2.10.4. Eğitim

Gerek ülkemizde gerekse dünyada yapılmış çalışmaların büyük bir kısmında eğitim düzeyinin düşük olması ruhsal bozukluklar için bir risk faktörü olarak bildirilmiş iken diğer bazı çalışmalarda bu ilişki ortaya konulamamıştır (22, 23). Eğitim düzeyi bir ara değişken olup yaş, cinsiyet, sosyoekonomik düzey gibi diğer değişkenlere bağlı olduğu için gerçek bir risk etkeni olarak görünmemektedir (98).

2.10.5. Çalışma Durumu

Kadınlarda çalışma durumunu iki yönüyle ele almak gerekir. Birincil olarak çalışmayan kadınlarda ruhsal bozuklukların daha fazla olduğu ileri sürülmektedir (13). İşsizlik, kişinin kendine olan güvenini azaltması, sosyal stresi arttırması, alım gücünü azaltması dolayısıyla aile içinde sorunlara neden olması gibi durumlar sebebiyle ruhsal sorunlara neden olmaktadır (100).

İkincil olarak ise çalışma, beraberinde ekonomik özgürlüğü getirmekle birlikte, çalışan kadınlar hem evle ilgili işlerin üstesinden gelmek hem de çalışmak zorunda olduklarından bu çalışma temposu altında ezilmektedir. Bu sorumluluklar, fiziksel, ruhsal ve sosyal sağlığı olumsuz yönde etkilemektedir. Özellikle eşi ölmüş veya eşinden ayrılmış olan yalnız kadınlar için bu şartlar daha ağırdır (13).

2.10.6. Sosyoekonomik Durum

Ruhsal bozuklukların genel olarak alt sosyoekonomik kesimlerde daha yaygın olduğu görülmektedir (98). Kadınların yoksullukla erkeklerden daha çok karşılaştıkları ve yoksulluğun kadınlar için gerçekten yıkıcı bir sorun olduğu, 4. Dünya Kadın Konferansı sonucunda tespit edilmiştir. Ülkemizde de, çeşitli değişkenler bağlamında ele alınan yoksulluk çalışmalarında kadınların daha büyük sorunlarla karşı karşıya kaldıkları bilinmektedir (19). Cinsiyet ve düşük sosyoekonomik durum, birlikte ruh sağlığının bozulmasında kritik belirleyicidirler (13).

2.10.7. Biyolojik Faktörler

Kadınlar, menarştan menopoza kadar, gonadal hormonların dalgalanmalarının etkisi altındadırlar. Çok küçük hormonal aktivasyonla çok büyük emosyonel cevap oluştururlar. Gonadal hormonların dalgalanmaları, normal hormonal değişikliklere (premenstruel dönem, puerperium ve perimenopoz) ayrı bir duyarlılığı bulunan kadınlarda, ruhsal durum bozuklukları riskinin artmasına zemin hazırlayabilir (13).

2.10.8. Hastalıklar

Fiziksel hastalıklar doğrudan ya da dolaylı olarak ruhsal sorunları beraberinde getirebilir. Bu sorunlar arasında özellikle duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları ve madde kullanım bozuklukları gelmektedir. Toplumda sık görülen kronik hastalıklarda duygudurum bozukluklarının yaygınlığının arttığı bildirilmiştir (19, 22, 23).

2.11. Ruhsal Bozuklukların Tanımı

Ruh sağlığı bozulan kişi, genellikle duygu, düşünce ve davranışlarında değişik derecelerde; tutarsızlık, aşırılık, uygunsuzluk ve yetersizlik gibi özellikler taşır. Her kişi tutarsız, uygunsuz, aşırı ve yetersiz davranışlar gösterebilir. Fakat hasta sayılabilecek kişide bu özelliklerin; sürekli ya da yineleyici olması, bireyin verimli çalışmasını ve kişilerarası ilişkilerini bozması gerekir (95). DSÖ'ye göre ruhsal sorunlar; anormal düşünceler, duygular, davranışlar ile diğer insanlarla ilişkilerin farklı tür bileşimleri olarak tanımlanmaktadır (101).

2.12. Ruhsal Bozuklukların Sınıflandırılması

Hastaların sağaltımı ve hastalıkların önlenmesi için en başta iyi bir tanımlama, tanı koyma, sınıflandırma dizgesinin elde olması gerekir (95). Sınıflandırma ABD'de daha çok DSM, Avrupa'da daha çok ICD-10 dizgeleri kullanılarak yapılmaktadır. Bu iki sınıflandırma büyük ölçüde birbirine benzer niteliktedir (102, 103). Aşağıda DSM-IV-TR'de geçen sınıflandırma başlıklarına yer verilmiştir.

DSM-IV-TR'de geçen sınıflandırma başlıkları;

1. Genellikle ilk kez bebeklik, çocukluk ya da ergenlik döneminde tanısı konan bozukluklar
2. Delirium, demans, amnestik ve diğer kognitif bozukluklar
3. Başka bir yerde sınıflandırılmayan genel tıbbi bir duruma bağlı mental bozukluklar

4. Madde ile ilişkili bozukluklar
5. Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar
6. Duygudurum bozuklukları
7. Anksiyete bozuklukları
8. Somatoform bozukluklar
9. Yapay bozukluklar
10. Dissosiyatif bozukluklar
11. Cinsel bozukluklar ve cinsel kimlik bozuklukları
12. Yeme bozuklukları
13. Uyku bozuklukları
14. Başka bir yerde sınıflandırılmamış dürtü kontrolü bozuklukları
15. Uyum bozuklukları
16. Kişilik bozuklukları
17. Klinik ilgi odağı olabilecek diğer durumlar (102).

2.12.1. Anksiyete Bozuklukları

Anksiyete, strese karşı oluşan yanıtın önemli bir parçasıdır ve kişiyi bir tehlike anında eyleme geçmeye hazırlamaktadır. Patolojik olduğuna karar verebilmek için beklenenden fazla ya da şiddetli olması, gereğinden daha uzun sürmesi ve en önemlisi kişinin günlük işlevlerini bozarak ya da yeti yitimi yaratarak yaşamını olumsuz etkilemesi, fiziksel belirtilerin eşlik etmesi ve katlanılamaması gerekir. Bu durumda anksiyete kişinin mesleki ve ailevi yaşantısını etkilemeye başlar, kişilerarası ilişkilerinde bozulmalara neden olur (104, 105).

Anksiyete bozuklukları en yaygın olarak görülen psikiyatrik bozukluklardandır. ABD’de yapılan Ulusal Eşitlik Araştırması (National Comorbidity Survey:NCS) verilerine göre yaşam boyu sıklık kadınlarda %30,5, erkeklerde %19,2’dir (105, 106). Başta panik bozukluğu ve fobiler olmak üzere anksiyete bozuklukları kadınlarda daha fazla görülmektedir (13, 24, 107).

Anksiyete bozukluklarının etyolojisi; genetik, hormonlar, anne babanın tutumu, travma, kişilik problemleri, stresli yaşam olayları, öğrenme kuralları ve hastalıklar sayılabilir (99, 104, 105, 108).

Anksiyete bozuklukları; panik bozukluğu, agorafobi, sosyal fobi, özgül fobi, obsesif kompulsif bozukluk, travma sonrası stres bozukluğu, akut stres bozukluğu ve yaygın anksiyete bozukluğu şeklinde sınıflandırılır (108).

2.12.2. Duygudurum/Duygulanım Bozuklukları

Duygudurum bozuklukları majör depresyondan maniye doğru uzanan bir aralıkta kendilerini gösterirler (108).

Duygulanım (affect) bireyin uyarılara, olaylara, anılara, düşüncelere, duygusal tepki ile katılabilme yetisidir. **Duygudurum (mood, mizaç)** ise bireyin bir sürü, değişik derecelerde rahat, neşeli, üzüntülü, tedirgin, öfkeli, taşkın ya da çökkün bir duygulanım içinde bulunuşudur. Neşe, üzüntü, öfke, kin, nefret, sıkıntı, korku doğal duygulanımlardır. Ancak bunlar uzun süre aşırılaştığında ya da yetersizleştğinde duygudurum bozukluğu düşünülebilir (95).

Duygudurum bozuklukları; majör depresif bozukluk, distimik bozukluk, bipolar I bozukluğu, bipolar II bozukluğu, siklotimik bozukluk, yas ve uyum bozukluğu şeklinde sınıflandırılır (108).

Bu sınıflandırma arasında sık görülen ve önemli bir ruh sağlığı sorunu olan depresyon, insanın işlevselliğini engelleyerek yaşam kalitesini düşürmektedir. Ortalama yaşam boyu depresyon geçirme olasılığı yaklaşık %20 dolaylarındadır. Tüm dünyada son 25 yılda depresyonun yaklaşık 10 kat arttığını gösteren araştırmalar vardır. Kadınlarda erkeklere oranla daha fazla görülmektedir. Biyolojik yapısı, ruhsal özellikleri, ailesinde duygudurum bozukluğu öyküsü, kişilik yapısı, sorunlarla başa çıkma biçimi, toplumsal ve kültürel konumu, çocuklukta ebeveyn kaybı, çocuklukta fiziksel veya cinsel şiddet, kadını depresyona yatkın kılmaktadır. Kadınlarda yaşam boyu depresyon görülme sıklığı erkeklerin yaklaşık 1,7-2,7 katıdır. 20-50 yaş grubunda en yüksek oranlardadır. Toplumda sık olarak görülen ve sonuçları ciddi olan bu durum önemli bir halk sağlığı sorunu olarak kabul edilmektedir (13, 15, 16, 98, 103, 109-117).

2.12.3. Somatoform Bozukluklar

DSM-IV göre somatoform bozukluk kavramı, tıbbi bir durumu telkin eden, ancak tıbbi incelemeler sonucunda yeterli bir açıklama bulunamayan ve yineleyici niteliği olan fiziksel belirtileri içermektedir. Somatik yakınmalar ve semptomlar, kişinin sosyal ve mesleki uyum yeteneğini bozacak veya önemli derecede duygusal sıkıntılara sokacak kadar ciddidir (99, 118). Somatoform bozuklukların yaşam boyu prevalansı %4-5 kadardır (13).

DSÖ tarafından yürütülen bir araştırmada, gelişmekte olan bazı ülkelerdeki temel sağlık hizmeti başvurularının çoğunluğunu uzun süreli somatik yakınmaların oluşturduğu belirlenmiştir. Bu nedenle somatik yakınmalar önemli bir halk sağlığı sorununu oluşturmaktadır (118).

DSM-IV göre somatoform bozukluklar; somatizasyon bozukluğu, konversiyon bozukluğu, hipokondriyazis bozukluğu, vücut dismorfik bozukluğu, ağrı bozukluğu, farklılaşmamış somatoform bozukluğu ve başka türlü adlandırılmayan somatoform bozukluk şeklinde sınıflandırılır (118).

2.12.4. Yeme Bozuklukları

Yeme bozuklukları, yeme davranışında ağır bozukluklar olmasıyla belirlidir. Başlıca iki yeme bozukluğu vardır. Bunlardan biri anoreksiya nervoza, diğeri bulimiya nervozadır. Yeme bozuklukları toplumda %3-10 arası sıklıkta görülüp kadınlarda daha yaygındır (13, 17, 106, 119).

2.12.5. Uyku Bozuklukları

Uyku, düzenli, tekrarlayan ve kolayca geri dönebilen bir durumdur. Uyku sorunları, bir semptom olarak hemen her hastalıkta karşılaşılabılır. Çocuklarda, erişkinlerde ve özellikle yaşlılarda uyku sorunlarının yaygınlığının %30'un üzerinde olduğu tahmin edilmektedir. Bu sorunlarla baş edebilmek için sistematik bir tanımlama ve sınıflandırma yapmak gerekir (99, 120).

2.12.6. Kişilik Bozuklukları

Kişilik bozuklukları; kişinin kendi kültürüne göre, beklenenden önemli ölçüde sapmalar gösteren, süreklilik arz eden bir iç yaşantılar ve davranışlar örüntüsüdür (121). Kişilik bozukluklarının oluşumunda kalıtım, nörobiyoloji, gelişimsel ve çevresel etkenler rol oynamaktadır. Ailenin tutumu ve toplumsal çevrenin önemli etkileri vardır (122, 123). Kişilik bozukluklarının genel görülme sıklığı %6-9 dolaylarındadır (119).

2.13. Kadınlara Özgü Bazı Dönemler ve Ruhsal Bozukluklar

Kadınlar yaşam süreci boyunca; intrauterin yaşamdan başlayarak, çocukluk, ergenlik, erişkinlik ve yaşlılık dönemlerinde, erkeklere göre daha fazla risk faktörlerine maruz kalmaktadırlar. Özellikle üreme hormonlarında değişimlerin olduğu dönemlerde bir takım psikiyatrik rahatsızlıklara daha yatkın hale gelmektedirler (25, 124).

2.13.1. Premenstruel Sendrom ve Premenstruel Disforik Bozukluk

Premenstruel Sendrom (PMS) terimi, menstrual siklusun luteal fazında görülen ve menstruasyonun başlamasıyla birlikte düzelen kognitif, duygusal ve bilişsel bozuklukları tanımlamak için kullanılmaktadır (125). PMS, özellikle genç kızları etkileyen ve yaygınlığı %5-76 arasında değişen bir halk sağlığı sorunudur (125). Premenstruel Disforik Bozukluk (PMDB), PMS'nin şiddetli bir formu olup %2 ile %10 arasında oranlar bildirilmektedir (126).

2.13.2. Gebelik ve Ruhsal Bozukluklar

Gebelik dönemi fizyolojik ve psikolojik değişikliklerin görüldüğü yeni rollere uyum gerektiren bir kriz dönemi olarak görülebilir. Bazı kadınlar için gebelik yaşamda çok önemli mutlu bir olay olmasına rağmen bazıları içinde üzüntü kaynağı olabilir.

Kadının gebeliğe karşı tepkisini etkileyen faktörler; kendi bireysel ve kişisel deneyimleri, kültür düzeyi ve yaşam felsefesi, ailedeki mutluluk derecesi, ailedeki bireylerin gebeliğe karşı tutumları, ailenin sosyoekonomik yapısı, ailedeki çocuk sayısı, gebeliğin istenen ya da istenmeyen bir durum olması şeklinde sıralanabilir (127-129).

Gebelerde yapılan bazı ulusal çalışmalarda depresyon belirtileri görülme oranı %33,8-%36 (130-132), uluslararası çalışmalarda ise %8-%19,6 arasında değişmektedir (133-136).

2.13.3. Postpartum Dönem ve Ruhsal Bozukluklar

Postpartum dönem, anneliğe geçişin yaşandığı, yeni rol ve sorumlulukların kazanıldığı zor ve ilerleyici bir süreçtir. Kazanılan bu roller annede belli seviyede stres ve kaygı yaratmaktadır (137). Kadının evlilik durumu, aile içi çatışmaların varlığı, kadının yaşı, kişilik yapısı, aile içi sorumluluklar, ekonomik sıkıntılar, sosyal destek eksikliği, geçirilmiş ruhsal sorunlar, prenatal dönemde yaşanan anksiyete/depresyon gibi psikolojik faktörlerde kadında doğum sonu dönemde duygulanım bozuklukları gelişmesine neden olabilmektedir (138).

Farklı toplumlarda PPD prevalansı %10-15 olmasına karşın, ülkemizde bu oranın %14-31 arasında değiştiği bildirilmektedir (139). Postpartum dönemde depresif belirti görülme oranı bazı ulusal çalışmalarda %15,0-%40,4 (127, 137, 138, 140-144), uluslararası çalışmalarda ise %4,9-%22 arasında değişmektedir (136, 145-147).

2.13.4. Menopoz Dönemi ve Ruhsal Bozukluklar

Menopoz, doğal bir süreç olarak görülmesine karşın, uyum sağlanmasını gerektiren gelişimsel bir kriz dönemidir. Bu dönemde ortaya çıkan hormonal değişimler, kültürel özellikler, yaş, kronik hastalıklar ve sosyal sorunlar gibi etkenler ruhsal belirti sıklığını arttırabilmektedir. Ayrıca, cerrahi yolla menopoza girenlerde semptomlar tetiklenir (13, 114, 148).

Şahingöz'ün jinekoloji polikliniğine başvuran menopoz tanısı alan 269 kadında yaptığı çalışmada kadınların %34,2'sinde herhangi bir duygudurum veya anksiyete bozukluğu tespit edilmiştir (148). Pacchierotti ve arkadaşlarının İtalya'da menopoz kliniğine başvuran kadınlarda yaptıkları araştırmada %18'inde panik bozukluk tespit edilmiştir (149).

2.13.5. İnfertilite ve Ruhsal Bozukluklar

İnfertilite, eşlerin her ikisi için de genellikle psikolojik olarak tehdit edici, ekonomik olarak pahalı ve genellikle tanı-tedavi amacıyla yapılan işlemler nedeniyle fiziksel olarak acı veren karmaşık, durumsal bir krizdir. İnfertilite; tıbbi, psikolojik, finansal ve sosyal sorunları beraberinde getiren, kültürel, bireysel, aile içi ve toplumsal sorunlara yol açan önemli bir halk sağlığı sorunudur (150-152). Yapılan çalışmalar da, infertil çiftlerde psikiyatrik belirti ve bulgulara, kadınlarda erkeklere oranla daha fazla rastlandığı bildirilmektedir (153).

Dünyada ve ülkemizde yapılan birçok çalışmada, infertil hastalarda en yüksek psikiyatrik hastalık prevalansı olarak anksiyete ve depresyon bildirilmiştir (154). Noorbala ve arkadaşlarının İran'da jinekoloji kliniğine başvuran infertil ve fertil kadınlarda yaptıkları araştırmada; infertil kadınların %44'ünde, fertil kadınların %28,7'sinde ruhsal bozukluk saptanmıştır (155). Upkong ve Orji'nin Nijerya'da infertilite ve aile planlaması polikliniğine başvuran kadınlarda yaptıkları çalışmada infertil kadınlarda psikiyatrik morbiditenin yaygınlığı %46,4, fertil kadınlarda ise psikiyatrik morbitide %12,5 olarak saptanmıştır (150).

2.14. Kadına Yönelik Şiddet ve Ruhsal Bozukluklar

DSÖ (1996) kadına yönelik şiddeti; cinsiyete dayanan, kadını inciten, ona zarar veren, fiziksel, cinsel, ruhsal hasarla sonuçlanma olasılığı bulunan, toplum içerisinde ya da özel yaşamında ona baskı uygulanması ve özgürlüklerinin keyfi olarak kısıtlanmasına neden olan her türlü davranış olarak tanımlamıştır (156, 157).

Kadına yönelik şiddetin türleri; fiziksel, psikolojik/duygusal/sözel, cinsel, ve ekonomik olarak dört başlık altında incelenmektedir.

Fiziksel Şiddet: Fiziksel şiddet şekilleri; sıkıca tutmak, itmek, ısırarak, tokat atmak, yumruklamak, tekmelemek, kolunu bükme, saçını çekmek, boğmaya çalışmak, bir şeyle vurmak, bıçak ya da silah kullanmak ve yüze kezzap dökmek olarak tanımlanmaktadır (158).

Psikolojik/Duygusal/Sözel Şiddet: Psikolojik şiddet genel anlamda kadını küçük düşüren ve özgürlüğünü kısıtlayan, tehdit niteliği taşıyan ve eziyet verici sözel saldırganlık içeren çeşitli davranışları içermektedir (157).

Cinsel Şiddet: Cinsel şiddet; fiziksel, psikolojik ve duygusal açıdan zarara yol açabilecek olan cinsel nitelikli davranış veya tehdit niteliğinde, taciz ve suistimal içeren davranışlardır (159).

Ekonomik Şiddet: Ekonomik kaynakların bir kontrol aracı olarak yaptırım ve tehdit amaçlı olarak kullanılmasıdır (160).

Şiddeti üreten dinamikler, kadını ayrımcılığa uğratan ve onu erkeğe bağımlı kılan mekanizmalardan kaynaklanmaktadır. Sosyoekonomik zorluklar, güç ilişkilerinin yürütüldüğü aile kurumu, kadının cinselliği üzerindeki korku ve kontrol, kültürel yaptırımlar, düşük gelir düzeyi, alkol-madde bağımlılığı, ruhsal hastalık varlığı ve çocukken şiddete maruz kalma şiddet riskini arttıran durumlardır. Eşler arası zayıf iletişim ise kadına yönelik şiddet etiolojisinde neredeyse her zaman vardır (160, 161).

Ülkemizde; Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) veri tabanından elde edilen Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet İstatistikleri (2008) verilerine göre; yaşamın herhangi bir döneminde eşi veya birlikte olduğu kişi/kişilerden fiziksel şiddet yaşamış kadınların oranı %39,3 cinsel şiddet yaşamış kadınların oranı %15,3 duygusal şiddet/istismar yaşayan kadınların oranı ise %43,9'dur (162).

Yapılan bazı ulusal çalışmalarda şiddete maruz kalan kadınların oranı %32,9-%64,0 (116, 159, 163-165), bazı uluslararası çalışmalarda ise yaşam boyu görülme oranı %15,0-%72,0 arasında değişmektedir (166, 167).

Yapılan bazı ulusal çalışmalarda şiddete maruz kalan kadınlarda ruhsal sorun görülme oranı %30,8-%65,4 arasında değiştiği belirtilmiştir (156, 159, 161, 164).

Şiddetin sıklığı ve ağırlığı ile ruh sağlığı sorunları arasında pozitif bir ilişki vardır. Tekrarlayan fiziksel ve duygusal saldırıların varlığı, kadının özgüvenini azaltır. Kendisini değersiz ve yetersiz hissetmesine yol açarak depresyona neden olur (157, 159, 160, 168, 169).

2.15. Kadınlarda Görülen Ruhsal Bozuklukların Epidemiyolojisi

Tüm dünyada, birinci basamak sağlık kurumlarına başvuranların yaklaşık dörtte birinde (%24) ruhsal bir bozukluk; onda birinde (%9) eşik altı bozukluk; üçte birinde (%31) ise ruhsal belirti bulunmaktadır. Bu durumda toplumun yaklaşık üçte birinde, yaşamları boyunca, klinik düzeyde sağaltım gerektirir şiddette ruhsal bir bozukluk gelişeceği tahmin edilmektedir (170).

Kadınlarda ruhsal bozuklukların yaygınlığı, özellikle de depresyon ve anksiyete bozukluklarının görülme sıklığı erkeklere oranla daha yüksektir (13, 17, 19, 20, 22-25) .

Yaş arttıkça ruhsal bozuklukların prevalansının da artış gösterdiği bildirilmektedir (98). Ayrıca, gerek ülkemizde gerekse dünyada yapılmış çalışmaların büyük bir kısmında eğitim düzeyinin düşük olması ruhsal bozukluklar için bir risk faktörü olarak ortaya çıkmıştır (22, 23).

Ruhsal bozuklukların genel olarak alt sosyoekonomik kesimlerde daha yaygın olduğu görülmekle birlikte (98) bunun tersi çalışmalarda mevcuttur (22).

Yapılan çoğu araştırmada dul olan bireylerde evli ve bekar olanlara göre psikoz, nevroz, psikosomatik hastalıklar ve depresif bozuklukların daha yaygın olduğu görülmektedir. Evlilerde ise bekarlara göre nevroz ve psikosomatik hastalık prevalansları daha yüksek bulunmuştur (98).

Kadınlarda ruhsal sorun görülme sıklığı yapılan ulusal çalışmalarda; %25,9-%58,3 (15, 17, 19, 20, 22, 164, 171, 172), uluslararası çalışmalarda ise %28,7-%55,6 arasında değişmektedir (155, 173-175).

2.16. Ruhsal Bozukluklarda Tanısal Değerlendirme

Psikiyatride kullanılan laboratuvar incelemeleri ve tanısal testler; klinik uygulamada rutin olarak yer alan tam kan sayımı gibi basit değerlendirmelerden, bilimsel araştırmalar temelinde kullanılabilen pozitron emisyon tomografilerine kadar geniş bir yelpazede seçilebilmektedir (176).

Ayrıca, değerlendirme psikopatolojinin şiddetini ortaya koyan ölçekler ile psikolojiyi bir bütün olarak ele alıp bir tanı sınıfına sokmaya çalışan yapılandırılmış görüşmelerden oluşmaktadır (177). Psikiyatrik değerlendirme araçları kişinin psişik, davranışsal özelliklerini ve bireysel veya toplumsal ilişkilerini sayısal olarak ifade eder ve karşılaştırır. Pek çok kullanım alanları olmakla birlikte, tarama, tanı koyma ve şiddet ya da değişim ölçme en yaygın amaçlarıdır (19). Ölçeklerin hangi nitelikleri karşıladığının iyice bilinmesi, istenilen amaca hizmet edecek en uygun ölçeğin kullanılmasına olanak sağlayacaktır (178).

2.17. Ruhsal Bozukluklarda Sağaltımın Genel İlkeleri

Ruhsal bozuklukların sağaltımı çok yönlü olmak zorundadır. Ruhsal bozukluklarda farmakolojik, somatik ve psikososyal sağaltım uygulanmaktadır. Sağaltıma başlamadan önce hastanın ruhsal, fiziksel yönlerden tam bir değerlendirilmesi yapılmalıdır. Hastaların yalnız hastalığını değil, sağlıklı yönlerini, uzun ve baş etme güçlerini de iyi tanımak gerekir. Ruhsal bozukluklara karşı ön yargılar azalmış olmakla birlikte hala devam etmektedir. Bu durum değerlendirilmeli, geç gelme ve sağaltımdan kaçma gibi eğilimler anlayışla karşılanmalı, suçlayıcı bir tavırda olunmamalıdır. Ruhsal bozukluğu olan bir kişinin ailesi de büyük bir sıkıntı içinde olacağı için bütün aile bireyleriyle ilgilenilmeli ve onlara destek olunmalıdır (123).

2.18. Ruhsal Bozukluklarda Korunma

Koruyucu ruh sağlığı hizmetleri, ruhsal hastalığın başlamasını önlemeyi ya da geciktirmeyi, hastalığın süresini kısaltmayı ve ruhsal hastalığa bağlı yeti yitimini azaltmayı amaçlar (13).

DSÖ mental ve davranışsal bozuklukların azaltılması için dünyaya on maddelik bir hareket planı tavsiye etmiştir:

1. Birinci basamakta tedavinin sağlanması
2. Psikotropik ilaçların erişilebilir hale getirilmesi
3. Tedavinin toplum içinde de uygulanması
4. Halkın eğitimi
5. Toplumların, ailelerin ve tüketicilerin bu konuyla ilgilenmelerini sağlamak
6. Ulusal politikaların, programların ve mevzuatın oluşturulması
7. İnsan kaynaklarının geliştirilmesi
8. Başka sektörlerle bağlantılar kurma
9. Toplumun mental sağlığını izlemek
10. Araştırmaların daha fazla desteklenmesi (97).

Halk sağlığı bakışına göre ruhsal bozuklukları önleme üçe ayrılır:

Birincil Önleme (Primer Önleme)

Ruh sağlığı sorunları ortaya çıkmadan gerekli önleyici tedbirleri alarak hastalığın ortaya çıkmasını önlemektir. Amaç, risk faktörlerini azaltmak, hastalık nedeni olan faktörleri yok etmek ve direnci artırmaktır. Sağlığı koruma ve geliştirmeyi amaçlayan bu aşamada bireysel çalışmaların yanı sıra disiplinlerarası işbirliği de gerekmektedir. Aile içi şiddet, düşük eğitim düzeyi, yoksulluk, ayrımcılık gibi stres yapıcı durumların azaltılması, stresle etkili bir şekilde baş etme becerilerini artırmada bireylere yardım etmek, topluma ruh sağlığı kavramının öğretilmesi ve toplumsal önyargıları gidermeye yönelik çalışmaların yapılması, birincil korumaya örnektir (13, 15, 18).

İkincil Önleme (Sekonder Önleme)

Hastalık oluşma sürecini semptomatik hale gelmeden durdurmayı dolayısıyla hastalığın ileri evrelerine müdahaleyi hedefler. Erken tanı ve tedaviyle ruhsal hastalıkların prevalans ve süresini azaltmayı hedefler.

İkincil önleme için toplumda tarayıcı programlar yapılarak riskli bireyler ya da ortamlar belirlenebilir. Ruhsal hastalıkların erken tanısı için bazı tarama testleri geliştirilmiştir. Genel Sağlık Anketi (GSA) (General Health Questionnaire 12-GHQ), Belirti Tarama Listesi (Symptom Checklist-90-Revised/SCL-90-R) mükemmel birer örnek teşkil eder. Tanısı konan hastalara ve hasta yakınlarına bilgilendirici yaklaşımlar, intihar gibi ciddi sonuçlara yol açabilecek yaşamsal ve durumsal krizler yaşayan bireylere yardım edebilecek telefon hatları kurmak, yüksek riskli bireylerin sürekli takibi ikincil korumaya örnektir (13, 18, 21).

Üçüncül Önleme (Tersiyer Önleme)

Kronikleşmenin, komplikasyonların ya da ruhsal hastalığa bağlı yeti yitiminin önlenmesidir. Mevcut hastalık, bozukluk ve sorunların fiziksel ve sosyal sonuçlarını ya da yeti kaybını azaltmayı hedefler (13, 18).

2.18.1. Uluslararası ve Ulusal Düzeyde Ruh Sağlığı Eylem Planıyla İlgili Gelişmeler

2005 yılında Helsinki’de DSÖ Avrupa Bölgesi ülkeleri sağlık bakanlıkları temsilcilerinin katılımı ile gerçekleştirilen toplantı sonucunda Avrupa ülkeleri için bir ruh sağlığı eylem planı açıklanmıştır.

Bu eylem planının ana başlıkları aşağıda özetlenmiştir:

1. Bütün bireyler için ruh sağlığını geliştirmek,
2. Halk sağlığı politikalarının ruh sağlığı hizmetlerine potansiyel etkisini dikkate almak,
3. Damgalama ve ayrımcılıkla mücadele etmek,
4. Riskli yaşam evrelerine özgü aktiviteler geliştirmek,
5. İntiharı ve ruh sağlığı sorunlarını önlemek,
6. Ruh sağlığı sorunları için iyi bir birinci basamak bakımına erişimi sağlamak,
7. Ağır ruhsal hastalığı olan kişiler için toplum temelli hizmetlerle etkin bakım sunmak,

8. Sektörler arasında işbirliği kurmak,
9. Yeterli ve yetkin işgücü oluşturmak,
10. Ruh sağlığının durumu ve ihtiyaçları ile ilgili yeterli bilgi temin etmek,
11. Yeterli ve kayda değer miktarda maddi kaynak sağlamak,
12. Etkinliği değerlendirmek ve yeni bulgular elde etmek için çalışmaları desteklemek (179).

DSÖ üye ülkelerden, “herkes için sağlık” konusunda kendi stratejilerini belirlemelerini istediğinden 1998 yılında Sağlık Bakanlığı ülkemiz için 2020 yılına kadar olan sağlık stratejilerini açıklamıştır. Belirlenen 10 hedeften 8. hedef “ruh sağlığının geliştirilmesi” ve alt başlığı da “2020 yılına kadar, halkın psikososyal iyilik durumunu geliştirmek ve ruh sağlığı sorunu olan kişilerin özel bakım almalarını sağlamak” şeklindedir.

2006 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından, DSÖ’nün ruh sağlığı politikaları ile ilgili önerdiği yedi modül ve bu alanla ilgili istenilen modern vurguları esas alan “**Ulusal Ruh Sağlığı Politikası**” metni yayınlanmıştır.

Politika metnindeki temel öneriler; ruh sağlığı sisteminin toplum temelli olması, genel sağlık sistemine ve birinci basamağa entegre edilmesi, toplum temelli rehabilitasyon çalışmalarının yapılması, ruh sağlığı alanına ayrılan paranın arttırılması, ruh sağlığı hizmetlerinin kalitesinin arttırılması, ruh sağlığı alanı ile ilgili yasaların çıkarılması, damgalamaya karşı hasta haklarının savunulması, ruh sağlığı alanında eğitim, araştırma ve insan gücünün arttırılmasıdır (101, 179).

Ülkemizde 2010 yılı sonu itibariyle tüm illerde aile hekimi uygulamasına geçilmiştir. Ruh sağlığı hizmetlerinin sunumunun da bu yeni modele adapte edilmesi gerekmektedir. Ruh sağlığı hizmetlerinin birinci basamak hizmetlerine entegrasyonu için öncelikle buralarda çalışanlara ruhsal hastalıkların tanı, tedavi ve takipleri hakkında sürekli hizmet içi eğitim planlanmalıdır.

Evde sağlık hizmetleri ve toplum ruh sağlığı hizmetleri, bağımlılık tedavisi hizmet modeli gibi toplum temelli uygulamalar ile damgalama ve ayrımcılıkla m¼cadele, ¼ocuđun psikososyal gelişimini destekleme programı, kadına yönelik aile içi şiddet ve sağlık sonuçlarını erken tanılama, intiharı erken tanıma gibi riskli gruplara yönelik y¼r¼t¼lmekte olan koruyucu ruh sağlığı programlarının aile hekimliği sistemine entegrasyonunun sağlanması gerekmektedir (179).

2.19. Evlilik Kavramı

Evlilik, birbirinden farklı ilgi, istek ve ihtiya¼lara sahip iki insanın, birlikte yaşamak, yaşantıları paylaşmak, ¼ocuk yapmak ve yetiştirmek gibi ama¼larla kurdukları bir ilişkiler sistemi, dayanışma, toplumsal onaylamayla ger¼ekleřmiř bir s¼zleřme ve toplumsal yasaklamalar dışında tutulan cinsel gereksinimlerin karşılıklı olarak doyuma ulaştırıldığı bir kaynaşmadır (180).

Evliliğin kişisel ve toplumsal d¼zeyde; cinsel yaşamı sağlıklı ve meşru y¼nden d¼zenleme, soy ¼izgisini, cinsiyet rollerini ve iş b¼l¼m¼n¼ belirleme, ekonomik ¼retim ve t¼ketim etkinliklerini d¼zenleme, duygusal destek sağlama, yasal haklar elde etme ve toplumsal stat¼ sağlama gibi işlevleri vardır (181). Dolayısıyla evlilik ¼¼ temel motivasyona dayanır. Bunlar; biyolojik motivasyon (kendi cinsinden nesiller ¼retme arzusu, karşı cinsle ilişki arzusu, kendi koruma arzusu gibi), psikolojik motivasyon (beğenilme, sevmeye, sevilme ve g¼ven arzusu gibi) ve sosyal motivasyondur (toplumsal stat¼, saygınlık ve g¼ven hazzı gibi) (181, 182).

Evlilik sorunlarının, boşanma oranlarının ve bunlara bağlı olarak psikolojik yardım alma talebinde bulunanların t¼m d¼nyada olduğu gibi ¼lkemizde de giderek yaygınlaşması, evlilik ilişkisinin farklı boyutlarıyla incelenmesini ihtiya¼ haline getirmektedir (183).

2.20. Evlilik Uyumunun Tanımı ve ¼nemi

Sosyal yaşamın bir par¼ası olan evlilik bireylerin uyum yapmasını gerekli kılan bir beraberlik olup yaşamlarında ¼nemli bir etkiye sahiptir (184, 185).

Bir evliliği uyumlu olarak tanımlayabilmek; ilişkiden mutlu olma, cinsel doyum, olumlu iletişim ve eğer tekrar evlenilecek olsa aynı kişi ile evlenme arzusu gibi eşlerin birbirine dair olumlu düşünce ve yaklaşımlarına bağlıdır (186). Evlilik uyumu, evlilik doyumunu ve mutluluğu, evlilik bütünlüğü kavramları evlilik ilişkisinin kalitesini tanımlamak için kullanılan kavramlardır. Evlilik kalitesi kavramı diğerlerini de kapsayan genel bir kavramdır (182, 183, 187-189). Evliliğin niteliğini araştırmada uyumun daha önemli olduğu düşünülmektedir (188).

Evlilikteki uyum kişinin hayattan aldığı doyumunu etkileyen önemli faktörlerden biridir. Evlilik her zaman kişinin hayatına doyum vermemekte, bazı durumlarda kişinin hayatının ana problemini de oluşturabilmektedir (186).

İki ayrı kişiliğin birbiri ile bütünleşmesi çağdaş anlamda sağlam ve mutlu bir evliliğin gerçekleşmesini sağlamaktadır. Bu duruma eşlerin “bütüncül uyumu” denilmekte ve bütüncül uyum, eşlerin farklı boyutlarda karşılıklı iletişim ve etkileşimde uyum gösterebilmeleriyle açıklanmaktadır. Bu uyum boyutları; kişiler arası ilişki kurmada uyum, cinsel yaşamda uyum, ruhsal yaşantıda uyum, sosyal yaşantıda uyum, eşlerin karşılıklı davranışlarında uyum ve birbirlerini tamamlamada uyum şeklinde sıralanabilir (190).

Eşlerin uyumlu olabilmesi için; eşler arasında etkili bir iletişimin kurulması, eşlerin ortak değer ve amaçlara sahip olmaları, evliliği ve aileyi ilgilendiren konularda ortak karar alabilmeleri ayrıca akrabalarıyla olan ilişkilerinde, boş zaman etkinliklerinde ve gelir idaresi konularında anlaşma içinde olmaları gerekmektedir (183, 189, 191). Eşler; birbirlerinin duygularını anlamaya çalıştıklarında, yaşadıkları sorunları sağlıklı iletişim yollarıyla konuşabildiklerinde, sevgi ve şefkati esirgemediklerinde, karar ve sorumlulukları paylaştıklarında, cinsel yaşamlarını canlı tuttuklarında ve sosyal ilişkileri ihmal etmediklerinde uyumlu bir evliliğe sahip olurlar (189).

Uyumlu bir evlilik, çiftlerin hayatlarına anlam ve mutluluk katmasının yanında yapılan birçok araştırmaya göre çiftlerin yaşam doyumunu, fiziksel sağlığını ve psikolojik iyilik halini olumlu yönde etkilemektedir (192, 193). Evlilikte uyumun bozulması ya da çatışmaların yaşanması, bireylerin, ailenin ve dolayısıyla toplumun sağlıksız hale gelmesi anlamını taşımaktadır (194).

Geçmiş dönemlerde ülkemizde tabu olarak kabul edilen, tartışmaya açılmayan hatta bir sorun olarak bile görülmeyen evlilik sorunları, son yıllarda artık daha rahat gündeme getirebilmektedir. Bunun bir sonucu olarak evlilik içi çatışma ve sorunlar çözüm beklenen konular arasına girmekte ve halk sağlığı bakışı açısından önem taşımaktadır (195, 196).

2.21. Evlilik Uyumunu Etkileyen Faktörler

Evlilik uyumu ile ilişkili faktörler, evlilikte üçgen modeline göre üç temel başlık altında incelenebilir:

1. Bireysel Özellikler:

a. Olumlu Özellikler (dışadönüklük, esneklik, özgüven, iddialılık, teslimiyet ve aşk)

b. Olumsuz Özellikler (stresle başa çıkma güçlüğü, işlevsel olmayan düşünceler, aşırı tepkisellik, aşırı kırgınlık ve saldırganlık, tedavi edilmemiş depresyon ve aşırı utangaçlık)

2. Çift Özellikleri:

a. Olumlu Özellikler (iletişim becerileri, çatışma çözme becerileri, kaynaşma, yakınlık, uzlaşma, güç paylaşımı veya kontrolü)

b. Olumsuz Özellikleri (negatif ilişki tarzları)

3. Çevresel Etmenler (aileden bağımsızlaşabilme, anne babanın evliliği, anne babanın ve arkadaşlarının desteği, iş stresi, ebeveyn olmanın stresi ve diğer stresörler) (181, 197, 198).

Ayrıca; sosyal bir yapı olan evlilik ilişkisinin sürdürülmesinde, uyumun ve doyumun artmasında; çocuk olup olmaması, çocuk sayısı ve yaşları, cinsel doyumsuzluk, meslek ve gelir durumları, kadının çalışması, ev işi paylaşımı, eğitim düzeyi gibi birçok sosyal faktör önemli rol oynamaktadır.

Bunların yanında evlenme yaşı, evliliğin süresi, evlenme biçimleri, eşlerin birbirlerine karşı davranışları, eşlerin aileleriyle iletişimleri, alkol ve madde bağımlılığı, şiddet, çatışma sıklığı ve çatışmayı yönetme biçimleri, stresle baş etme yöntemleri ve sosyal destek kaynakları ilişkideki uyumun gelişmesini etkilemektedir (181, 189, 194, 198-202).

2.22. Evlilik Uyumunun Ruhsal ve Cinsel Durum ile İlişkisi

Her ne kadar evli olmanın fizyolojik ve psikolojik sağlıklı olma durumuyla pozitif ilişkili olduğunu öne süren çalışmalar olsa da son yıllarda hem doğu, hem de batı kültürlerinde yapılan araştırmalar, evli olup olmamanın değil, evlilik ilişkisinin kalitesiyle ve uyumuyla sağlık durumu arasında bu tür bir ilişki olduğunu ortaya koymaktadır (201).

Evlilikte yaşanan sorunlar, kişinin ruhsal sağlığı için belirleyici olabilmektedir. Evliliğin ruh sağlığı ile ilişkisi üzerine yapılan çalışmalarda; evliliğin erkekleri ruhsal hastalıklardan uzaklaştırdığı kadınları ise ruhsal hastalıklara yakınlaştırdığı görülmüştür (186, 201, 203).

Yapılan araştırmalar, psikopatoloji ile evlilik uyumunun birbiri ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Örneğin; evlilikte uyumsuzluk ile depresyon arasında güçlü bir ilişkinin varlığını ortaya koyan çalışmalar mevcuttur. Depresyon tanısı almış bireyler ile almamış bireylerin eşleri ile iletişimleri karşılaştırıldığında depresyon tanısı almayan bireylerde evliliğe dair uyum düşüncelerinin alan bireylere göre daha fazla olduğu görülmektedir (186, 187, 204-206). Ancak, bu araştırmalara iki şekilde bakmak gerekir. Bunlardan birincisi, evli bireyin psikopatolojik durumu ile evlilik uyumunu ele alan çalışmalardır. Örneğin, partnerine depresyon teşhisi konmuş birinin evlilik uyumunu ele alan çalışmalar birinci gruba girer. İkincisi ise, evliliğin getirdiği ilişki problemlerinin bireylerde büyük strese yol açması ve buna bağlı olarak psikiyatrik hastalık gelişme ihtimalinin artırması hakkında yapılan çalışmalardır (193).

Evlilik kalitesine etkisi olan bir özellik de eşlerin cinsel paylaşımlarındaki doyumdur (195, 203). Yapılan araştırmalar, cinsellik ve çift uyumunun yakından ilişkili olduğunu ve birbirlerini karşılıklı olarak etkileyebileceğini desteklemektedir. Evlilik doyumunun düşüklüğünün, evli kadınlarda yaşam kalitesini düşürdüğünü, evli erkeklerde ve kadınlarda CFB'ye yol açtığı belirtilmiştir (181, 195).

2.23. Evlilik Uyumunu Sağlamada Çatışma Çözme Becerisi

İlişkilerdeki uyum eşler arasındaki çatışmanın düzeyine ve çatışma çözüm stiline bağlıdır. Evlilikte çatışma çözme stilleri, çiftlerin ilişkilerinde karşılaştıkları sorunları ele alma şekilleri olarak tanımlanmaktadır. Bazı teorisyenler, evlilik uyumu için evlilik çatışmasını bir kriter olarak değerlendirmiş ve evlilikte çatışmanın olmamasını ya da çiftin çatışma ile baş edebilme becerilerinin olmasını evliliğin devamında önemli bir faktör olduğunu belirtmişlerdir (183, 188). Çatışmanın yapıcı çözümü için temel koşul kişilerin empati becerisine sahip olmalarıdır. Evlilikte eşler arasında uyumun artırılmasında empatik eğilimin geliştirilmesinin büyük faydası vardır. Bireyin kendisinden farklı olarak, diğer kişinin ilgilerinin, önceliklerinin, değerlerinin ve gereksinimlerinin farkına varması, kişinin sorunu diğerinin konumundan anlayabilmesine olanak sağlayacak ve uyumu arttıracaktır (181, 206).

Eşlerin birbirlerine ruhsal, toplumsal ve cinsel olmak üzere tüm beklentilerini ve mesajlarını, duygu ve düşüncelerini karşılıklı açık ve doğru olarak iletebilmeleri gerekmektedir. Sağlıklı kurulan iletişim evlilik ilişkisinin kalitesini artırır (181, 183). Sosyal yaşamın bir parçası olan evlilik, bireylerin uyum sağlamasını gerekli kılan bir beraberliktir. Eşler arasındaki uyumsuzluklar sadece o evliliğin dağılmasına zemin hazırlamakla kalmamakta, aynı zamanda sosyal bir sorun olarak tüm toplumu ilgilendirmektedir (181, 189, 192). Bu sebeple evliliğin sağlamlığı ve devamlılığı için evlilik uyumunun ve ilişkili faktörlerin araştırılması önemli hale gelmektedir (183).

Ruhsal, duygusal, cinsel ve sosyal ilişkileri içeren evlilikte uyumun sağlanmış olması, eşlerin fiziksel ve ruhsal sağlıklarının temelini oluşturan önemli bir etmendir (192).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, kesitsel tipte bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Evreni

Araştırma evrenini, 2015 yılı ocak ayı adrese dayalı nüfus kayıt sistemi sonuçlarına göre Isparta il merkezinde yaşayan 15-49 yaş grubu 39645 evli kadın oluşturmuş olup bu sayıya TÜİK verilerinden ulaşılmıştır (162).

3.3. Araştırmanın Örneklem Büyüklüğü ve Örnek Seçim Yöntemi

Örnek büyüklüğünü belirlemek için, EpiInfo 7-Statcalc programı ile iki bağımlı değişkenimiz için ayrı ayrı hesaplama yapılmıştır.

Örnek büyüklükleri sırasıyla:

Ulusal çalışmalarda kadınlarda CFB prevalansı %23,3-%69,1 (1, 4, 5, 28, 74-81), arasında değiştiği için prevalans %45 ve sapma %5 alınarak %95 güven düzeyinde 377 kişi olarak saptanmıştır.

Ulusal çalışmalarda kadınlarda ruhsal sorun prevalansı; %25,9-%58,3 (15, 17, 19, 20, 22, 164, 171, 172), arasında değiştiği için prevalans %46 ve sapma %5 alınarak %95 güven düzeyinde 379 kişi olarak belirlenmiştir.

En büyük örnek sayısı olan 379 sayısı örnek büyüklüğü olarak kabul edilmiştir. Örnek seçim yöntemi küme örnekleme olduğu için desen etkisi göz önüne alınarak örnek büyüklüğü 2 ile çarpılmıştır. Sonuç olarak ulaşılması gereken örnek büyüklüğümüz 758 olarak hesaplanmıştır.

Isparta il merkezindeki tüm mahalleler sosyoekonomik durumlarına göre üçe ayrılmıştır. Her sosyoekonomik düzeyden bir mahalle basit rastgele örnekleme yöntemiyle seçilmiştir. Seçilen bu mahallelerin tüm sokak ve caddeleri gezilmiştir (Ek 10).

Evde olmayanlara iki kez daha gidilmiş, çalışan kadınlar için akşamları da ev gezmelerine devam edilerek araştırmanın sonunda; çalışmaya dahil edilme ve dışlama kriterlerine uyan Modernevler mahallesinden 418, Bahçelievler mahallesinden 414 ve Zafer mahallesinden 405 olmak üzere toplamda 1237 kadına ulaşılmıştır.

21 kişinin anket (Ek 2) ve/veya ölçekleri (Ek 3, Ek 4, Ek 5) eksik doldurduğu görülüp değerlendirme dışı bırakıldıktan sonra Modernevler mahallesinde 409, Bahçelievler mahallesinde 406 ve Zafer mahallesinde 401 kişi olmak üzere toplamda 1216 kadın araştırma kapsamına dahil edilmiştir.

3.4. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Isparta il merkezinde yapılmıştır. Veri toplama aşaması 01.02.2015-01.06.2015 tarihleri arasında olmuştur.

3.5. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler

Bağımlı Değişkenler

1. CFB varlığı
2. Ruhsal sorun varlığı

Bağımsız Değişkenler

1. Evlilik uyumu
2. Sosyo-demografik durum ile ilgili değişkenler
3. Jinekolojik durum ile ilgili değişkenler
4. Sağlık durumu ile ilgili değişkenler
5. Evlilik durumu ile ilgili değişkenler
6. Eşi ile ilgili değişkenler
7. Cinsellikle ilgili değişkenler
8. Geçmiş yaşantı durumu ile ilgili değişkenler
9. Ruhsal durum ile ilgili değişkenler

3.5.1. Bağımlı Değişkenler ile İlgili Tanımlamalar

3.5.1.1. Cinsel Fonksiyon Bozukluğu Varlığı

Kadınların cinsel fonksiyonlarını sorgulayan 9 soruluk olan IFSF kullanılmıştır.

3.5.1.1.1. Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi (Index of Female Sexual Function-IFSF)

IFSF(Ek 3) ülkemizde de birçok araştırmada cinsel işlevlerin belirlenmesinde kullanılmış, uygulanması kolay ve güvenilir bir ölçektir. Ölçek 9 sorudan oluşmakta, her bir soru kadının son bir aydaki cinsel fonksiyon durumunu sorgulamaktadır (1, 37, 207).

Bu ölçek ile cinsel ilişkinin; istek, uyarılma, orgazm ve ağrı alanları araştırılmaktadır. Her bir sorunun 1-5/6 maddesi olup, 1'den 5/6'ya kadar puanlandırılmaktadır (207). Cinsel ilişkide bulunulmama ise 0 puan almaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 6, en yüksek puan ise 45'dir.

1999 yılında Kaplan, Reis ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş, Türkiye'de 2002 yılında Yılmaz ve Eryılmaz tarafından geçerlilik-güvenilirliği saptanmıştır. IFSF'nin cronbach alpha güvenilirlik katsayısı analiz sonucunda cronbach alpha= 0.82 olup güvenilirliğinin yüksek olduğu saptanmıştır. IFSF'nin yapı geçerliliğinde, faktör analizi istatistik tekniklerinden en yaygın olan Varimax Rotation Faktör Analizi kullanılmıştır. Yapılan faktör analizinde, IFSF'nin üç alt boyutta toplandığı görülmüştür (207).

Faktör analizi sonucu oluşan 3 alt boyutta;

Faktör 1'deki maddeler, cinsel doyumla ilgili 6., 7., 8. sorulardır ve cinsel doyum alt boyutunu oluşturur.

Faktör 2'deki maddeler, 3., 4., 5., 9. sorulardır ve cinsel ilişki sıklığı/libido alt boyutunu oluşturur.

Faktör 3'deki maddeler, 1., 2. sorulardır ve cinsel ilişkideki rahatsızlık alt boyutunu oluşturur (207).

Kaplan, Reis ve arkadaşlarının çalışmasında yapılan soru analizinde;

Soru 1-2 cinsel ilişkinin kalitesi/soru 2 lubrikasyon,

Soru 4-5 cinsel istek,

Soru 6-7 cinsel ilişki tatmini,

Soru 8 orgazmik fonksiyon,

Soru 9 klitoral duyarlılık düzeyini göstermektedir.

Total skor arttıkça cinsel fonksiyonda artma, azaldıkça cinsel fonksiyonda azalma olarak değerlendirilir. Genel olarak total skorunun 30 ve altı olması CFB kabul edilmektedir (1, 31, 37, 67, 208-214).

3.5.1.2. Ruhsal Sorun Varlığı

Kadınlarda ruhsal sorun varlığını saptamaya yönelik önemli ölçeklerden biri olan GSA 12 kullanılmıştır.

3.5.1.2.1. Genel Sağlık Anketi

Goldberg ve Williams tarafından geliştirilen Kılıç tarafından Türkçe'ye uyarlanan GSA (Ek 4) toplum taramalarında ve farklı klinik ortamlarda başarıyla kullanılan, kısa, uygulanması kolay ve pratik bir ölçektir. GSA'nın 12 ve 28 sorulu formları vardır. Dörtlü likert tipi ölçüm sağlamaktadır. Her maddenin puanları 0-3 arasındadır ve ölçek toplam puanı maddelerin toplanması ile elde edilir. GSA 12'nin toplam puanı 0-36, GSA 28'in toplam puanı ise 0-84 arasında değişmektedir. Ayrıca, GSA tipi puanlama da vardır. Burada her bir maddenin ilk 2 yanıtı 0 ve son 2 yanıtı ise 1 puan alır ve toplam puan bunların toplanması ile elde edilir. Güvenilirlik çalışmasında, Cronbach alfa katsayısı GSA 12 için 0,78, GSA 28 için ise 0,84 olarak bulunmuştur. Test-tekrar test güvenilirliğinde GSA 12 için $r=0,84$, GSA 28 için $r=0,70$ elde edilmiştir. Yarım test güvenilirliğinde korelasyon katsayısı ise GSA 12'de $r=0,81$, GSA 28'de $r=0,67$ 'dir. Geçerlilik çalışmasında, ROC analizi uygulanarak ölçüt geçerliliği elde edilmiştir. Bu amaçla GSA tipi puanlama ile GSA 12 için kesme puanı 1/2 ve GSA 28 için ise 4/5 olarak hesaplanmıştır (215).

Bu araştırmada GSA 12 kullanılmış olup GSA tipi puanlama uygulanmıştır. Her maddenin ilk iki yanıtı 0, son iki yanıtı ise 1 puan almıştır. Toplam puan her madde puanının toplanmasıyla elde edilir. 2 ve üzeri puan alma ruhsal sorun varlığı olarak kabul edilmiştir.

3.5.2. Bağımsız Değişkenler ile İlgili Tanımlamalar

3.5.2.1. Evlilik Uyumu

Kadınların evliliklerinde ki uyumu ölçmek amacıyla Evlilik Uyum Ölçeği (EUÖ) (Marital Adjustment Test) kullanılmıştır.

3.5.2.1.1. Evlilik Uyumu Ölçeği

Locke ve Wallace (1959) tarafından geliştirilen EUÖ (Ek 5) evliliğin niteliğini ölçmek amacıyla en temel ve ayırt edici sorulardan oluşmuş, geçerli ve güvenilir olarak kabul edilmiş 15 maddelik bir ölçektir. Ölçeğin Türkçe'ye uyarlanıp geçerlik ve güvenirlik çalışması Tutarel-Kışlak tarafından yapılmıştır.

Orijinal haliyle EUÖ karmaşık bir puanlama sistemine sahiptir. Hunt söz konusu puanlamayı basitleştirerek 158 olan toplam puanı 60'a indirmiştir. Bu durumda en düşük uyum puanı 1, en yüksek uyum puanı 60 olarak belirlenmiştir.

Freeston ve Plechaty ampirik veriler elde etmek amacıyla EUÖ'yü hem orijinal puanlaması ile hem de Hunt'un puanlaması ile tekrar değerlendirmeye almışlardır. Yapılan değerlendirmeler sonucunda ölçeğin geçerlik ve güvenirliğini tekrar ortaya koymuşlardır.

Ancak ölçeğin 10. ve 12. maddelerini eleştirmişler ve bu maddeler için yeni puanlar önermişlerdir. 10. maddenin puanlamasında erkek ve kadının susması durumunu 0, karşılıklı anlaşma durumunu ise 1 ile göstermişlerdir (eski hali 0,1,2 iken yeni hali 0, 0, 1). 12. madde de ise anlaşma durumunu 1, anlaşmama durumunu ise 0 olarak değiştirmişlerdir (eski hali 0, 1, 2 iken yeni hali 0, 1, 1).

Bu durumda toplam puan 60'tan 58'e inmiştir. Yeni puanlamaya göre madde test korelasyonu tekrar hesaplanmış daha önceden anlamlı olmayan 10. ve 12. maddelerin korelasyon değerleri anlamlı bulunmuştur (10. madde: $r=0,12$ ve 12. madde: $r=0,21$, $p<0,05$).

Ölçeğin iç tutarlılık katsayı değeri ile ölçüt geçerlilik değerleri değişmemiştir. Ölçekteki puanlar uyumsuzluktan uyumluluğa doğru artmaktadır. Bu durumda ölçekten alınabilecek en yüksek puan 58 olur. Yeni puanlamaya göre uyumlu ve uyumsuz evliliği olan bireylerin ayırt edilmesini sağlayan kesme noktası 43,5 olarak belirlenmiştir.

Ölçeğin güvenirliğini test etmek amacıyla yapılan işlemlerde iç tutarlılık güvenirlik değeri 0,90, iki yarım test güvenirliği 0,84, test-tekrar test güvenirliği 0,57 olarak bulunmuştur. Ölçeğin ölçüt geçerliğini belirlemek amacıyla İlişkilerde Yükleme Ölçeği'nden yararlanılmış ve kolerasyon kat sayısı -0,54 olarak bulunmuştur.

Puanlama Sistemi

<u>Madde</u>	<u>Puanlama</u>
---------------------	------------------------

1	0, 1, 2, 3, 4, 5, 6
---	---------------------

2-9 arası	5, 4, 3, 2, 1, 0
-----------	------------------

10	0, 0, 1
----	---------

11	3, 2, 1
----	---------

12	Anlaşmazlık: 0
----	----------------

	Dışarıda bir şeyler yapmak:1
--	------------------------------

	Evde oturmak:1
--	----------------

13	0, 1, 2, 3
----	------------

14	2, 1, 0
----	---------

15	0, 1, 2, 2
----	------------

Ölçeğin yapı geçerliği çalışması sonucunda iki faktör elde edilmiştir. Birinci faktör anlaşma ve anlaşmama durumlarını, ikinci faktör ise ilişki tarzını göstermektedir.

Birinci faktör genel uyum ve duygu, cinsellik ve toplumsal kurallar gibi durumlardaki anlaşmaya işaret eden ilk dokuz maddeden oluşmaktadır. İkinci faktör boş zaman etkinlikleri, çatışma çözme ve güven gibi ilişki tarzıyla ilgili son altı maddeyi kapsamaktadır (216).

Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan 58'dir. Bu araştırmada toplam puanın 43,5'in altında olması uyumsuz evlilik olarak kabul edilmiştir.

3.5.2.2. Sosyodemografik Durum ile İlgili Değişkenler

***Yaş:** Açık uçlu olarak sorulmuştur. Analizlerde 15-29, 30-39 ve 40-49 yaş grubu şeklinde gruplandırılmıştır.

***Eğitim durumu:** Bitirilen okul sorulmuştur. Okuma yazma yok, sadece okuryazar, ilkokul, ortaokul, lise, önlisans, lisans ve lisansüstü olarak sorulmuştur. Analizlerde ortaokul ve altı, lise, üniversite ve üstü olmak üzere gruplandırılmıştır.

***Aile tipi:** Çekirdek aile ve geniş aile olarak sorulmuş ve gruplandırılmıştır. Çekirdek ailenin kendisi eşi ve çocuklarından oluştuğu, geniş ailenin ise kendisi, eşi, çocukları ve diğer aile fertlerinden biri/birilerinden oluştuğu belirtilmiştir.

***Herhangi bir işte çalışma durumu:** Ev hanımı, evde gelir getiren bir iş yapma, düzensiz işler yapma, memur, esnaf, işçi, emekli, çalışmıyor iş arıyor ve diğer olmak üzere sorulmuştur. Analizlerde çalışanlar (evde gelir getiren bir iş yapma, düzensiz işler yapma, memur, esnaf, işçi, serbest meslek) ve çalışmayanlar (ev hanımı, emekli, çalışmıyor iş arıyor) şeklinde gruplandırılmıştır.

***Ekonomik durumu:** Kişinin ekonomik durumunu nasıl değerlendirdiği iyi, orta ve kötü olarak sorulmuş ve gruplandırılmıştır.

***Sağlık güvencesi olma durumu:** Herhangi bir sağlık güvencesi olup olmadığı sorulmuştur. Evet veya hayır olarak cevaplandırılması istenmiştir. Analizlerde var/yok olmak üzere gruplandırılmıştır.

3.5.2.3. Jinekolojik Durum ile İlgili Değişkenler

***Toplam gebelik sayısı:** Açık uçlu olarak sorulmuştur.

***Canlı doğum sayısı:** Açık uçlu olarak sorulmuştur.

***Kendiliğinden düşük sayısı:** Açık uçlu olarak sorulmuştur.

***İsteyerek düşük sayısı:** Açık uçlu olarak sorulmuştur.

***Ölü doğum sayısı:** Açık uçlu olarak sorulmuştur.

***Yaşayan çocuk sayısı:** Açık uçlu olarak sorulmuştur.

***Çocuk sahibi olmakla ilgili sorun yaşama durumu:** Evet ya da hayır olarak cevaplanması istenmiştir. Analizlerde yaşayanlar/yaşamayanlar şeklinde gruplandırılmıştır. Evet diyenlerin kaç yıldır çocuk sahibi olamadıkları açık uçlu olarak sorulmuştur. Bu konu ile ilgili doktora başvurma durumlarının ise evet ya da hayır olarak cevaplanması istenmiştir. Evet cevabını verenlerin çocuk sahibi olamamalarının kimden kaynaklandığı ise kendi, eşi, her ikisi ve nedeni bilinmiyor olarak sınıflandırılmıştır.

***Adet görme durumu:** Evet veya hayır olarak cevaplanması istenmiştir. Hayır diyenlerin ne kadar süredir adet görmedikleri açık uçlu olarak sorulmuştur.

***Aile planlaması yöntemi kullanma durumu:** Evet veya hayır olarak cevaplanması istenmiştir. Analizlerde kullanıyor/kullanmıyor şeklinde gruplandırılmıştır. Evet diyenlerin hangi yöntemi kullandıkları ise modern [oral kontraseptif (doğum kontrol hapi), RİA (spiral, tel), hormonal enjeksiyon (hormon iğnesi), prezervatif (kılıf), kadın kondomu, diyafram, tüp ligasyonu] ve geleneksel [geri çekme yöntemi, takvim yöntemi, vajinal duş, ısı takibi] olmak üzere sınıflandırılmıştır. Diğer işaretleyenlerin sınıflandırmaya dağılımı yapılmıştır.

3.5.2.4. Sağlık Durumu ile İlgili Değişkenler

***Kendisinde, eşinde ve varsa çocuk/çocuklarında teşhis edilmiş herhangi bir kronik hastalık varlığı:** Evet veya hayır olarak cevaplanması istenmiştir. Analizlerde var/yok şeklinde gruplandırılmıştır. Evet diyenlere ne tür hastalığının olduğu sorulmuş ve kalp-damar, solunum, sindirim, üriner, endokrin, sinir, üreme sistemi hastalıkları, hematolojik, psikiyatrik ve diğer hastalıklar olarak gruplandırılmıştır.

***Fiziksel veya psikolojik olarak özür durumu:** Evet veya hayır olarak cevaplanması istenmiştir.

***Sigara kullanma durumu:** Evet veya hayır olarak cevaplanması istenmiştir. Analizlerde içenler/içmeyenler şeklinde gruplandırılmıştır.

Evet diyenlerin bir günde içtikleri sigara miktarları yarım paketten az, 0,5-1 paket arası, 1-1,5 paket arası, 1,5-2 paket arası, 2 ve üstü olarak gruplandırılmış ve sayılarıyla belirtilmiştir.

***Uyku durumu:** Düzenli, ara sıra düzensiz, çoğu zaman düzensiz olarak sorulmuş ve gruplandırılmıştır.

3.5.2.5. Evlilik Durumu ile İlgili Değişkenler

***Kaçıncı evliliği:** Birinci, ikinci, üç ve üstü olarak sorulmuştur.

***Eşi ile aradaki yaş farkı:** Açık uçlu olarak sorulmuştur.

***Evlenme şekli:** Tanışarak, görücü usulü isteyerek, görücü usulü istemeyerek, mecburiyet ve diğer olarak sorulmuştur. Analizlerde tanışarak, görücü usulü isteyerek ve istemeyerek (görücü usulü istemeyerek, mecburiyet) olmak üzere gruplandırılmıştır.

***Evlilik süresi:** Açık uçlu olarak sorulmuştur.

***Evliliğini nasıl değerlendirdiği:** Çok mutlu, mutlu, orta derecede, kötü ve çok kötü olarak sorulmuştur. Analizlerde çok mutlu/mutlu, orta derecede mutlu, mutsuz/çok mutsuz olarak gruplandırılmıştır.

***Eşi ile sorun yaşama durumu:** Evet veya hayır olarak cevaplanması istenmiştir. Analizlerde yaşayanlar/yaşamayanlar şeklinde gruplandırılmıştır. Evet diyenlerin sorunlarının kaynağı ise; her ikisinden, eşinden, kendisinden, kendisinin ailesinden, eşinin ailesinden kaynaklanan, maddi ve diğer sorunlar olarak sorulmuştur.

***Evliliğinde şiddet yaşama durumu:** Evet veya hayır olarak cevaplanması istenmiştir. Analizlerde görenler/görmeyenler şeklinde gruplandırılmıştır. Evet diyenlerin ne sıklıkla şiddet yaşadığı ise ara sıra, oldukça ve sürekli olarak sorulmuştur.

***Şiddet Türü:** Fiziksel (vurma, tokat atma, itme, kol bükme, yaralama vb), psikolojik/duygusal/sözel (aşağılama, dalga geçme, karar verme hakkını elinden alma, kişisel gelişimine engel olma, ailesiyle/arkadaşlarıyla konuşma hakkını elinden alma vb), cinsel (taciz, tecavüz vb) ve ekonomik (zorla çalıştırma, çalışmadan alıkoyma vb) şiddet olmak üzere 4 gruba ayrılmış ve ayrı ayrı sorulmuştur. Evet diyenlerin ise şiddet yaşama sıklığı; çok nadir, ara sıra ve oldukça sık olarak belirtilmiştir.

***Evde alınan kararlara katılım:** Her zaman birlikte karar alırız, bazen benim dediklerim olur, her zaman eşimin dedikleri olur ve her zaman benim dediklerim olur şeklinde sorulmuştur. Analizlerde alanlar/almayanlar olarak gruplandırılmıştır.

3.5.2.6. Eşi ile İlgili Değişkenler

***Eşinin eğitim durumu:** Bitirilen okul sorulmuştur. Okuma yazma yok, sadece okuryazar, ilkokul, ortaokul, lise, önlisans, lisans ve lisansüstü olarak sorulmuştur. Analizlerde ortaokul ve altı, lise, üniversite ve üstü olmak üzere gruplandırılmıştır.

***Eşinin mesleği:** İşsiz, evde gelir getiren bir iş yapma, düzensiz işler, memur, esnaf, işçi, emekli ve diğer olarak sorulmuştur. Analizlerde çalışanlar (evde gelir getiren bir iş yapma, düzensiz işler, memur, esnaf, işçi, serbest meslek, çiftçi) ve çalışmayanlar (işsiz, emekli) olmak üzere gruplandırılmıştır.

***Eşinin aile düzenini bozacak şekilde alkol alışkanlığı olma durumu:** Evet veya hayır olarak cevaplanması istenmiştir. Analizlerde var/yok şeklinde gruplandırılmıştır.

3.5.2.7. Cinsellikle İlgili Değişkenler

***Cinsellikle ilgili bilgi sahibi olma durumu:** Evet veya hayır olarak cevaplanması istenmiştir. Analizlerde var/yok şeklinde gruplandırılmıştır. Evet diyenler için bu bilginin kaynağı; eş, aile, arkadaş, TV, internet, kitap/dergi, okul/dersler ve diğer olarak sınıflandırılmıştır.

***Eşiyle arasında cinsellikle ilgili bir sorun varlığı:** Evet veya hayır olarak cevaplanması istenmiştir. Analizlerde var/yok şeklinde gruplandırılmıştır.

***Cinsellikle ilgili bir sorunda yardım alma durumu:** Evet veya hayır olarak cevaplanması istenmiştir. Evet diyenler için alınan yardımın kaynağı ise doktor, psikolog, aile, arkadaş, kardeş, internet ve diğer olarak sorulmuştur. Eşiyile birlikte destek alma durumunun evet veya hayır olarak cevaplanması istenmiştir.

***Kendisinde ve eşinde teşhis edilmiş bir cinsel sorun varlığı:** Evet veya hayır olarak cevaplanması istenmiştir. Teşhis edilen sorunun ne olduğu ise açık uçlu olarak sorulmuştur.

***Cinsel hayatını nasıl değerlendirdiği:** Mükemmel, iyi, orta derecede, kötü ve çok kötü olarak sorulmuştur. Analizlerde çok iyi/iyi, orta, kötü/çok kötü olmak üzere gruplandırılmıştır.

***Evlenmeden önce ailesinin cinsel konulara karşı tutumu:** Asla konuşmazdık, bazı konuları konuşabilirdik ve her türlü konuyu konuşabilirdik şeklinde sorulmuştur. Analizlerde konuşulur/konuşulmaz olarak gruplandırılmıştır.

3.5.2.8. Geçmiş Yaşantı Durumu ile İlgili Değişkenler

***Çocukluğunun kimin yanında geçtiği:** Ailemin yanında, parçalanmış bir aile ortamında, babam ve kardeşlerimle, annem ve kardeşlerimle, anne baba yok sadece kardeşlerimle, anne baba yok akrabalarımın yanında, çocuk yuvası/yurtta ve diğer olarak sorulmuştur. Analizlerde anne, baba, kardeş ve diğer olmak üzere iki şekilde gruplandırılmıştır.

***Çocukluğunda şiddet görme durumu:** Evet veya hayır olarak cevaplanması istenmiştir. Analizlerde görenler/görmeyenler şeklinde gruplandırılmıştır. Ne tür bir şiddet gördüğü ise fiziksel şiddet (vurma, tokat atma, itme, kol bükme, yaralama vb.), psikolojik/duygusal/sözel şiddet (aşılama, dalga geçme, karar verme hakkını elinden alma, kişisel gelişimine engel olma, arkadaşlarıyla konuşma hakkını elinden alma vb.), cinsel şiddet (mahrem yerlerine dokunma, taciz, tecavüz vb.) ve ekonomik şiddet (zorla çalıştırma) olarak gruplandırılmıştır. Gördüğü şiddetin sıklığı ise; çok nadir, ara sıra ve oldukça sık olarak belirtilmiştir.

***Çocukluğunda kişiyi derinden etkileyen bir olayla karşılaşma durumu:**

Evet veya hayır olarak cevaplanması istenmiştir. Analizlerde karşılaşanlar/karşılaşmayanlar şeklinde gruplandırılmıştır.

3.5.2.9. Ruhsal Durum ile İlgili Değişkenler

***Ruhsal sorunu olduğunu düşünme:** Evet veya hayır olarak cevaplanması istenmiştir. Analizlerde var/yok şeklinde gruplandırılmıştır. Ruhsal sorunu varlığında yardım alma düşüncesi ise; yardım almam çünkü yanlış anlaşılacağından korkarım, kararsızım ve yardım almakta bir sakınca görmüyorum olarak 3 şekilde gruplandırılmıştır.

***Kendisinde teşhis edilmiş bir ruhsal sorun varlığı:** Evet veya hayır olarak cevaplanması istenmiştir. Analizlerde var/yok şeklinde gruplandırılmıştır. Evet diyenler için bu sorunu ne olduğu ise açık uçlu olarak sorulmuştur.

***Eşinde ve birinci derece akrabalarında teşhis edilmiş bir ruhsal sorun varlığı:** Evet veya hayır olarak cevaplanması istenmiştir. Analizlerde var/yok şeklinde gruplandırılmıştır.

***Son bir ay içinde kendisini derinden etkileyen bir olay yaşama durumu:** Evet veya hayır olarak cevaplanması istenmiştir. Analizlerde yaşayanlar/yaşamayanlar şeklinde gruplandırılmıştır.

***Gelecekle ilgili kaygı durumu:** Evet veya hayır olarak cevaplanması istenmiştir. Analizlerde var/yok şeklinde gruplandırılmıştır.

3.6. Veri Toplama Yöntemi, Öntest Uygulanması ve Araştırmanın Süresi

Veri toplama formu kişinin kendisini değerlendirme yöntemiyle uygulanmıştır. Sorular kapalı bir zarfta verilmiştir. Geri alınırken de katılımcı zarfı yapıştırmış ve diğer zarfların da bulunduğu bir poşete atması sağlanmıştır.

Bu durum daha zarfı vermeden katılımcıya anlatılmış olup katılımcının içtenlikle soruları cevaplaması için zemin hazırlamıştır. Bu konuda da kadınlardan olumlu geri bildirimler alınmıştır. Ayrıca, okuma yazma bilmeyen kadınların bazıları aile fertlerinden birinden bazılarında araştırmacıdan yardım istemiştir.

Anket uygulamasına başlamadan önce seçilen üç mahalleden eşit ölçüde 30 kişiye anket ve ölçek soruları sorularak ön uygulama yapılmış olup bu 30 kişi araştırmaya dahil edilmemiştir. Eksiklikler tespit edilip giderildikten sonra sahaya inilmiştir.

Çalışma takvimi aşağıda sunulmuştur.

Çalışma Takvimi:

Ocak 2015	Anket Hazırlama ve İzinler/Etik Kurul Onayı
Şubat-Haziran 2015	Veri Toplama
Haziran-Eylül 2015	Veri Temizliği ve Veri Girişi
Ekim-Kasım 2015	Verilerin Analizi
Aralık 2015	Bulguların Yazımı
Ocak-Haziran 2016	Tartışma, Sonuç ve Önerilerin Yazımı

3.7. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- * En az bir yılını tamamlamış evli kadın olmak
- * 15-49 yaş grubu olmak
- * Gönüllü olmak

3.8. Araştırmada Dışlama Kriterleri

- * Bir yılını tamamlamamış evli kadınlar
- * Gebe olanlar
- * Lohusalık döneminde olanlar
- * Eşi son bir ay içerisinde yanında bulunmayanlar

3.9. Verilerin Analizi ve Değerlendirme Teknikleri

Ölçeklerin değerlendirilmesi kendi orijinal puanlama sistemine göre yapılmıştır.

Tüm verilerin değerlendirilmesinde istatistik programı olarak SPSS 22.0 ve EpiInfo 7- Statcalc programı kullanılmıştır.

Araştırma grubunun verileri tanımlayıcı ve analitik bulgular olarak sunulmuştur.

Araştırma grubunun tanımlayıcı bulgularını saptamak için tanımlayıcı istatistikler yapılmıştır.

İsimsel değişkenler sayı ve yüzde değerleri ile sayısal değişkenler ise ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerleri verilmiştir.

Tanımlayıcı bulgular aşağıda belirtilen başlıklar altında toplanmıştır;

- * Araştırmaya katılan kadınların ve eşlerinin sosyodemografik değişkenleri
- * Araştırmaya katılan kadınların doğurganlık öyküsü, çocuk sahibi olmakla ilgili sorun yaşama durumları ve aile planlaması ile ilgili değişkenleri
- * Araştırmaya katılan kadınlarda, eş ve çocuklarında kronik hastalık varlığı ile ilgili değişkenler
- * Kadınların sigara içme durumu, günlük içilen sigara miktarı ve uyku düzenleri ile ilgili değişkenleri
- * Araştırmaya katılan kadınların geçmiş yaşantıları ile ilgili değişkenleri
- * Araştırmaya katılan kadınların evlilik durumları ile ilgili değişkenleri
- * Araştırmaya katılan kadınların cinsellik durumları ile ilgili değişkenleri
- * Araştırmaya katılan kadınların ruhsal durumları ile ilgili değişkenleri.

Araştırma grubunun analitik bulguları; CFB ve ruhsal sorun görülme sıklığı olmak üzere iki bağımlı değişken açısından incelenmiştir. Tek değişkenli analizler olarak grup karşılaştırmalarında isimsel değişkenler için ki kare testi, sayısal değişkenler için bağımsız gruplarda t testi uygulanmıştır.

Çok değişkenli analiz olarak lojistik regresyon analizi kullanılmıştır. Analiz geriye doğru azaltma (Backward:LR) yöntemiyle yapılmış olup başlangıç ve sonuç tabloları sunulmuştur. Lojistik regresyon modeline tek değişkenli analizlerde anlamlı bulunan bağımsız değişkenler alınmıştır. Modelin son şekli verilmeden önce tüm bağımsız değişkenlerin kendi arasındaki korelasyon incelenmiş, güçlü korelasyon gösteren değişkenlerden biri modele alınmıştır. Buna göre oluşturulan korelasyon matrisine göre kadının yaşı ile evlilik süresi ($r=0,800$), kadının eğitim durumu ile eşinin eğitim durumu ($r=0,617$), toplam gebelik sayısı ile canlı doğum sayısı ($r=0,774$), toplam gebelik sayısı ile yaşayan çocuk sayısı ($r=0,761$), evliliğinde cinsel hayatını değerlendirme ile evliliğinde mutluluğunu değerlendirme ($r=0,514$) değişkenleri arasında güçlü korelasyon saptandığı için lojistik regresyon analizinde modele evlilik süresi, kadının eğitim durumu, toplam gebelik sayısı ve cinsel hayatlarını değerlendirmeleri dahil edilmiş diğer ilişkili değişkenler modele alınmamıştır.

Birinci bağımlı değişken olan CFB görülme sıklığı üzerine anlamlı etkisi olduğu belirlenen kadının eğitim durumu, ekonomik durum algısı, sağlık güvencesi varlığı, eşin çalışma durumu, toplam gebelik sayısı, isteyerek düşük sayısı, kadında kronik hastalık varlığı, eşinde kronik hastalık varlığı, çocuk/çocuklarında kronik hastalık varlığı, uyku düzeni, çocukluğunu kimin yanında geçirdiği, çocukluğunda şiddet görme durumu, çocukluğunda kendisini derinden etkileyen bir olayla karşılaşma durumu, evlilik süresi, eşle yaş farkı, evlenme şekli, eşle sorun yaşama, eşin aile düzenini bozacak derecede alkol kullanma alışkanlığı, ortak karar alma durumu, eşinden şiddet görme durumu, EUÖ'ye göre evlilik uyumunun değerlendirilmesi, cinsellikle ilgili bilgilerin varlığı, evliliğinde cinsel hayatını değerlendirme, evliliğinde cinsel sorun varlığını değerlendirme, evlenmeden önce aileyle cinsel konular hakkında konuşma, GSA 12 puanına göre ruhsal sorun varlığı olmak üzere 23'ü kategorik, 4'ü sayısal toplam 27 bağımsız değişken modele alınmıştır.

İkinci bağımlı değişken olan ruhsal sorun görülme sıklığı üzerine anlamlı etkisi olduğu belirlenen kadının eğitim durumu, ekonomik durum algısı, aile tipi, toplam gebelik sayısı, isteyerek düşük sayısı, çocuk sahibi olmakla ilgili sorun yaşama durumu, kadınlarda kronik hastalık varlığı, eşinde kronik hastalık varlığı, çocuk/çocuklarında kronik hastalık varlığı, sigara içme durumu, uyku düzeni, çocukluğunda şiddet görme durumu, çocukluğunda kendisini derinden etkileyen bir olayla karşılaşma durumu, evlilik süresi, eşle yaş farkı, evlenme şekli, evliliğinde mutluluğunu değerlendirme, eşle sorun yaşama, eşin aile düzenini bozacak derecede alkol kullanma alışkanlığı, ortak karar alma durumu, eşinden şiddet görme durumu, evlilik uyumunun değerlendirilmesi, kendisinde ruhsal sorun olduğunun düşüncesi, eşinde doktor tarafından teşhis edilmiş ruhsal sorun varlığı, birinci derece akrabalarında doktor tarafından teşhis edilmiş ruhsal sorun varlığı, son bir ay içerisinde kendisini derinden etkileyen bir olay yaşama durumu, gelecekle ilgili kaygı durumu, IFSF puanına göre CFB varlığı olmak üzere 24'ü kategorik, 4'ü sayısal toplam 28 bağımsız değişken modele alınmıştır.

Anlamlılık için sınır değer olarak $p < 0,05$ alınmıştır.

3.10. Araştırmanın Güçlü ve Sınırlı Yanları

Güçlü Yanları:

- * Sahada yapılması sebebiyle toplum tabanlı bir çalışma olması,
- * Kadınların dile getirmekte güçlük çektikleri cinsel ve ruhsal sorunları ele alması,
- * Verilerin toplanmasında gizlilik ilkesine uyularak kadınların kendilerini rahatça ifade edebilmelerinin sağlanması,
- * Araştırma verisinin tek bir kişi tarafından toplanması,
- * Kadınlardan olumlu geri bildirimlerin alınması (Ek 9).

Sınırlı Yanları:

- * Araştırmanın kesitsel tipte olması sebebiyle neden sonuç ilişkilerinin yönü tam olarak ortaya koyulamamaktadır.

3.11. Etik Açıklamalar ve İzinler

Araştırma için Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan yazılı izin alınmıştır (Ek 6).

Ayrıca, Isparta Valiliği'ne dilekçe yazılarak İl Mahalli İdareler Müdürlüğü ve İl Emniyet Müdürlüğü'nden izin alınmıştır. İl Mahalli İdareler Müdürlüğü ilgili mahallelerin muhtarlarına durumu bildirmiştir (Ek 7).



4. BULGULAR

4.1. Araştırma Grubunun Tanımlayıcı Bulguları

4.1.1. Araştırmaya Katılan Kadınların ve Eşlerinin Sosyodemografik Değişkenleri

Araştırmaya katılan kadınların sosyodemografik değişkenleri Tablo 1’de gösterilmiştir.

Tablo 1. Araştırmaya katılan kadınların sosyodemografik değişkenlerine göre dağılımı

Değişkenler	n	ort±SS (min-max) /%
Yaş	1216	35,5±7,2 (18-49)
Yaş Grupları		
15-19	3	0,2
20-24	81	6,7
25-29	200	16,4
30-34	268	22,0
35-39	267	22,0
40-44	240	19,7
45-49	157	12,9
Eğitim Durumu		
Okuryazar olmayan	16	1,3
Sadece okuryazar	7	0,6
İlkokul mezunu	368	30,3
Ortaokul mezunu	174	14,3
Lise mezunu	386	31,7
Üniversite/üstü mezunu	265	21,8

Tablo 1. Araştırmaya katılan kadınların sosyodemografik değişkenlerine göre dağılımı (devamı)

Değişkenler	n	ort±SS (min-max) /%
Çalışma Durumu		
Ev hanımı	805	66,2
Memur	141	11,6
İşçi	76	6,3
Düzensiz işler (temizlik, çocuk bakımı vb.)	40	3,3
Evde gelir getiren iş (dikiş, nakış vb.)	29	2,4
Serbest Meslek	27	2,2
Esnaf	26	2,1
Emekli	10	0,8
Çalışmayıp iş arayanlar	62	5,1
Ekonomik Durum Algısı		
İyi	240	19,7
Orta	861	70,8
Kötü	115	9,5
Sağlık Güvencesi Varlığı		
Var	1104	90,8
Yok	112	9,2
Aile Tipi		
Çekirdek aile	1098	90,3
Geniş aile	118	9,7
Toplam	1216	100,0

Araştırma grubunun yaş ortalaması $35,5 \pm 7,2$ (18-49) olup %44,0'ı 30-39 yaş grubunda, %53,5'i lise ve üstü eğitim almıştır. Grubun %71,3'ü çalışmamakta, %27,9'u düzenli ya da düzensiz herhangi bir işte çalışmakta, %0,8'i ise emeklidir. Kadınların %70,8'i ekonomik durumlarını orta olarak algılamakta ve %90,8'inin sağlık güvencesi bulunmaktadır. Araştırma grubunun %90,3'ü çekirdek aile, %9,7'si ise geniş aile yapısına sahiptir (Tablo 1).

Araştırmaya katılan kadınların eşlerinin sosyodemografik değişkenleri Tablo 2’de gösterilmiştir.

Tablo 2. Araştırmaya katılan kadınların eşlerinin sosyodemografik değişkenlerine göre dağılımı

Değişkenler	n	%
Eğitim Durumu		
Okuryazar olmayan	2	0,2
Sadece okuryazar	0	0,0
İlkokul mezunu	230	18,9
Ortaokul mezunu	179	14,7
Lise mezunu	408	33,6
Üniversite/üstü mezunu	397	32,6
Çalışma Durumu		
İşçi	355	29,2
Memur	324	26,6
Esnaf	264	21,7
Düzensiz işler (inşaat işleri, pazarcılık vb.)	64	5,3
Serbest Meslek	77	6,3
Emekli	62	5,1
Evde gelir getiren bir iş	5	0,4
İşsiz	45	3,7
Çiftçi	20	1,6
Toplam	1216	100,0

Araştırmaya katılan kadınların eşlerinin %66,2’si lise ve üstü eğitim almış olup %91,2’si düzenli ya da düzensiz herhangi bir işte çalışmakta, %3,7’si çalışmamakta olup %5,1’i emeklidir (Tablo 2).

4.1.2. Araştırmaya Katılan Kadınların Doğurganlık Öyküsü, Çocuk Sahibi Olmakla İlgili Sorun Yaşama Durumları ve Aile Planlaması ile İlgili Değişkenleri

Kadınların doğurganlık öyküsü ile ilgili değişkenlerinin ortalamaları Tablo 3’de gösterilmiştir.

Tablo 3. Araştırma grubunun doğurganlık öyküsü ile ilgili değişkenlerinin ortalamaları (n=1216)

Değişkenler	ort±SS (min-max)
Toplam gebelik sayısı	2,4±1,3 (0-8)
Canlı doğum sayısı	1,9±0,9 (0-7)
Kendiliğinden düşük sayısı	0,3±0,6 (0-5)
İsteyerek düşük sayısı	0,1±0,4 (0-4)
Ölü doğum sayısı	0,1±0,2 (0-2)
Yaşayan çocuk sayısı	1,9±0,9 (0-7)

Araştırmaya katılan kadınların doğurganlık öyküsü ile ilgili değişkenlerinin ortalamaları; toplam gebelik sayısı 2,4±1,3 (0-8), canlı doğum sayısı 1,9±0,9 (0-7), kendiliğinden düşük sayısı 0,3±0,6 (0-5), isteyerek düşük sayısı 0,1±0,4 (0-4), ölü doğum sayısı 0,1±0,2 (0-2) ve yaşayan çocuk sayısı 1,9±0,9 (0-7)'dur (Tablo 3).

Kadınların %94,2'sinin en az bir yaşayan çocuğu vardır. Araştırma grubunun %20,6'sının kendiliğinden, %9,1'inin ise isteyerek düşük öyküsü vardır.

Araştırma grubunun çocuk sahibi olmakla ilgili sorun yaşama durumları Tablo 4'de gösterilmiştir.

Tablo 4. Araştırma grubunun çocuk sahibi olmakla ilgili sorun yaşama durumlarının dağılımı

Çocuk Sahibi Olmakla İlgili Sorun Yaşama Durumu	n	%
Yaşayanlar	81	6,7
Yaşamayanlar	1135	93,3
Toplam	1216	100,0

Araştırma grubunun %6,7'si ortalama 6,9±6,3 (1-28) yıldır çocuk sahibi olmakla ilgili sorun yaşamaktadır (Tablo 4). Kadınların %85,2'si bu konuyla ilgili doktora başvurmuş olup %44,4'ü sorunun kendisinden kaynaklandığını ifade etmektedir.

Araştırmaya katılan kadınların aile planlaması yöntemi kullanma durumları ve hangi yöntemi kullandıkları Tablo 5'de gösterilmiştir.

Tablo 5. Araştırmaya katılan kadınların aile planlaması yöntemi kullanma durumu ve kullanılan yönteme göre dağılımları

Değişkenler	n	%
Aile Planlaması Yöntemi Kullanma Durumu		
Kullanıyor	954	78,5
Kullanmıyor	262	21,5
Kullanılan Yöntem (n=954)*		
Prezervatif (kılıf)	359	37,6
RIA (spiral, tel)	221	23,2
Oral kontraseptif (doğum kontrol hapı)	64	6,7
Hormonal enjeksiyon (hormon iğnesi)	20	2,1
Tüp ligasyonu (tüplerin bağlanması)	14	1,5
Kadın kondomu	7	0,7
Diyafram	2	0,2
Geri çekme	218	22,9
Takvim yöntemi	9	0,9
Diğer (Vajinal duş, ısı takibi)	40	4,2
Toplam	1216	100,0

* Aile planlaması yöntemi kullanan 954 kişi için kullanılan yöntem dağılımı verilmiştir.

Araştırmaya katılan kadınların %78,5'i herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanmakta olup %72,0'ı modern, %28,0'ı ise geleneksel bir yöntem kullanmaktadır (Tablo 5).

4.1.3. Araştırmaya Katılan Kadınlarda, Eşinde ve Çocuk/Çocuklarında Kronik Hastalık Varlığı

Araştırmaya katılan kadınlarda, eşinde ve çocuk/çocuklarında kronik hastalık varlığı Tablo 6'da gösterilmiştir.

Tablo 6. Araştırmaya katılan kadınlarda, eşinde ve çocuk/çocuklarında kronik hastalık varlığının dağılımı

Değişkenler	n	%
Kadınlarda Kronik Hastalık Varlığı		
Evet	269	22,1
Hayır	947	77,9
Eşinde Kronik Hastalık Varlığı		
Evet	185	15,2
Hayır	1031	84,8
Çocuk/Çocuklarında Kronik Hastalık Varlığı (n=1145)*		
Evet	113	9,9
Hayır	1032	90,1
Toplam	1216	100,0

* Çocuk/Çocukları olan 1145 kişi için dağılım verilmiştir.

Araştırmaya katılan kadınların %22,1'i kendisinde, %15,2'si eşinde, %9,9'u çocuk/çocuklarında kronik hastalık olduğunu ifade etmiştir (Tablo 6).

4.1.4. Kadınların Sigara İçme Durumu, Günlük İçilen Sigara Miktarı ve Uyku Düzenleri ile İlgili Değişkenleri

Araştırmaya katılan kadınların sigara içme durumları, günlük içilen sigara miktarı ve uyku düzenleri Tablo 7'de gösterilmiştir.

Tablo 7. Araştırmaya katılan kadınların sigara içme durumları ve uyku düzenlerinin dağılımı

Değişkenler	n	%
Sigara İçme Durumu		
Her gün en az bir tane içenler	163	13,4
Ara sıra içenler	62	5,1
İçmeyenler	991	81,5
Günlük İçilen Sigara Miktarı (n=163)*		
1-10 adet	107	65,6
11-20 adet	50	30,7
21-30 adet	6	3,7
Uyku Düzeni		
Düzenli	546	44,9
Ara sıra düzensiz	523	43,0
Çoğu zaman düzensiz	147	12,1
Toplam	1216	100,0

* Her gün en az bir tane sigara içen 163 kadın arasındaki dağılım sunulmuştur.

Araştırmaya katılan kadınların %13,4'ü her gün en az bir tane sigara içmekte olup bunun %65,6'sı günde 1-10 adet arası sigara içmektedir. Araştırma grubunun %55,1'i düzensiz uyku uyumaktadır (Tablo 7).

4.1.5. Araştırmaya Katılan Kadınların Geçmiş Yaşantıları ile İlgili Değişkenleri

Araştırmaya katılan kadınların çocukluğunun kimin yanında geçtiği, çocukluğunda şiddet görme durumları, yaşadıkları şiddetin türü ve çocukluklarında onları derinden etkileyen bir olayın varlığı Tablo 8'de gösterilmiştir.

Tablo 8. Araştırma grubunun geçmiş yaşantı durumu ile ilgili değişkenlerinin dağılımı

Değişkenler	n	%
Çocukluğunu Kimin Yanında Geçirdiği		
Anne, baba ve kardeş ortamında	1127	92,7
Tek anne ya da baba yanında (anne ve baba ayrı)	26	2,1
Tek anne ve varsa kardeşler yanında (baba vefat)	23	1,9
Tek baba ve varsa kardeşler yanında (anne vefat)	9	0,7
Kardeş/Akraba yanında	24	2,0
Yuva/Yurt/Evlatlık	7	0,6
Çocukluğunda Şiddet Görme Durumu		
Görmeyenler	1071	88,1
Görenler	145	11,9
Şiddet Türü (n=145)*		
Fiziksel şiddet (vurma, tokat atma, itme, kol bükme, yaralama vb.)	107	73,8
Psikolojik/Duygusal/Sözel şiddet (aşağılama, dalga geçme, karar verme hakkını elinden alma vb.)	29	20,0
Ekonomik şiddet (zorla çalıştırma)	5	3,4
Cinsel şiddet (mahrem yerlerine dokunma, taciz, tecavüz vb.)	4	2,8
Çocukluğunda Kendisini Derinden Etkileyen Bir Olayla Karşılaşma Durumu		
Karşılaşanlar	202	16,6
Karşılaşmayanlar	1014	83,4
Toplam	1216	100,0

* Çocukluğunda şiddet gördüğünü ifade eden 145 kişi arasındaki dağılımı göstermektedir.

Araştırma grubunun %92,7'si parçalanmamış, %7,3'ü ise parçalanmış aile ortamında çocukluklarını geçirmiştir. Kadınların %11,9'u çocukluklarında şiddet gördüğünü ifade etmiştir. Şiddet görenlerin %73,8'i ise fiziksel şiddete maruz kaldıklarını belirtmişlerdir. Araştırma grubunun %16,6'sı çocukluklarında kendilerini derinden etkileyen bir olayla karşılaşmışlardır (Tablo 8).

4.1.6. Araştırmaya Katılan Kadınların Evlilik Durumları ile İlgili Değişkenleri

Araştırma grubunun %95,4'ünün evliliği birinci evliliğidir. Evlilik süresi ve eşle yaş farkı ortalamaları Tablo 9'da sunulmuştur.

Tablo 9. Araştırma grubunun evlilik süresi ve eşle yaş farkı ortalamaları

Değişkenler	ort±SS (min-max)
Evlilik süresi	13,8±7,9 (1-35)
Eşle yaş farkı	3,8±3,0 (0-25)

Araştırma grubunun evlilik süresi ortalaması 13,8±7,9 olup aralarındaki yaş farkı ortalaması ise 3,8±3,0'dır (Tablo 9).

Araştırmaya katılan kadınların evlenme şekilleri, evliliklerini nasıl değerlendirdikleri, eşle sorun yaşama durumları, sorunlarının kaynağı, eşinin aile düzenini bozacak derecede alkol kullanma alışkanlığı ve evlilikte ortak karar alma tutumlarının dağılımı Tablo 10'da gösterilmiştir.

Tablo 10. Araştırmaya katılan kadınların evlilikle ilgili değişkenlerinin dağılımı

Değişkenler	n	%
Evlenme Şekli		
Kendimiz tanışarak	542	44,6
Görücü usulü (isteyerek)	574	47,2
Görücü usulü (istemeyerek)	96	7,9
Mecburiyet nedeni ile	4	0,3
Evliliğinde Mutluluğunu Değerlendirme		
Çok mutlu	289	23,8
Mutlu	584	48,0
Orta derecede mutlu	309	25,4
Mutsuz	28	2,3
Çok mutsuz	6	0,5
Eşle Sorun Yaşama		
Yaşayanlar	435	35,8
Yaşamayanlar	781	64,2

Tablo 10. Araştırmaya katılan kadınların evlilikle ilgili değişkenlerinin dağılımı (devamı)

Değişkenler	n	%
Eşle Yaşanan Sorunun Kaynağı (n=435)*		
Her iki taraf	154	35,4
Eşi	110	25,3
Kadının kendisi	6	1,4
Kadının ailesi	21	4,8
Eşinin ailesi	139	32,0
Maddi sorunlar	125	28,7
Çocuk/Çocuklar	20	4,6
Eşinin Aile Düzenini Bozacak Derecede Alkol Kullanma Alışkanlığı		
Var	49	4,0
Yok	1167	96,0
Ortak Karar Alma Durumu		
Her zaman birlikte karar alırsınız	806	66,3
Bazen benim dediklerim olur	313	25,7
Her zaman benim dediklerim olur	5	0,4
Her zaman eşimin dedikleri olur	92	7,6
Toplam	1216	100,0

* Eşle sorun yaşadığını belirten 435 kişi için değerlendirilmiştir. Bir kişi birden çok seçenek işaretleyebildiği için toplam sayı 435'i, toplam yüzde de %100,0'ı geçmektedir.

Araştırmaya katılan kadınların %44,6'sı tanışarak, %55,1'i görücü usulü (isteyerek ve istemeyerek) ve %0,3 ise mecburiyet nedeni ile evlenmişlerdir. Kadınların %48,0'ı evliliklerini mutlu olarak değerlendirmiştir. Araştırma grubunun %35,8'i eşle sorun yaşadığını belirtmiştir. Sorun yaşayanların %57,3'ü bu sorunların kaynağının eş ve eşinin ailesi olduğunu ifade etmiştir (Tablo 10).

Araştırmaya katılan kadınların %4,0'ı eşinde aile düzenini bozacak derecede alkol kullanma alışkanlığının olduğunu bildirmiştir (Tablo 10).

Araştırma grubunun %66,3'ü evde her zaman ortak karar aldıklarını belirtmişlerdir (Tablo 10).

Araştırmaya katılan kadınların eşinden şiddet görme durumları ve gördükleri şiddetin türünün dağılımı Tablo 11'de gösterilmektedir.

Tablo 11. Araştırma grubunun eşinden şiddet görme durumları ve yaşanan şiddetin türünün dağılımı

Değişkenler	n	%
Eşinden Şiddet Görme Durumu		
Görenler	139	11,4
Görmeyenler	1077	88,6
Yaşanılan Şiddet Türü (n=139)*		
Psikolojik/Duygusal/Sözel şiddet (aşağılama, dalga geçme, karar verme hakkını elinden alma vb.)	122	87,8
Fiziksel şiddet (vurma, tokat atma, itme, kol bükme, yaralama vb.)	72	51,8
Ekonomik şiddet (zorla çalıştırma, çalışmaktan alıkoyma vb.)	38	27,3
Cinsel şiddet (zorla birliktelik vb.)	31	22,3
Toplam	1216	100,0

* Eşinden şiddet görmekte olduğunu ifade eden 139 kişi için değerlendirilmiştir. Bir kişi birden çok seçenek işaretleyebildiği için toplam sayı 139'u, toplam yüzde de %100,0'ı geçmektedir.

Araştırma grubunun %11,4'ü eşinden şiddet görmekte olduğunu ifade etmiştir. Şiddet görenlerin %87,8'i psikolojik/duygusal/sözel şiddet, %51,8'i fiziksel şiddet, %27,3'ü ekonomik şiddet ve %22,3'ü cinsel şiddet görmekte olduğunu belirtmiştir (Tablo 11).

Araştırma grubunun EUÖ puanının ortalaması ve EUÖ puanına göre evlilik uyumunun değerlendirmesi Tablo 12'de gösterilmiştir.

Tablo 12. Araştırma grubunun evlilik uyum ölçeği puanının ortalaması ve evlilik uyumunun değerlendirilmesi

Değişkenler	n	ort±SS (min-max)/%
Evlilik Uyum Ölçeği Puanı	1216	41,9±9,3 (5-58)
Evlilik Uyum Ölçeği Puanına Göre Evlilik Uyumunun Değerlendirilmesi		
Uyumlu	584	48,0
Uyumsuz	632	52,0
Toplam	1216	100,0

Araştırmaya katılan kadınların EUÖ puan ortalamaları 41,9±9,3'tür. Araştırma grubunun %52,0'ının uyumsuz evliliği olduğu saptanmıştır (Tablo 12).

4.1.7. Araştırmaya Katılan Kadınların Cinsellik Durumları ile İlgili Değişkenleri

Araştırmaya katılan kadınların cinsellikle ilgili bilgilerinin varlığı, bilgilerinin kaynağı, evliliğinde cinsel hayatını ve cinsel sorun varlığını değerlendirmeleri, sorunu olanların yardım alma durumları, yardım alanların kime başvurdıkları, eşiyle birlikte destek alıp almadıkları ve evlenmeden önce ailenin cinsel konulara karşı tutumlarını gösteren değişkenler Tablo 13’de sunulmuştur.

Tablo 13. Araştırma grubunun cinsellik ile ilgili değişkenlerinin dağılımı

Değişkenler	n	%
Cinsellikle İlgili Bilgilerinin Varlığı		
Var	1064	87,5
Yok	152	12,5
Cinsellikle İlgili Bilgilerinin Kaynağı (n=1064)*		
Eş	659	61,9
Aile	124	11,7
Arkadaş	233	21,9
TV	37	3,5
İnternet	157	14,8
Kitap/Dergi	172	16,2
Okul/Dersler	128	12,0
Evliliğinde Cinsel Hayatını Değerlendirme		
Çok iyi	163	13,4
İyi	595	48,9
Orta	394	32,4
Kötü	45	3,7
Çok kötü	19	1,6
Evliliğinde Cinsel Sorun Varlığını Değerlendirme		
Var	125	10,3
Yok	1091	89,7
Cinsel Sorunu Olanların Yardım Alma Durumu (n=125)**		
Alıyor	30	24,0
Almıyor	95	76,0

Tablo 13. Araştırma grubunun cinsellik ile ilgili değişkenlerinin dağılımı (devamı)

Değişkenler	n	%
Yardım Kaynağı (n=30)***		
Doktor	19	63,3
Psikolog	3	10,0
Arkadaş	6	20,0
İnternet	8	26,7
Eşle Birlikte Destek Alma Durumu (n=30)***		
Alıyor	10	33,3
Almıyor	20	66,7
Evlenmeden Önce Ailelerinin Cinsel Konulara Karşı Tutumu		
Asla konuşulmaz	869	71,5
Bazı konular konuşulur	281	23,1
Her şey konuşulur	66	5,4
Toplam	1216	100,0

* Cinsellikle ilgili bilgilerinin olduğunu ifade eden 1064 kişi için değerlendirilmiştir. Bir kişi birden çok seçenek işaretleyebildiği için toplam sayı 1064'ü, toplam yüzde de %100,0'ı geçmektedir.

** Evliliğinde cinsel sorunu olduğunu ifade eden 125 kişi için değerlendirilmiştir. Bir kişi birden çok seçenek işaretleyebildiği için toplam sayı 125'i, toplam yüzde de %100,0'ı geçmektedir.

*** Cinsel sorunu olup yardım aldığını ifade eden 30 kişi için değerlendirilmiştir. Bir kişi birden çok seçenek işaretleyebildiği için toplam sayı 30'u, toplam yüzde de %100,0'ı geçmektedir.

Araştırmaya katılan kadınların %87,5'i cinsellikle ilgili bilgilerinin olduğunu ifade etmiştir. Bilgileri olanların %61,9'u bilginin kaynağını eşi olarak belirtmiştir. Araştırma grubunun %62,3'ü cinsel hayatlarını çok iyi/iyi, %32,4'ü orta ve %5,3'ü ise kötü/çok kötü olarak değerlendirmişlerdir. Kadınların %10,3'ü evliliğinde cinsel sorunları olduğunu ifade etmektedir. Cinsel sorunu olduğunu belirtenlerin %24,0'ı yardım almakta olup %73,3'ü doktor/psikologdan, %46,7'si ise arkadaş/internette yardım aldığını ifade etmiştir. Yardım alanların %33,3'ü eşile birlikte destek aldığını belirtmiştir (Tablo 13).

Araştırma grubunun %71,5'i evlenmeden önce cinsel konuları aileleriyle asla konuşmadıklarını ifade etmiştir (Tablo 13).

Araştırmaya katılan kadınların kendilerinde ve eşlerinde doktor tarafından teşhis edilmiş cinsel bir sorunun varlığı ve bu sorunların neler olduğu Tablo 14'de gösterilmiştir.

Tablo 14. Araştırma grubu ve eşlerinde doktor tarafından teşhis edilmiş cinsel sorun varlığı ile ilgili değişkenlerin dağılımı

Değişkenler	n	%
Kadında Teşhis Edilmiş Cinsel Sorun Varlığı		
Var	5	0,4
Yok	1211	99,6
Teşhis Edilen Cinsel Sorunlar (n=5)*		
İnfertilite	1	20,0
Genital siğil	1	20,0
Vajinismus	3	60,0
Erkeklerde Teşhis Edilmiş Cinsel Sorun Varlığı		
Var	13	1,1
Yok	1203	98,9
Teşhis Edilen Cinsel Sorunlar (n=13)**		
İnfertilite	1	7,7
Eretil disfonksiyon	3	23,1
Erken boşalma	5	38,5
Sperm azlığı	4	30,8
Toplam	1216	100,0

* Doktor tarafından teşhis edilmiş cinsel sorunu olan 5 kadın için değerlendirilmiştir.

** Doktor tarafından teşhis edilmiş cinsel sorunu olan 5 erkek için değerlendirilmiştir.

Kadınların %0,4'ü doktor tarafından teşhis edilmiş cinsel bir sorununun olduğunu, sorunu olanların %60,0'ı da vajinismus tanısı konulduğunu belirtmektedir. Araştırma grubunun %1,1'i eşinde doktor tarafından teşhis edilmiş cinsel bir sorun olduğunu belirtmiş ve sorunu olanların %38,5'inde erken boşalma tanısının konulduğu ifade edilmiştir (Tablo 14).

Araştırma grubunun IFSF puanı ortalaması ve IFSF puanına göre CFB'nin değerlendirilmesi Tablo 15'de gösterilmiştir.

Tablo 15. Araştırma grubunun kadın cinsel fonksiyon indeksi puanı ortalaması ve cinsel fonksiyon bozukluğu varlığının değerlendirilmesi

Değişkenler	n	ort±SS (min-max)/%
Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi Puanı	1216	29,5±8,2 (6-45)
Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi Alt Boyut Puanları		
Cinsel Doyum	1216	10,4±3,2 (3-15)
Cinsel İlişki Sıklığı/Libido	1216	11,0±3,4 (3-20)
Cinsel İlişkideki Rahatsızlık	1216	8,0±2,8 (0-10)
Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi Puanına Göre Cinsel Fonksiyon Bozukluğu Varlığı		
Var	547	45,0
Yok	669	55,0
Toplam	1216	100,0

Araştırma grubunun IFSF puan ortalaması 29,5±8,2 olup alt boyut puan ortalamaları cinsel doyum için 10,4±3,2, cinsel ilişki sıklığı/libido için 11,0±3,4 ve cinsel ilişkideki rahatsızlık için ise 8,0±2,8'dir (Tablo 15). Soru analizinde en düşük puan ortalaması cinsel ilişki sıklığı/libidoyu gösteren sorudan alınmıştır (soru 3; 2,4±1,3). En yüksek puan ortalaması ise cinsel ilişkinin kalitesini gösteren sorudan alınmıştır (soru 1; 4,1±1,5).

Araştırmaya katılan kadınların %45,0'ında IFSF'ye göre CFB saptanmıştır (Tablo 15).

4.1.8. Araştırmaya Katılan Kadınların Ruhsal Durumları ile İlgili Değişkenleri

Araştırmaya katılan kadınlarda ruhsal sorun varlığının düşüncesi, sorun olunca yardım alma tutumu, kendisinde, eşinde ve birinci derece akrabalarında doktor tarafından teşhis edilmiş ruhsal sorun varlığı, son bir ay içerisinde kendisini derinden etkileyen bir olay yaşama durumu ve gelecekle ilgili kaygı varlığı Tablo 16'da gösterilmiştir.

Tablo 16. Araştırmaya katılan kadınlarda ruhsal durum ile ilgili değişkenlerin dağılımı

Değişkenler	n	%
Ruhsal Sorun Olduğunun Düşüncesi		
Var	270	22,2
Yok	946	77,8
Ruhsal Sorunu Olanların Yardım Alma Tutumu (n=270)*		
Yardım almam, yanlış anlaşılabiliyorum	48	17,8
Kararsızım	85	31,5
Yardım alırım, sakınca görmüyorum	137	50,7
Kadınlarda Doktor Tarafından Teşhis Edilmiş Ruhsal Sorun Varlığı		
Var	66	5,4
Yok	1150	94,6
Teşhis Edilen Ruhsal Sorunlar (n=66)**		
Anksiyete Bozukluğu	35	53,0
Duygudurum Bozukluğu	29	43,9
Anti Sosyal Kişilik Bozukluğu	1	1,5
Psikotik Bozukluk	1	1,5
Eşinde Doktor Tarafından Teşhis Edilmiş Ruhsal Sorun Varlığı		
Var	48	3,9
Yok	1168	96,1
Birinci Derece Akrabalarında Doktor Tarafından Teşhis Edilmiş Ruhsal Sorun Varlığı		
Var	105	8,6
Yok	1111	91,4
Son Bir Ay İçerisinde Kendisini Derinden Etkileyen Bir Olay Yaşama Durumu		
Yaşayanlar	188	15,5
Yaşamayanlar	1028	84,5
Gelecekle İlgili Kaygı Durumu		
Var	680	55,9
Yok	536	44,1
Toplam	1216	100,0

* Ruhsal sorunu olduğunu düşünen 270 kadın için değerlendirilmiştir.

** Doktor tarafından teşhis edilen ruhsal sorunu olan 66 kadın için değerlendirilmiştir.

Araştırmaya katılan kadınlarda kendisinde ruhsal sorun olduğunu düşünenlerin oranı %22,2'dir. Ruhsal sorunu olduğunu düşünenlerin %49,3'ü kararsız ya da yardım almaktan çekinmekte, %50,7'si ise yardım almakta bir sakınca görmemektedir (Tablo 16).

Araştırma grubunda doktor tarafından teşhis edilmiş ruhsal sorun varlığı kadınlarda %5,4, eşinde %3,9 ve birinci derece akrabalarında %8,6'dır. Teşhis edilmiş ruhsal sorunu olan kadınların %53,0'ında anksiyete bozukluğu, %43,9'unda ise duygudurum bozukluğu bulunmaktadır (Tablo 16).

Kadınların %15,5'i son bir ay içerisinde kendilerini derinden etkileyen bir olay yaşadıklarını belirtmiştir (Tablo 16).

Araştırma grubunun %55,9'u gelecekle ilgili kaygı yaşamaktadır (Tablo 16).

Araştırma grubunun GSA 12'den aldığı puanın ortalaması ve GSA 12'den alınan puana göre değerlendirilen ruhsal sorun varlığı Tablo 17'de gösterilmiştir.

Tablo 17. Araştırmaya katılan kadınların Genel Sağlık Anketi 12'den aldığı puanın ortalaması ve ruhsal sorun varlığının değerlendirilmesi

Değişkenler	n	ort±SS (min-max)/%
Genel Sağlık Anketi Puanları	1216	2,2±2,5 (0-12)
Genel Sağlık Anketi Puanına Göre Ruhsal Sorun Varlığı		
Var	596	49,0
Yok	620	51,0
Toplam	1216	100,0

Araştırma grubunun GSA 12 puanları ortalaması 2,2±2,5'dir. GSA 12'ye göre araştırmaya katılan kadınların %49,0'ının ruhsal sorunu bulunmaktadır (Tablo 17).

4.2. Araştırma Grubunun Analitik Bulguları

4.2.1. Cinsel Fonksiyon Bozukluğu Görülme Sıklığının Bağımsız Değişkenler ile Karşılaştırılması

4.2.1.1. Araştırmaya Katılan Kadınların ve Eşlerinin Sosyodemografik Değişkenleri ile Cinsel Fonksiyon Bozukluğu Görülme Sıklığının Karşılaştırılması

Araştırmaya katılan kadınların sosyodemografik değişkenleri ile CFB görülme sıklığının karşılaştırılması Tablo 18'de verilmiştir.

Tablo 18. Araştırmaya katılan kadınların sosyodemografik değişkenleri ile cinsel fonksiyon bozukluğu görülme sıklığının karşılaştırılması

Sosyodemografik Değişkenler	Cinsel Fonksiyon Bozukluğu				
	n	Var (%)	Yok (%)	χ^2	P
Yaş					
15-29	284	30,6	69,4	59,217*	<0,001
30-39	535	41,7	58,3		
40-49	397	59,7	40,3		
Eğitim Durumu					
Ortaokul ve altı	565	52,0	48,0	24,009*	<0,001
Lise	386	41,7	58,3		
Üniversite ve üstü	265	34,7	65,3		
Çalışma Durumu					
Çalışanlar	339	41,6	58,4	2,183	0,139
Çalışmayanlar	877	46,3	53,7		
Ekonomik Durum Algısı					
İyi	240	37,9	62,1	21,043*	<0,001
Orta	861	44,0	56,0		
Kötü	115	67,0	33,0		
Sağlık Güvencesi Varlığı					
Var	1104	43,8	56,2	6,327	0,012
Yok	112	56,3	43,8		
Aile Tipi					
Çekirdek aile	1098	45,1	54,9	0,044	0,833
Geniş aile	118	44,1	55,9		

*Eğimde ki-kare testi

Araştırmaya katılan kadınlarda yaş ilerledikçe CFB görülme sıklığı anlamlı olarak artmaktadır ($\chi^2=59,217$, $p<0,001$) (Tablo 18). CFB görülen grubun yaş ortalaması diğer gruba göre anlamlı olarak daha yüksektir (sırasıyla yaş $\pm$ ortalama değerleri 37,4 $\pm$ 7,1, 33,9 $\pm$ 6,9, $t=-8,559$, $p<0,001$).

Grubun eğitim seviyesi arttıkça CFB görülme sıklığı anlamlı olarak azalmaktadır ($\chi^2=24,009$, $p<0,001$).

Araştırmaya katılan kadınlarda çalışma durumu ile CFB görülme sıklığı arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($\chi^2=2,183$, $p=0,139$).

Araştırma grubunda ekonomik durum algısı kötüleştikçe CFB görülme sıklığı anlamlı olarak artmaktadır ($\chi^2=21,043$, $p<0,001$).

Herhangi bir sağlık güvencesi olmayanlarda CFB görülme sıklığı olanlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($\chi^2=6,327$, $p=0,012$).

Araştırmaya katılan kadınlarda aile tipi ile CFB görülme sıklığı arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($\chi^2=0,044$, $p=0,833$) (Tablo 18).

Araştırmaya katılan kadınların eşlerinin sosyodemografik değişkenleri ile CFB görülme sıklığının karşılaştırılması Tablo 19’da verilmiştir.

Tablo 19. Araştırmaya katılan kadınların eşlerinin sosyodemografik değişkenleri ile cinsel fonksiyon bozukluğu görülme sıklığının karşılaştırılması

Eşin Sosyodemografik Değişkenleri	Cinsel Fonksiyon Bozukluğu				p
	n	Var (%)	Yok (%)	χ^2	
Eşin Eğitim Durumu					
Ortaokul ve altı	411	54,3	45,7	30,956*	<0,001
Lise	408	45,6	54,4		
Üniversite ve üstü	397	34,8	65,2		
Eşin Çalışma Durumu					
Çalışanlar	1109	43,0	57,0	19,800	<0,001
Çalışmayanlar	107	65,4	34,6		

*Eğimde ki-kare testi

Araştırmaya katılan kadınların eşlerinin eğitim seviyesi arttıkça kadınlarda CFB görülme sıklığı anlamlı olarak azalmaktadır ($\chi^2=30,956$, $p<0,001$).

Araştırma grubunda CFB görülme sıklığı eşi çalışmayan kadınlarda çalışanlara göre anlamlı olarak daha yüksektir ($\chi^2=19,800$, $p<0,001$) (Tablo 19).

4.2.1.2. Araştırmaya Katılan Kadınların Doğurganlık Öyküsü, Çocuk Sahibi Olmakla İlgili Sorun Yaşama Durumları ve Aile Planlaması ile İlgili Değişkenlerinin Cinsel Fonksiyon Bozukluğu Görülme Sıklığı ile Karşılaştırılması

Araştırmaya katılan kadınların doğurganlık öyküsü ile ilgili değişkenlerinin ortalamalarının CFB görülme sıklığı ile karşılaştırılması Tablo 20’de gösterilmiştir.

Tablo 20. Araştırma grubunun doğurganlık öyküsü ile ilgili değişkenlerinin ortalamalarının cinsel fonksiyon bozukluğu görülme sıklığı ile karşılaştırılması

Doğurganlık Öyküsü İle İlgili Değişkenler	Cinsel Fonksiyon Bozukluğu		t	p
	Var (ort±SS)	Yok (ort±SS)		
Toplam gebelik sayısı	2,6±1,3	2,2±1,2	-5,208	<0,001
Canlı doğum sayısı	2,1±0,9	1,8±0,9	-5,086	<0,001
Kendiliğinden düşük sayısı	0,3±0,6	0,3±0,7	-0,028	0,978
İsteyerek düşük sayısı	0,2±0,5	0,1±0,3	-3,253	0,001
Ölü doğum sayısı	0,1±0,3	0,1±0,2	-0,606	0,544
Yaşayan çocuk sayısı	2,1±0,9	1,8±0,9	-5,117	<0,001

CFB görülen grubun toplam gebelik sayısı ortalaması CFB görülmeyen gruba göre anlamlı olarak daha yüksektir (sırasıyla toplam gebelik sayısı±ortalama değerleri 2,6±1,3, 2,2±1,2, t=-5,208, p<0,001).

CFB görülen grubun canlı doğum sayısı ortalaması CFB görülmeyen gruba göre anlamlı olarak daha yüksektir (sırasıyla canlı doğum sayısı±ortalama değerleri 2,1±0,9, 1,8±0,9, t=-5,086, p<0,001).

CFB görülme sıklığı ile kendiliğinden düşük sayısı ortalaması arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır (t=-0,028, p=0,978). Kendiliğinden düşük yapan kadınlar ile yapmayanlar karşılaştırıldığında da CFB görülme sıklığı açısından anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($\chi^2=0,340$, p=0,560).

CFB görülen grubun isteyerek düşük sayısı ortalaması CFB görülmeyen gruba göre anlamlı olarak daha yüksektir (sırasıyla isteyerek düşük sayısı $\pm$ ortalama değerleri 0,2 $\pm$ 0,5, 0,1 $\pm$ 0,3, t=-3,253, p=0,001). İsteyerek düşük yapan kadınlarda CFB görülme sıklığı yapmayanlara göre anlamlı olarak artmaktadır ($\chi^2=10,343$, p=0,001).

CFB görülme sıklığı ile ölü doğum sayısı ortalaması arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır (t=-0,606, p=0,544).

CFB görülen grubun yaşayan çocuk sayısı ortalaması CFB görülmeyen gruba göre anlamlı olarak daha yüksektir (sırasıyla toplam gebelik sayısı $\pm$ ortalama değerleri 2,1 $\pm$ 0,9, 1,8 $\pm$ 0,9, t=-5,117, p<0,001) (Tablo 20).

Araştırma grubunun çocuk sahibi olmakla ilgili sorun yaşama durumlarının CFB görülme sıklığı ile karşılaştırılması Tablo 21’de gösterilmiştir.

Tablo 21. Araştırmaya katılan kadınların çocuk sahibi olmakla ilgili sorun yaşama durumlarının cinsel fonksiyon bozukluğu görülme sıklığı ile karşılaştırılması

Çocuk Sahibi Olmakla İlgili Sorun Yaşama Durumu	Cinsel Fonksiyon Bozukluğu			χ^2	p
	n	Var (%)	Yok (%)		
Yaşayanlar	81	39,5	60,5	1,052	0,305
Yaşamayanlar	1135	45,4	54,6		

Araştırmaya katılan kadınların çocuk sahibi olmakla ilgili sorun yaşama durumları ile CFB görülme sıklığı arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($\chi^2=1,052$, p=0,305) (Tablo 21).

Araştırmaya katılan kadınlarda aile planlaması yöntemi kullanma durumunun CFB görülme sıklığı ile karşılaştırılması Tablo 22’de gösterilmiştir.

Tablo 22. Araştırmaya katılan kadınlarda aile planlaması yöntemi kullanma durumunun cinsel fonksiyon bozukluğu görülme sıklığı ile karşılaştırılması

Aile Planlaması Yöntemi Kullanma Durumu	Cinsel Fonksiyon Bozukluğu				p
	n	Var (%)	Yok (%)	χ^2	
Kullanıyor	954	44,5	55,5	0,337	0,561
Kullanmıyor	262	46,6	53,4		

Araştırmaya katılan kadınlarda aile planlaması yöntemi kullanma durumu ile CFB görülme sıklığı arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($\chi^2=0,337$, $p=0,561$) (Tablo 22).

4.2.1.3. Araştırmaya Katılan Kadınlarda, Eşinde ve Çocuk/Çocuklarında Kronik Hastalık Varlığının Cinsel Fonksiyon Bozukluğu Görülme Sıklığı ile Karşılaştırılması

Araştırmaya katılan kadınlarda, eşinde ve çocuk/çocuklarında kronik hastalık varlığının CFB görülme sıklığı ile karşılaştırılması Tablo 23'de gösterilmiştir.

Tablo 23. Araştırmaya katılan kadınlarda, eşinde ve çocuk/çocuklarında kronik hastalık varlığının cinsel fonksiyon bozukluğu görülme sıklığı ile karşılaştırılması

Kronik Hastalık Varlığı	Cinsel Fonksiyon Bozukluğu				p
	n	Var (%)	Yok (%)	χ^2	
Kadınlarda Kronik Hastalık Varlığı					
Var	269	52,0	48,0	6,959	0,008
Yok	947	43,0	57,0		
Eşinde Kronik Hastalık Varlığı					
Var	185	60,5	39,5	21,338	<0,001
Yok	1031	42,2	57,8		
Çocuk/Çocuklarında Kronik Hastalık Varlığı					
Var	113	55,8	44,2	5,837	0,016
Yok	1103	43,9	56,1		

Araştırmaya katılan kadınlarda kronik hastalığı olanlarda CFB görülme sıklığı olmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($\chi^2=6,959$, $p=0,008$).

Eşinde kronik hastalığı olan kadınlarda CFB görülme sıklığı olmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($\chi^2=21,338$, $p<0,001$).

Çocuk/Çocuklarında kronik hastalığı olan kadınlarda CFB görülme sıklığı olmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($\chi^2=5,837$, $p=0,016$) (Tablo 23).

4.2.1.4. Araştırmaya Katılan Kadınların Sigara İçme Durumu ve Uyku Düzeni ile İlgili Değişkenlerinin Cinsel Fonksiyon Bozukluğu Görülme Sıklığı ile Karşılaştırılması

Araştırma grubunun sigara içme durumu ve uyku düzeni ile ilgili değişkenlerinin CFB görülme sıklığı ile karşılaştırılması Tablo 24’de gösterilmiştir.

Tablo 24. Araştırma grubunun sigara içme durumu ve uyku düzeni ile ilgili değişkenlerinin cinsel fonksiyon bozukluğu görülme sıklığı ile karşılaştırılması

Sigara İçme Durumu ve Uyku Düzeni ile İlgili Değişkenler	Cinsel Fonksiyon Bozukluğu				
	n	Var (%)	Yok (%)	χ^2	p
Sigara İçme Durumu					
İçenler	225	49,8	50,2	2,564	0,109
İçmeyenler	991	43,9	56,1		
Uyku Düzeni					
Düzenli	546	38,1	61,9	24,569*	<0,001
Ara sıra düzensiz	523	48,2	51,8		
Çoğu zaman düzensiz	147	59,2	40,8		

* Eşimde ki kare

Araştırma grubunda sigara içenlerde CFB görülme sıklığı yüksek olmakla birlikte anlamlı bulunmamaktadır ($\chi^2=2,564$, $p=0,109$).

Araştırmaya katılan kadınların uyku durumları düzensizleştikçe CFB görülme sıklığı anlamlı olarak artmaktadır ($\chi^2=24,569$, $p<0,001$) (Tablo 24).

4.2.1.5. Araştırmaya Katılan Kadınların Geçmiş Yaşantıları ile İlgili Değişkenlerinin Cinsel Fonksiyon Bozukluğu Görülme Sıklığı ile Karşılaştırılması

Araştırmaya katılan kadınların çocukluğunu kimin yanında geçirdiği, çocukluğunda şiddet görme durumu ve çocukluğunda derinden etkileyen bir olayla karşılaşma durumu ile ilgili değişkenlerinin CFB görülme sıklığı ile karşılaştırılması Tablo 25’de gösterilmiştir.

Tablo 25. Araştırma grubunun geçmiş yaşantıları ile ilgili değişkenlerinin cinsel fonksiyon bozukluğu görülme sıklığı ile karşılaştırılması

Geçmiş Yaşantıları ile İlgili Değişkenler	Cinsel Fonksiyon Bozukluğu				p
	n	Var (%)	Yok (%)	χ^2	
Çocukluğunu Kimin Yanında Geçirdiği					
Anne, baba, kardeş	1127	43,8	56,2	8,234	0,004
Diğer	89	59,6	40,4		
Çocukluğunda Şiddet Görme Durumu					
Görenler	145	63,4	36,6	22,680	<0,001
Görmeyenler	1071	42,5	57,5		
Çocukluğunda Derinden Etkileyen Bir Olayla Karşılaşma Durumu					
Karşılaşanlar	202	51,5	48,5	4,138	0,042
Karşılaşmayanlar	1014	43,7	56,3		

Araştırma grubunda çocukluğunu anne, baba ve kardeş ortamı dışında geçirenlerde CFB görülme sıklığı anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($\chi^2=8,234$, $p=0,004$).

Çocukluğunda şiddet gören kadınlarda CFB görülme sıklığı görmeyenlere göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($\chi^2=22,680$, $p<0,001$).

Çocukluğunda kendisini derinden etkileyen bir olayla karşılaşan kadınlarda CFB görülme sıklığı karşılaşmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($\chi^2=4,138$, $p=0,042$) (Tablo 25).

4.2.1.6. Araştırmaya Katılan Kadınların Evlilik Durumları ile İlgili Değişkenlerinin Cinsel Fonksiyon Bozukluğu Görülme Sıklığı ile Karşılaştırılması

Araştırma grubunun evlilik süresi ve eşle yaş farkı ile ilgili değişkenlerinin CFB görülme sıklığı ile karşılaştırılması Tablo 26’da gösterilmiştir.

Tablo 26. Araştırma grubunun evlilik süresi ve eşle yaş farkı ile ilgili değişkenlerinin cinsel fonksiyon bozukluğu görülme sıklığı ile karşılaştırılması

Evlilik Durumu ile İlgili Değişkenler	Cinsel Fonksiyon Bozukluğu		t	p
	Var (ort±SS)	Yok (ort±SS)		
Evlilik süresi	15,8±7,9	12,2±7,4	-7,979	<0,001
Eşle yaş farkı	4,0±3,3	3,7±2,7	-2,200	0,028

CFB görülen grubun evlilik süresi ortalaması CFB görülmeyen gruba göre anlamlı olarak daha fazladır (sırasıyla evlilik süresi±ortalama değerleri 15,8±7,9, 12,2±7,4, $t=-7,979$, $p<0,001$).

CFB görülen grubun eşyle arasındaki yaş farkı ortalaması CFB görülmeyen gruba göre anlamlı olarak daha fazladır (sırasıyla eşle yaş farkı±ortalama değerleri 4,0±3,3, 3,7±2,7, $t=-2,200$, $p=0,028$) (Tablo 26).

Araştırmaya katılan kadınların evlenme şekilleri, evliliklerini nasıl değerlendirdikleri, eşyle sorun yaşama durumları, eşinin aile düzenini bozacak derecede alkol kullanma alışkanlığı ve evlilikte ortak karar alma tutumları ile ilgili değişkenlerinin CFB görülme sıklığı ile karşılaştırılması Tablo 27’de gösterilmiştir.

Tablo 27. Araştırmaya katılan kadınların evlenme şekilleri, evliliklerini nasıl değerlendirdikleri, eşiyle sorun yaşama durumları, eşinin alkol kullanma alışkanlığı ve evlilikte ortak karar alma tutumlarının cinsel fonksiyon bozukluğu görülme sıklığı ile karşılaştırılması

Evlilik Durumu ile İlgili Değişkenler	Cinsel Fonksiyon Bozukluğu				
	n	Var (%)	Yok (%)	χ^2	p
Evlenme Şekli					
Tanışarak	542	36,3	63,7	32,564*	<0,001
Görücü usulü isteyerek	574	50,5	49,5		
İstemeyerek	100	60,0	40,0		
Evliliğinde Mutluluğunu Değerlendirme					
Çok mutlu/mutlu	873	35,3	64,7	126,545**	<0,001
Orta derecede mutlu	309	67,0	33,0		
Mutsuz/çok mutsuz	34	94,1	5,9		
Eşle Sorun Yaşama					
Yaşayanlar	435	63,7	36,3	95,644	<0,001
Yaşamayanlar	781	34,6	65,4		
Eşinin Aile Düzenini Bozacak Derecede Alkol Kullanma Alışkanlığı					
Var	49	75,5	24,5	19,225	<0,001
Yok	1167	43,7	56,3		
Ortak Karar Alma Durumu					
Alanlar	806	35,2	64,8	91,781	<0,001
Almayanlar	410	64,1	35,9		

* Çok gözlü düzende ki kare

** Eğimde ki kare

Araştırmaya katılan kadınların evlenme şekli ile CFB görülme sıklığı arasında anlamlı bir farklılık vardır ($\chi^2=32,564$, $p<0,001$). Tanışarak evlenenlerde CFB diğer gruplara göre anlamlı olarak daha az görülüyordu (Tanışarak evlenenler satırı analizden çıkarıldığında anlamlılık kayboluyordu. $\chi^2=3,064$, $p=0,080$).

Araştırmaya katılan kadınların evliliğinde mutsuzluk algıları arttıkça CFB görülme sıklığı da anlamlı olarak artmaktadır ($\chi^2=126,545$, $p<0,001$).

Eşiyle sorun yaşayan kadınlarda CFB görülme sıklığı yaşamayanlara göre anlamlı olarak daha fazladır ($\chi^2=95,644$, $p<0,001$).

Eşinde aile düzenini bozacak düzeyde alkol kullanma alışkanlığı olanlarda CFB görülme sıklığı olmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($\chi^2=19,225$, $p<0,001$).

Araştırma grubunda evliliğinde ortak karar almayanlarda CFB görülme sıklığı alanlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($\chi^2=91,781$, $p<0,001$) (Tablo 27).

Araştırmaya katılan kadınların eşinden şiddet görme durumu ile CFB görülme sıklığının karşılaştırılması Tablo 28’de gösterilmiştir.

Tablo 28. Araştırmaya katılan kadınların eşinden şiddet görme durumu ile cinsel fonksiyon bozukluğu görülme sıklığının karşılaştırılması

Eşinden Şiddet Görme Durumu	Cinsel Fonksiyon Bozukluğu				p
	n	Var (%)	Yok (%)	χ^2	
Görenler	139	78,4	21,6	70,885	<0,001
Görmeyenler	1077	40,7	59,3		

Evliliğinde eşinden şiddet gören kadınlarda CFB görülme sıklığı görmeyenlere göre anlamlı olarak daha yüksektir ($\chi^2=70,885$, $p<0,001$) (Tablo 28).

4.2.1.7. Araştırmaya Katılan Kadınların Evlilik Uyum Ölçeği Puanı Ortalaması ve Evlilik Uyumunun Cinsel Fonksiyon Bozukluğu Görülme Sıklığı ile Karşılaştırılması

Araştırma grubunun EUÖ puanı ortalaması ve EUÖ puanına göre değerlendirilen evlilik uyumunun CFB görülme sıklığı ile karşılaştırılması Tablo 29’da gösterilmiştir.

Tablo 29. Araştırma grubunun evlilik uyum ölçeği puanı ortalaması ve evlilik uyumunun cinsel fonksiyon bozukluğu görülme sıklığı ile karşılaştırılması

Değişkenler	Cinsel Fonksiyon Bozukluğu			
	Var (ort±SS/%)	Yok (ort±SS/%)	t/ χ^2	p
Evlilik Uyum Ölçeği Puanı	37,0±9,2	45,9±7,2	18,432	<0,001
Evlilik Uyum Ölçeği Puanına Göre Evlilik Uyumunun Değerlendirilmesi				
Uyumlu (n=584)	20,4	79,6	274,913	<0,001
Uyumsuz (n=632)	67,7	32,3		

CFB görülen grubun EUÖ puanı ortalaması CFB görülmeyen gruba göre anlamlı olarak daha düşüktür (sırasıyla EUÖ puanı±ortalama değerleri 37,0±9,2, 45,9±7,2, t=18,432, p<0,001).

Araştırma grubunda uyumsuz evliliği olan kadınlarda CFB görülme sıklığı uyumlu evliliği olanlara göre anlamlı olarak daha yüksektir ($\chi^2=274,913$, p<0,001) (Tablo 29).

4.2.1.8. Araştırmaya Katılan Kadınların Cinsellik Durumları ile İlgili Değişkenlerinin Cinsel Fonksiyon Bozukluğu Görülme Sıklığı ile Karşılaştırılması

Araştırmaya katılan kadınların cinsellikle ilgili bilgilerinin varlığı, evliliğinde cinsel hayatını değerlendirme, evliliğinde cinsel sorun varlığını değerlendirme ve evlenmeden önce ailenin cinsel konulara karşı tutumları ile CFB görülme sıklığının karşılaştırılması Tablo 30'da sunulmuştur.

Tablo 30. Araştırmaya katılan kadınların cinsellik durumları ile ilgili değişkenlerinin cinsel fonksiyon bozukluğu görülme sıklığı ile karşılaştırılması

Cinsellik Durumu ile İlgili Değişkenler	Cinsel Fonksiyon Bozukluğu				
	n	Var (%)	Yok (%)	χ^2	p
Cinsellikle İlgili Bilgilerinin Varlığı					
Var	1064	43,0	57,0	14,207	<0,001
Yok	152	59,2	40,8		
Evliliğinde Cinsel Hayatını Değerlendirme					
Çok iyi/İyi	758	28,4	71,6	228,284*	<0,001
Orta	394	69,5	30,5		
Kötü/Çok kötü	64	90,6	9,4		
Evliliğinde Cinsel Sorun Varlığını Değerlendirme					
Var	125	87,2	12,8	100,331	<0,001
Yok	1091	40,1	59,9		
Evlenmeden Önce Aile ile Cinsel Konular Hakkında Konuşma					
Konuşulur	347	36,6	63,4	13,792	<0,001
Konuşulmaz	869	48,3	51,7		

* Eşimde ki kare

Cinsellikle ilgili bilgilerinin olmadığını ifade eden kadınlarda CFB görülme sıklığı bilgilerinin olduğunu ifade edenlere göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($\chi^2=14,207$, $p<0,001$).

Araştırmaya katılan kadınların evliliğinde cinsel hayatını değerlendirmeleri kötüleştikçe CFB görülme sıklığı anlamlı olarak artmaktadır ($\chi^2=228,284$, $p<0,001$).

Eşiyle aralarında cinsel sorun olduğunu belirten kadınlarda CFB görülme sıklığı sorun olmadığını belirtenlere göre anlamlı olarak daha yüksektir ($\chi^2=100,331$, $p<0,001$).

Evlenmeden önce ailesiyle cinsel konular hakkında konuşmayan kadınlarda CFB görülme sıklığı konuşanlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($\chi^2=13,792$, $p<0,001$) (Tablo 30).

4.2.1.9. Araştırmaya Katılan Kadınların Genel Sağlık Anketi 12'den Aldığı Puanın Ortalaması ve Ruhsal Sorun Varlığının Cinsel Fonksiyon Bozukluğu Görülme Sıklığı ile Karşılaştırılması

Araştırma grubunun GSA 12'den aldığı puanın ortalaması ve GSA 12 puanına göre değerlendirilen ruhsal sorun varlığının CFB görülme sıklığı ile karşılaştırılması Tablo 31'de gösterilmiştir.

Tablo 31. Araştırma grubunun genel sağlık anketi 12'den aldığı puanın ortalaması ve ruhsal sorun varlığının cinsel fonksiyon bozukluğu görülme sıklığı ile karşılaştırılması

Değişkenler	Cinsel Fonksiyon Bozukluğu			
	Var (ort±SS/%)	Yok (ort±SS/%)	t/ χ^2	p
Genel Sağlık Anketi Puanı	3,3±2,8	1,3±1,8	-14,244	<0,001
Genel Sağlık Anketi Puanına Göre Ruhsal Sorun Varlığı				
Var (n=596)	65,8	34,2	204,116	<0,001
Yok (n=620)	25,0	75,0		

CFB görülen grubun GSA 12 puan ortalaması CFB görülmeyen gruba göre anlamlı olarak daha yüksektir (sırasıyla GSA puanı±ortalama değerleri 3,3±2,8, 1,3±1,8, t=-14,244, p<0,001).

Araştırma grubunda GSA 12 puanına göre ruhsal sorunu olan kadınlarda CFB görülme sıklığı olmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($\chi^2=204,116$, p<0,001) (Tablo 31).

4.2.1.10. Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi Puanına Göre Saptanan Cinsel Fonksiyon Bozukluğu Görülme Sıklığı ile Bağımsız Değişkenler Arasında Yapılan Lojistik Regresyon Analizi

Lojistik regresyon analizine göre CFB görülme sıklığını etkileyen risk faktörleri Tablo 32 ve Tablo 33'de gösterilmiştir.

Tablo 32. Lojistik regresyon analizine göre cinsel fonksiyon bozukluğu görülme sıklığını etkileyen risk faktörleri (Başlangıç tablosu)*

Değişkenler		B	p	Olasılıklar Oranı Exp (B)	%95 Güven Aralığı
Kadının Eğitim Durumu	Lise (1)	-0,054	0,808	0,947	0,613-1,465
	Ortaokul ve altı (2)	0,056	0,805	1,058	0,678-1,651
Ekonomik Durum Algısı	Orta (1)	-0,217	0,293	0,805	0,537-1,207
	Kötü (2)	-0,463	0,188	0,629	0,315-1,255
Sağlık Güvencesi Varlığı	Yok (1)	0,636	0,019	1,888	1,113-3,205
Eşin Çalışma Durumu	Çalışmıyor (1)	0,160	0,572	1,173	0,674-2,041
Toplam Gebelik Sayısı		0,022	0,769	1,022	0,884-1,181
İsteyerek Düşük Sayısı		-0,034	0,861	0,967	0,661-1,414
Kadınlarda Kronik Hastalık Varlığı	Var (1)	0,001	0,994	1,001	0,688-1,457
Eşinde Kronik Hastalık Varlığı	Var (1)	0,428	0,056	1,535	0,989-2,381
Çocuk/Çocuklarında Kronik Hastalık Varlığı	Var (1)	0,177	0,508	1,194	0,707-2,016
Uyku Düzeni	Ara sıra düzensiz (1)	-0,030	0,857	0,971	0,702-1,343
	Çoğu zaman düzensiz (2)	0,131	0,601	1,140	0,698-1,861
Çocukluğunu Kimin Yanında Geçirdiği	Anne/Baba/Kardeş ortamı haricinde (1)	0,268	0,362	1,308	0,735-2,327
Çocukluğunda Şiddet Görme Durumu	Görenler (1)	-0,157	0,527	0,854	0,525-1,391
Çocukluğunda Derinden Etkileyen Bir Olayla Karşılaşma Durumu	Karşılaşanlar (1)	0,114	0,597	1,121	0,735-1,710
Evlilik Süresi		0,061	<0,001	1,063	1,038-1,089
Eşle Yaş Farkı		-0,018	0,491	0,982	0,934-1,034
Evlenme Şekli	Görücü usulü isteyerek (1)	0,238	0,150	1,269	0,918-1,755
	İstemeyerek (2)	0,104	0,733	1,109	0,612-2,011
Eşle Sorun Yaşama	Yaşayanlar (1)	0,094	0,608	1,098	0,768-1,571

Tablo 32. Lojistik regresyon analizine göre cinsel fonksiyon bozukluğu görülme sıklığını etkileyen risk faktörleri (Başlangıç tablosu)* (devamı)

Değişkenler		B	p	Olasılıklar Oranı Exp (B)	%95 Güven Aralığı
Eşinin Aile Düzenini Bozacak Derecede Alkol Kullanma Alışkanlığı	Var (1)	0,394	0,342	1,483	0,658-3,341
Evlilikte Ortak Karar Alma Durumu	Almayanlar (1)	0,119	0,497	1,126	0,800-1,586
Eşinden Şiddet Görme Durumu	Görenler (1)	0,241	0,407	1,273	0,719-2,252
Evlilik Uyum Ölçeğine Göre Evlilik Uyumunun Değerlendirilmesi	Uyumsuz (1)	1,351	<0,001	3,861	2,763-5,396
Cinsellikle İlgili Bilgilerinin Varlığı	Yok (1)	0,687	0,002	1,987	1,275-3,096
Evliliğinde Cinsel Hayatını Değerlendirme	Orta (1)	1,245	<0,001	3,472	2,492-4,838
	Kötü/Çok kötü (2)	1,479	0,005	4,386	1,580-12,177
Evliliğinde Cinsel Sorun Varlığını Değerlendirme	Var (1)	1,038	0,003	2,825	1,422-5,612
Evlenmeden Önce Aile ile Cinsel Konular Hakkında Konuşma	Konuşulmaz (1)	-0,095	0,582	0,910	0,649-1,274
Genel Sağlık Anketi 12 Puanına Göre Saptanan Ruhsal Sorun Varlığı	Var (1)	0,984	<0,001	2,675	1,945-3,678
Sabit		-3,104	<0,001		

*Kadının eğitim durumu için üniversite ve üstü olanlar, ekonomik durum algısı iyi olanlar, sağlık güvencesi olanlar, eşi çalışanlar, kadınlarda kronik hastalığı olmayanlar, eşinde kronik hastalığı olmayanlar, çocuk/çocuklarında kronik hastalığı olmayanlar, uykusu düzenli olanlar, çocukluğunu anne, baba, kardeş yanında geçirenler, çocukluğunda şiddet görmeyenler, çocukluğunda derinden etkileyen bir olayla karşılaşmayanlar, tanışarak evlenenler, eşiyle sorun yaşamayanlar, eşinde aile düzenini bozacak derecede alkol kullanma alışkanlığı olmayanlar, evlilikte ortak karar alanlar, eşinden şiddet görmeyenler, EUÖ'ye göre uyumlu evliliği olanlar, cinsellikle ilgili bilgileri olanlar, evliliğinde cinsel hayatını çok iyi/iyi değerlendirenler, evliliğinde cinsel sorunlarının olmadığını değerlendirenler, evlenmeden önce aile ile cinsel konular hakkında konuşanlar, GSA 12 puanına göre ruhsal sorunu olmayanlar referans grup (0) olarak alınmıştır.

Analiz sonucunda sağlık güvencesi varlığı, eşinde kronik hastalık varlığı, evlilik süresi, EU'ye göre evlilik uyumunun değerlendirilmesi, cinsellik ile ilgili bilgilerinin varlığı, evliliğinde cinsel hayatını değerlendirme, evliliğinde cinsel sorun varlığını değerlendirme ve GSA 12 puanına göre ruhsal sorun varlığı modelde kalmıştır.

Tablo 33. Lojistik regresyon analizine göre cinsel fonksiyon bozukluğu görülme sıklığını etkileyen risk faktörleri (Sonuç tablosu)*

Değişkenler		B	p	Olasılıklar Oranı Exp (B)	%95 Güven Aralığı
Sağlık Güvencesi Varlığı	Yok (1)	0,615	0,020	1,849	1,101-3,107
Eşinde Kronik Hastalık Varlığı	Var (1)	0,511	0,016	1,667	1,101-2,522
Evlilik Süresi		0,064	<0,001	1,066	1,046-1,087
Evlilik Uyum leğine Göre Evlilik Uyumunun Değerlendirilmesi	Uyumsuz (1)	1,400	<0,001	4,057	2,969-5,544
Cinsellikle İlgili Bilgilerinin Varlığı	Yok (1)	0,693	0,002	2,000	1,296-3,088
Evliliğinde Cinsel Hayatını Değerlendirme	Orta (1)	1,262	<0,001	3,533	2,584-4,831
	Kötü/çok kötü (2)	1,560	0,002	4,757	1,764-12,824
Evliliğinde Cinsel Sorun Varlığını Değerlendirme	Var (1)	1,082	0,001	2,952	1,514-5,754
Genel Sağlık Anketi 12 Puanına Göre Saptanan Ruhsal Sorun Varlığı	Var (1)	1,008	<0,001	2,741	2,017-3,724
Sabit		-3,195	<0,001		

* Sağlık güvencesi olanlar, eşinde kronik hastalığı olmayanlar, EU'ye göre uyumlu evliliği olanlar, cinsellikle ilgili bilgileri olanlar, evliliğinde cinsel hayatını çok iyi/iyi değerlendirenler, evliliğinde cinsel sorunlarının olmadığını değerlendirenler, GSA 12 puanına göre ruhsal sorunu olmayanlar referans grup (0) olarak alınmıştır.

Yapılan lojistik regresyon analizine göre sağlık güvencesi olmama, eşinde kronik hastalık varlığı, evlilik süresinin artışı, EU'ye göre uyumsuz evliliği olma, cinsellik ile ilgili bilgi sahibi olmama, evliliğinde cinsel hayatını orta/kötü/çok kötü değerlendirme, evliliğinde cinsel sorunu olduğunu değerlendirme ve GSA 12 puanına göre ruhsal sorunu olma CFB görülme sıklığını anlamlı olarak etkilemektedir.

Sağlık güvencesi olmayanlarda CFB görülme sıklığı olanlara göre anlamlı olarak 1,849 kat daha fazla bulunmuştur ($p=0,020$).

Eşinde kronik hastalığı olanlarda CFB görülme sıklığı olmayanlara göre anlamlı olarak 1,667 kat daha fazla bulunmuştur ($p=0,016$).

Evlilik süresi arttıķa CFB görülme sıklığı anlamlı olarak 1,066 kat artmaktadır ($p<0,001$).

EU'ye göre uyumsuz evliliği olanlarda CFB görülme sıklığı uyumlu evliliği olanlara göre anlamlı olarak 4,057 kat daha fazla bulunmuştur ($p<0,001$).

Cinsellikle ilgili bilgileri olmayanlarda CFB görülme sıklığı olanlara göre anlamlı olarak 2,000 kat daha fazla bulunmuştur ($p=0,002$).

Evliliğinde cinsel hayatını orta ve kötü/çok kötü değerlendirenlerde CFB görülme sıklığı iyi değerlendirenlere göre anlamlı olarak 3,533 ve 4,757 kat daha fazla bulunmuştur ($p<0,001$, $p=0,002$).

Evliliğinde cinsel sorunları olduğunu değerlendirenlerde CFB görülme sıklığı cinsel sorunları olmadığını değerlendirenlere göre anlamlı olarak 2,952 kat daha fazla bulunmuştur ($p=0,001$).

GSA 12 puanına göre ruhsal sorunu olanlarda CFB görülme sıklığı olmayanlara göre anlamlı olarak 2,741 kat daha fazla bulunmuştur ($p<0,001$) (Tablo 33).

4.2.2. Ruhsal Sorun Görülme Sıklığının Bağımsız Değişkenler ile Karşılaştırılması

4.2.2.1. Araştırmaya Katılan Kadınların ve Eşlerinin Sosyodemografik Değişkenleri ile Ruhsal Sorun Görülme Sıklığının Karşılaştırılması

Araştırmaya katılan kadınların sosyodemografik değişkenleri ile ruhsal sorun görülme sıklığının karşılaştırılması Tablo 34’de verilmiştir.

Tablo 34. Araştırmaya katılan kadınların sosyodemografik değişkenleri ile ruhsal sorun görülme sıklığının karşılaştırılması

Sosyodemografik Değişkenler	Ruhsal Sorun			χ^2	P
	n	Var (%)	Yok (%)		
Yaş					
15-29	284	44,4	55,6	2,534*	0,111
30-39	535	50,1	49,9		
40-49	397	50,9	49,1		
Eğitim Durumu					
Ortaokul ve altı	565	54,7	45,3	17,160*	<0,001
Lise	386	47,2	52,8		
Üniversite ve üstü	265	39,6	60,4		
Çalışma Durumu					
Çalışanlar	339	45,7	54,3	2,036	0,154
Çalışmayanlar	877	50,3	49,7		
Ekonomik Durum Algısı					
İyi	240	40,0	60,0	23,945*	<0,001
Orta	861	48,8	51,2		
Kötü	115	69,6	30,4		
Sağlık Güvencesi Varlığı					
Var	1104	48,3	51,7	2,585	0,108
Yok	112	56,3	43,8		
Aile Tipi					
Çekirdek aile	1098	47,9	52,1	5,557	0,018
Geniş aile	118	59,3	40,7		

*Eğimde ki-kare testi

Araştırmaya katılan kadınlarda yaş ilerledikçe ruhsal sorun görülme sıklığı artmakla birlikte anlamlı bulunmamaktadır ($\chi^2=2,534$, $p=0,111$).

Ruhsal sorun görülen grubun yaş ortalaması ile ruhsal sorun görülmeyen grubun yaş ortalaması arasında anlamlı bir fark yoktur (sırasıyla yaş±ortalama değerleri 35,8±7,2, 35,2±7,2, t=-1,277, p=0,202).

Grubun eğitim seviyesi arttıkça ruhsal sorun görülme sıklığı anlamlı olarak azalmaktadır ($\chi^2=17,160$, p<0,001).

Araştırma grubunda çalışma durumu ile ruhsal sorun görülme sıklığı arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($\chi^2=2,036$, p=0,154).

Araştırmaya katılan kadınların ekonomik durum algısı kötüleştikçe ruhsal sorun görülme sıklığı anlamlı olarak artmaktadır ($\chi^2=23,945$, p<0,001).

Herhangi bir sağlık güvencesi olma durumu ile ruhsal sorun görülme sıklığı arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($\chi^2=2,585$, p=0,108).

Geniş aile tipine sahip kadınlarda ruhsal sorun görülme sıklığı çekirdek aile tipine sahip kadınlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($\chi^2=5,557$, p=0,018) (Tablo 34).

Araştırmaya katılan kadınların eşlerinin sosyodemografik değişkenleri ile ruhsal sorun görülme sıklığının karşılaştırılması Tablo 35’de verilmiştir.

Tablo 35. Araştırmaya katılan kadınların eşlerinin sosyodemografik değişkenleri ile ruhsal sorun görülme sıklığının karşılaştırılması

Eşin Sosyodemografik Değişkenleri	Ruhsal Sorun				
	n	Var (%)	Yok (%)	χ^2	p
Eşin Eğitim Durumu					
Ortaokul ve altı	411	59,4	40,6	23,658*	<0,001
Lise	408	45,1	54,9		
Üniversite ve üstü	397	42,3	57,7		
Eşin Çalışma Durumu					
Çalışanlar	1109	48,2	51,8	3,002	0,083
Çalışmayanlar	107	57,0	43,0		

*Eğimde ki-kare testi

Araştırmaya katılan kadınların eşlerinin eğitim seviyesi arttıkça kadınlarda ruhsal sorun görülme sıklığı anlamlı olarak azalmaktadır ($\chi^2=23,658$, p<0,001).

Araştırmaya katılan kadınların eşlerinin çalışma durumu ile ruhsal sorun görülme sıklığı arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($\chi^2=3,002$, $p=0,083$) (Tablo 35).

4.2.2.2. Araştırmaya Katılan Kadınların Doğurganlık Öyküsü, Çocuk Sahibi Olmakla İlgili Sorun Yaşama Durumları ve Aile Planlaması ile İlgili Değişkenlerinin Ruhsal Sorun Görülme Sıklığı ile Karşılaştırılması

Araştırmaya katılan kadınların doğurganlık öyküsü ile ilgili değişkenlerinin ortalamalarının ruhsal sorun görülme sıklığı ile karşılaştırılması Tablo 36'da gösterilmiştir.

Tablo 36. Araştırma grubunun doğurganlık öyküsü ile ilgili değişkenlerinin ortalamalarının ruhsal sorun görülme sıklığı ile karşılaştırılması

Doğurganlık Öyküsü ile İlgili Değişkenler	Ruhsal Sorun		t	p
	Var (ort±SS)	Yok (ort±SS)		
Toplam gebelik sayısı	2,4±1,3	2,3±1,2	-2,287	0,022
Canlı doğum sayısı	2,0±0,9	1,9±1,0	-1,402	0,161
Kendiliğinden düşük sayısı	0,3±0,6	0,3±0,6	0,108	0,914
İsteyerek düşük sayısı	0,2±0,5	0,1±0,4	-2,286	0,022
Ölü doğum sayısı	0,1±0,3	0,04±0,2	-1,665	0,096
Yaşayan çocuk sayısı	2,0±0,9	1,9±0,9	-1,437	0,151

Ruhsal sorun görülen grubun toplam gebelik sayısı ortalaması ruhsal sorun görülmeyen gruba göre anlamlı olarak daha yüksektir (sırasıyla toplam gebelik sayısı±ortalama değerleri 2,4±1,3, 2,3±1,2, $t=-2,287$, $p=0,022$).

Ruhsal sorun görülme sıklığı ile canlı doğum sayısı ortalaması arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($t=-1,402$, $p=0,161$).

Ruhsal sorun görülme sıklığı ile kendiliğinden düşük sayısı ortalaması arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($t=0,108$, $p=0,914$). Kendiliğinden düşük yapan kadınlar ile yapmayanlar karşılaştırıldığında da ruhsal sorun görülme sıklığı açısından anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($\chi^2=0,021$, $p=0,885$).

Ruhsal sorun görülen grubun isteyerek düşük sayısı ortalaması ruhsal sorun görülmeyen gruba göre anlamlı olarak daha yüksektir (sırasıyla isteyerek düşük sayısı $\pm$ ortalama değerleri 0,2 $\pm$ 0,5, 0,1 $\pm$ 0,4, t=-2,286, p=0,022). İsteyerek düşük yapan kadınlarda ruhsal sorun görülme sıklığı yapmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksektir ($\chi^2=9,649$, p=0,002).

Ruhsal sorun görülme sıklığı ile ölü doğum sayısı ortalaması arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır (t=-1,665, p=0,096).

Ruhsal sorun görülme sıklığı ile yaşayan çocuk sayısı ortalaması arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır (t=-1,437, p=0,151) (Tablo 36).

Araştırma grubunun çocuk sahibi olmakla ilgili sorun yaşama durumlarının ruhsal sorun görülme sıklığı ile karşılaştırılması Tablo 37’de gösterilmiştir.

Tablo 37. Araştırmaya katılan kadınların çocuk sahibi olmakla ilgili sorun yaşama durumlarının ruhsal sorun görülme sıklığı ile karşılaştırılması

Çocuk Sahibi Olmakla İlgili Sorun Yaşama Durumu	Ruhsal Sorun			χ^2	p
	n	Var (%)	Yok (%)		
Yaşayanlar	81	60,5	39,5	4,577	0,032
Yaşamayanlar	1135	48,2	51,8		

Araştırmaya katılan kadınlarda çocuk sahibi olmakla ilgili sorun yaşayanlarda ruhsal sorun görülme sıklığı sorun yaşamayanlara göre anlamlı olarak daha yüksektir ($\chi^2=4,577$, p=0,032) (Tablo 37).

Araştırmaya katılan kadınların aile planlaması yöntemi kullanma durumu ile ruhsal sorun görülme sıklığının karşılaştırılması Tablo 38’de gösterilmiştir.

Tablo 38. Araştırmaya katılan kadınların aile planlaması yöntemi kullanma durumu ile ruhsal sorun görülme sıklığının karşılaştırılması

Aile Planlaması Yöntemi Kullanma Durumu	Ruhsal Sorun				
	n	Var (%)	Yok (%)	χ^2	p
Kullanıyor	954	47,7	52,3	3,084	0,079
Kullanmıyor	262	53,8	46,2		

Araştırmaya katılan kadınlarda aile planlaması yöntemi kullanma durumu ile ruhsal sorun görülme sıklığı arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($\chi^2=3,084$, $p=0,079$) (Tablo 38).

4.2.2.3. Araştırmaya Katılan Kadınlarda, Eşinde ve Çocuk/Çocuklarında Kronik Hastalık Varlığının Ruhsal Sorun Görülme Sıklığı ile Karşılaştırılması

Araştırmaya katılan kadınlarda, eşinde ve çocuk/çocuklarında kronik hastalık varlığının ruhsal sorun görülme sıklığı ile karşılaştırılması Tablo 39’da gösterilmiştir.

Tablo 39. Araştırmaya katılan kadınlarda, eşinde ve çocuk/çocuklarında kronik hastalık varlığının ruhsal sorun görülme sıklığı ile karşılaştırılması

Kronik Hastalık Varlığı	Ruhsal Sorun				
	n	Var (%)	Yok (%)	χ^2	p
Kadınlarda Kronik Hastalık Varlığı					
Var	269	56,5	43,5	7,759	0,005
Yok	947	46,9	53,1		
Eşinde Kronik Hastalık Varlığı					
Var	185	60,5	39,5	11,602	0,001
Yok	1031	46,9	53,1		
Çocuk/Çocuklarında Kronik Hastalık Varlığı (n=1145)*					
Var	113	58,4	41,6	4,280	0,039
Yok	1032	48,2	51,8		

* Çocuk/Çocukları olan 1145 kişi için dağılım verilmiştir.

Araştırmaya katılan kadınlarda kronik hastalığı olanlarda ruhsal sorun görülme sıklığı olmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($\chi^2=7,759$, $p=0,005$).

Eşinde kronik hastalığı olan kadınlarda ruhsal sorun görülme sıklığı olmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($\chi^2=11,602$, $p=0,001$).

Çocuk/Çocuklarında kronik hastalığı olan kadınlarda ruhsal sorun görülme sıklığı olmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($\chi^2=4,280$, $p=0,039$) (Tablo 39).

4.2.2.4. Araştırmaya Katılan Kadınların Sigara İçme Durumu ve Uyku Düzeni ile İlgili Değişkenlerinin Ruhsal Sorun Görülme Sıklığı ile Karşılaştırılması

Araştırma grubunun sigara içme durumu ve uyku düzeni ile ilgili değişkenlerinin ruhsal sorun görülme sıklığı ile karşılaştırılması Tablo 40'da gösterilmiştir.

Tablo 40. Araştırmaya katılan kadınların sigara içme durumu ve uyku düzeni ile ilgili değişkenlerinin ruhsal sorun görülme sıklığı ile karşılaştırılması

Sigara İçme Durumu ve Uyku Düzeni ile İlgili Değişkenler	Ruhsal Sorun				p
	n	Var (%)	Yok (%)	χ^2	
Sigara İçme Durumu					
İçenler	225	59,6	40,4	12,279	<0,001
İçmeyenler	991	46,6	53,4		
Uyku Düzeni					
Düzenli	546	37,5	62,5	63,608*	<0,001
Ara sıra düzensiz	523	54,9	45,1		
Çoğu zaman düzensiz	147	70,7	29,3		

* Eğitimde ki kare

Araştırmaya katılan kadınlar arasında sigara içenlerde ruhsal sorun görülme sıklığı içmeyenlere göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($\chi^2=12,279$, $p<0,001$).

Araştırmaya katılan kadınların uyku durumları düzensizleştikçe ruhsal sorun görülme sıklığı anlamlı olarak artmaktadır ($\chi^2=63,608$, $p<0,001$) (Tablo 40).

4.2.2.5. Araştırmaya Katılan Kadınların Geçmiş Yaşantıları ile İlgili Değişkenlerinin Ruhsal Sorun Görülme Sıklığı ile Karşılaştırılması

Araştırmaya katılan kadınların çocukluğunu kimin yanında geçirdiği, çocukluğunda şiddet görme durumu ve çocukluğunda derinden etkileyen bir olayla karşılaşma durumu ile ilgili değişkenlerinin ruhsal sorun görülme sıklığı ile karşılaştırılması Tablo 41’de gösterilmiştir.

Tablo 41. Araştırma grubunun geçmiş yaşantıları ile ilgili değişkenlerinin ruhsal sorun görülme sıklığı ile karşılaştırılması

Geçmiş Yaşantıları ile İlgili Değişkenler	Ruhsal Sorun			χ^2	p
	n	Var (%)	Yok (%)		
Çocukluğunu Kimin Yanında Geçirdiği					
Anne, baba, kardeş	1127	48,6	51,4	0,930	0,335
Diğer	89	53,9	46,1		
Çocukluğunda Şiddet Görme Durumu					
Görenler	145	77,9	22,1	55,090	<0,001
Görmeyenler	1071	45,1	54,9		
Çocukluğunda Derinden Etkileyen Bir Olayla Karşılaşma Durumu					
Karşılaşanlar	202	61,4	38,6	14,840	<0,001
Karşılaşmayanlar	1014	46,5	53,5		

Araştırmaya katılan kadınların çocukluğunu kimin yanında geçirdiği ile ruhsal sorun görülme sıklığı arasında anlamlı bir fark yoktur ($\chi^2=0,930$, $p=0,335$).

Çocukluğunda şiddet gören kadınlarda ruhsal sorun görülme sıklığı şiddet görmeyenlere göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($\chi^2=55,090$, $p<0,001$).

Çocukluğunda kendisini derinden etkileyen bir olayla karşılaşan kadınlarda ruhsal sorun görülme sıklığı karşılaşmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($\chi^2=14,840$, $p<0,001$) (Tablo 41).

4.2.2.6. Araştırmaya Katılan Kadınların Evlilik Durumları ile İlgili Değişkenlerinin Ruhsal Sorun Görülme Sıklığı ile Karşılaştırılması

Araştırma grubunun evlilik süresi ve eşle yaş farkı ile ilgili değişkenlerinin ruhsal sorun görülme sıklığı ile karşılaştırılması Tablo 42’de gösterilmiştir.

Tablo 42. Araştırma grubunun evlilik süresi ve eşle yaş farkı ile ilgili değişkenlerinin ruhsal sorun görülme sıklığı ile karşılaştırılması

Evlilik Durumu ile İlgili Değişkenler	Ruhsal Sorun		t	p
	Var (ort±SS)	Yok (ort±SS)		
Evlilik süresi	14,3±7,8	13,4±7,9	-2,138	0,033
Eşle yaş farkı	4,1±3,2	3,6±2,7	-2,487	0,013

Ruhsal sorun görülen grubun evlilik süresi ortalaması ruhsal sorun görülmeyen gruba göre anlamlı olarak daha fazladır (sırasıyla evlilik süresi±ortalama değerleri 14,3±7,8, 13,4±7,9, t=-2,138, p=0,033).

Ruhsal sorun görülen grubun eşle yaş farkı ortalaması ruhsal sorun görülmeyen gruba göre anlamlı olarak daha fazladır (sırasıyla eşle yaş farkı±ortalama değerleri 4,1±3,2, 3,6±2,7, t=-2,487, p=0,013) (Tablo 42).

Araştırmaya katılan kadınların evlenme şekilleri, evliliklerini nasıl değerlendirdikleri, eşle sorun yaşama durumları, eşinin aile düzenini bozacak derecede alkol kullanma alışkanlığı ve evlilikte ortak karar alma tutumları ile ilgili değişkenlerinin ruhsal sorun görülme sıklığı ile karşılaştırılması Tablo 43’de gösterilmiştir.

Tablo 43. Araştırmaya katılan kadınların evlenme şekilleri, evliliklerini nasıl değerlendirdikleri, eşiyle sorun yaşama durumları, eşinin aile düzenini bozacak derecede alkol kullanma alışkanlığı ve evlilikte ortak karar alma tutumlarının ruhsal sorun görülme sıklığı ile karşılaştırılması

Evlilik Durumu ile İlgili Değişkenler	Ruhsal Sorun				
	n	Var (%)	Yok (%)	χ^2	p
Evlenme Şekli					
Tanışarak	542	44,3	55,7	9,240*	0,010
Görücü usulü isteyerek	574	52,3	47,7		
İstemeyerek	100	56,0	44,0		
Evliliğinde Mutluluğunu Değerlendirme					
Çok mutlu/mutlu	873	39,7	60,3	112,818**	<0,001
Orta derecede mutlu	309	70,2	29,8		
Mutsuz/çok mutsuz	34	94,1	5,9		
Eşle Sorun Yaşama					
Yaşayanlar	435	70,3	29,7	123,325	<0,001
Yaşamayanlar	781	37,1	62,9		
Eşinin Aile Düzenini Bozacak Derecede Alkol Kullanma Alışkanlığı					
Var	49	79,6	20,4	19,104	<0,001
Yok	1167	47,7	52,3		
Ortak Karar Alma Durumu					
Alanlar	806	40,6	59,4	68,179	<0,001
Almayanlar	410	65,6	34,4		

* Çok gözlü düzende ki kare

** Eğiimde ki kare

Araştırmaya katılan kadınların evlenme şekli ile ruhsal sorun görülme sıklığı arasında anlamlı bir farklılık vardır ($\chi^2=9,240$, $p=0,010$). Tanışarak evlenenlerde ruhsal sorun görülme sıklığı diğer gruplara göre anlamlı olarak daha az görülüyordu (Tanışarak evlenenler satırı analizden çıkarıldığında anlamlılık kaybolmaktaydı. $\chi^2=0,477$, $p=0,490$).

Araştırmaya katılan kadınların evliliğinde mutsuzluk algıları arttıkça ruhsal sorun görülme sıklığı da anlamlı olarak artmaktadır ($\chi^2=112,818$, $p<0,001$).

Eşiyle sorun yaşayan kadınlarda ruhsal sorun görülme sıklığı sorun yaşamayanlara göre anlamlı olarak daha fazladır ($\chi^2=123,325$, $p<0,001$).

Eşinde aile düzenini bozacak düzeyde alkol kullanma alışkanlığı olanlarda ruhsal sorun görülme sıklığı olmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($\chi^2=19,104$, $p<0,001$).

Araştırma grubunda evliliğinde ortak karar almayanlarda ruhsal sorun görülme sıklığı alanlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($\chi^2=68,179$, $p<0,001$) (Tablo 43).

Araştırmaya katılan kadınların eşinden şiddet görme durumu ile ruhsal sorun görülme sıklığının karşılaştırılması Tablo 44’de gösterilmiştir.

Tablo 44. Araştırmaya katılan kadınların eşinden şiddet görme durumu ile ruhsal sorun görülme sıklığının karşılaştırılması

Eşinden Şiddet Görme Durumu	Ruhsal Sorun				p
	n	Var (%)	Yok (%)	χ^2	
Görenler	139	83,5	16,5	74,489	<0,001
Görmeyenler	1077	44,6	55,4		

Evliliğinde eşinden şiddet gören kadınlarda ruhsal sorun görülme sıklığı şiddet görmeyenlere göre anlamlı olarak daha yüksektir ($\chi^2=74,489$, $p<0,001$) (Tablo 44).

4.2.2.7. Araştırmaya Katılan Kadınların Evlilik Uyum Ölçeği Puanı Ortalaması ve Evlilik Uyumunun Ruhsal Sorun Görülme Sıklığı ile Karşılaştırılması

Araştırma grubunun EUÖ puanı ortalaması ve EUÖ puanına göre değerlendirilen evlilik uyumunun ruhsal sorun görülme sıklığı ile karşılaştırılması Tablo 45’de gösterilmiştir.

Tablo 45. Araştırma grubunun evlilik uyum ölçeği puanı ortalaması ve evlilik uyumunun ruhsal sorun görülme sıklığı ile karşılaştırılması

Değişkenler	Ruhsal Sorun		t/ χ^2	p
	Var (ort±SS/%)	Yok (ort±SS/%)		
Evlilik Uyum Ölçeği Puanı	37,3±9,3	46,4±6,8	19,292	<0,001
Evlilik Uyum Ölçeği Puanına Göre Evlilik Uyumunun Değerlendirilmesi				
Uyumlu (n=584)	24,8	75,2	262,984	<0,001
Uyumsuz (n=632)	71,4	28,6		

Ruhsal sorun görülen grubun EUÖ puanı ortalaması ruhsal sorun görülmeyen gruba göre anlamlı olarak daha düşüktür (sırasıyla EUÖ puanı±ortalama değerleri 37,3±9,3, 46,4±6,8, t=19,292, p<0,001).

Araştırma grubunda uyumsuz evliliği olan kadınlarda ruhsal sorun görülme sıklığı uyumlu evliliği olanlara göre anlamlı olarak daha yüksektir ($\chi^2=262,984$, p<0,001) (Tablo 45).

4.2.2.8. Araştırmaya Katılan Kadınların Ruhsal Durumları ile İlgili Değişkenlerinin Ruhsal Sorun Görülme Sıklığı ile Karşılaştırılması

Araştırmaya katılan kadınlarda ruhsal sorun varlığı düşüncesi, kendisinde, eşinde, birinci derece akrabalarında doktor tarafından teşhis edilmiş ruhsal sorun varlığı, son bir ay içerisinde kendisini derinden etkileyen bir olay yaşama ve gelecek ile ilgili kaygı durumunun ruhsal sorun görülme sıklığı ile karşılaştırılması Tablo 46'da gösterilmiştir.

Tablo 46. Araştırmaya katılan kadınların ruhsal durumları ile ilgili değişkenlerinin ruhsal sorun görülme sıklığı ile karşılaştırılması

Ruhsal Durum ile İlgili Değişkenler	Ruhsal Sorun				
	n	Var (%)	Yok (%)	χ^2	p
Kendisinde Ruhsal Sorun Olduğu Düşüncesi					
Var	270	92,6	7,4	263,754	<0,001
Yok	946	36,6	63,4		
Kadınlarda Doktor Tarafından Teşhis Edilmiş Ruhsal Sorun Varlığı					
Var	66	93,9	6,1	56,365	<0,001
Yok	1150	46,4	53,6		
Eşinde Doktor Tarafından Teşhis Edilmiş Ruhsal Sorun Varlığı					
Var	48	81,3	18,8	20,781	<0,001
Yok	1168	47,7	52,3		
Birinci Derecede Akrabalarında Doktor Tarafından Teşhis Edilmiş Ruhsal Sorun Varlığı					
Var	105	61,0	39,0	6,555	0,010
Yok	1111	47,9	52,1		
Son Bir Ay İçerisinde Kendisini Derinden Etkileyen Bir Olay Yaşama Durumu					
Yaşayanlar	188	66,5	33,5	27,178	<0,001
Yaşamayanlar	1028	45,8	54,2		
Gelecekle İlgili Kaygı Durumu					
Var	680	57,4	42,6	42,935	<0,001
Yok	536	38,4	61,6		

Kendisinde ruhsal sorun olduğunu düşünen kadınlarda ruhsal sorun görülme sıklığı düşünmeyenlere göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($\chi^2=263,754$, $p<0,001$).

Araştırmaya katılan kadınlarda doktor tarafından teşhis edilmiş ruhsal sorunu olanlarda GSA 12'ye göre de ruhsal sorun varlığı, olmayanlara göre yüksek bulunmuştur ($\chi^2=56,365$, $p<0,001$).

Eşinde doktor tarafından teşhis edilmiş ruhsal sorunu olan kadınlarda ruhsal sorun görülme sıklığı olmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksektir ($\chi^2=20,781$, $p<0,001$).

Birinci derecede akrabalarında doktor tarafından teşhis edilmiş ruhsal sorunu olan kadınlarda ruhsal sorun görülme sıklığı olmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksektir ($\chi^2=6,555$, $p=0,010$).

Son bir ay içerisinde kendisini derinden etkileyen bir olay yaşayan kadınlarda ruhsal sorun görülme sıklığı yaşamayanlara göre anlamlı olarak daha yüksektir ($\chi^2=27,178$, $p<0,001$).

Gelecekle ilgili kaygısı olan kadınlarda ruhsal sorun görülme sıklığı olmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksektir ($\chi^2=42,935$, $p<0,001$) (Tablo 46).

4.2.2.9. Araştırma Grubunun Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi Puanı Ortalaması ve Cinsel Fonksiyon Bozukluğu Varlığının Ruhsal Sorun Görülme Sıklığı ile Karşılaştırılması

Araştırma grubunun IFSF puanı ortalaması ve IFSF puanına göre saptanan CFB varlığının ruhsal sorun görülme sıklığı ile karşılaştırılması Tablo 47’de gösterilmiştir.

Tablo 47. Araştırma grubunun kadın cinsel fonksiyon indeksi puanı ortalaması ve cinsel fonksiyon bozukluğu varlığının ruhsal sorun görülme sıklığı ile karşılaştırılması

Değişkenler	Ruhsal Sorun			
	Var (ort±SS/%)	Yok (ort±SS/%)	t/ χ^2	p
Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi Puanı	26,5±8,1	32,4±7,1	13,397	<0,001
Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi Puanına Göre Cinsel Fonksiyon Bozukluğu Varlığı				
Var (n=547)	71,7	28,3	204,116	<0,001
Yok (n=669)	30,5	69,5		

Ruhsal sorun görülen grubun IFSF puan ortalaması ruhsal sorun görülmeyen gruba göre anlamlı olarak daha düşüktür (sırasıyla IFSF puanı±ortalama değerleri 26,5±8,1, 32,4±7,1, t=13,397, p<0,001).

CFB olan kadınlarda ruhsal sorun görülme sıklığı olmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($\chi^2=204,116$, p<0,001) (Tablo 47).

4.2.2.10. Genel Sağlık Anketi 12 Puanına Göre Saptanan Ruhsal Sorun Görülme Sıklığı ile Bağımsız Değişkenler Arasında Yapılan Lojistik Regresyon Analizi

Lojistik regresyon analizine göre ruhsal sorun görülme sıklığını etkileyen risk faktörleri Tablo 48 ve Tablo 49’da gösterilmiştir.

Tablo 48. Lojistik regresyon analizine göre ruhsal sorun görülme sıklığını etkileyen risk faktörleri (Başlangıç tablosu)*

Değişkenler		B	p	Olasılıklar Oranı Exp (B)	%95 Güven Aralığı
Kadının Eğitim Durumu	Lise (1)	0,017	0,937	1,018	0,659-1,571
	Ortaokul ve altı (2)	0,310	0,169	1,363	0,876-2,120
Ekonomik Durum Algısı	Orta (1)	0,143	0,480	1,154	0,776-1,715
	Kötü (2)	-0,260	0,464	0,771	0,384-1,547
Aile Tipi	Geniş Aile(1)	0,508	0,053	1,661	0,994-2,777
Toplam Gebelik Sayısı		0,094	0,223	1,099	0,944-1,278
İsteyerek Düşük Sayısı		-0,100	0,620	0,905	0,611-1,341
Çocuk Sahibi Olmakla İlgili Sorun Yaşama Durumu	Yaşayanlar (1)	0,537	0,095	1,711	0,911-3,213
Kadınlarda Kronik Hastalık Varlığı	Var (1)	0,050	0,799	1,051	0,715-1,545
Eşinde Kronik Hastalık Varlığı	Var (1)	0,087	0,701	1,091	0,699-1,705
Çocuk/Çocuklarında Kronik Hastalık Varlığı	Var (1)	-0,194	0,487	0,824	0,477-1,423
Sigara İçme Durumu	İçenler (1)	0,060	0,774	1,062	0,704-1,603
Uyku Düzeni	Ara sıra düzensiz (1)	0,183	0,256	1,201	0,875-1,647
	Çoğu zaman düzensiz (2)	0,637	0,016	1,891	1,125-3,177

Tablo 48. Lojistik regresyon analizine göre ruhsal sorun görülme sıklığını etkileyen risk faktörleri (Başlangıç tablosu)* (devamı)

Değişkenler		B	p	Olasılıklar Oranı Exp (B)	%95 Güven Aralığı
Çocukluğunda Şiddet Görme Durumu	Görenler (1)	0,543	0,044	1,721	1,014-2,920
Çocukluğunda Derinden Etkileyen Bir Olayla Karşılaşma Durumu	Karşılaşanlar (1)	-0,159	0,484	0,853	0,547-1,330
Evlilik Süresi		-0,014	0,238	0,986	0,963-1,009
Eşle Yaş Farkı		0,021	0,422	1,021	0,970-1,076
Evlenme Şekli	Görücü usulü isteyerek (1)	-0,027	0,874	0,974	0,698-1,357
	İstemeyerek (2)	-0,223	0,469	0,800	0,438-1,463
Evliliğinde Mutluluğunu Değerlendirme	Orta derecede mutlu (1)	0,021	0,917	1,021	0,684-1,524
	Mutsuz/Çok mutsuz (2)	0,878	0,304	2,405	0,451-12,834
Eşle Sorun Yaşama	Yaşayanlar (1)	0,142	0,454	1,153	0,795-1,671
Eşinin Aile Düzenini Bozacak Derecede Alkol Kullanma Alışkanlığı	Var (1)	0,090	0,842	1,094	0,453-2,642
Evlilikte Ortak Karar Alma Durumu	Almayanlar (1)	0,098	0,588	1,103	0,774-1,572
Eşinden Şiddet Görme Durumu	Görenler (1)	0,358	0,263	1,430	0,765-2,675
Evlilik Uyum Ölçeğine Göre Evlilik Uyumunun Değerlendirilmesi	Uyumsuz (1)	1,281	<0,001	3,601	2,576-5,034
Kendisinde Ruhsal Sorun Olduğu Düşüncesi	Var (1)	2,525	<0,001	12,486	7,243-21,524
Eşinde Doktor Tarafından Teşhis Edilmiş Ruhsal Sorun Varlığı	Var (1)	0,367	0,469	1,444	0,534-3,908
Birinci Derecede Akrabalarında Doktor Tarafından Teşhis Edilmiş Ruhsal Sorun Varlığı	Var (1)	-0,148	0,616	0,862	0,483-1,539

Tablo 48. Lojistik regresyon analizine göre ruhsal sorun görülme sıklığını etkileyen risk faktörleri (Başlangıç tablosu)* (devamı)

Değişkenler		B	p	Olasılıklar Oranı Exp (B)	%95 Güven Aralığı
Son Bir Ay İçerisinde Kendisini Derinden Etkileyen Bir Olay Yaşama Durumu	Yaşayanlar (1)	0,484	0,039	1,623	1,026-2,568
Gelecekle İlgili Kaygı Durumu	Var (1)	0,118	0,455	1,125	0,826-1,533
IFSF Puanına Göre Saptanan Cinsel Fonksiyon Bozukluğu Varlığı	Var (1)	1,088	<0,001	2,969	2,147-4,108
Sabit		-2,428	<0,001		

*Kadının eğitim durumu için üniversite ve üstü olanlar, ekonomik durum algısı iyi olanlar, çekirdek aile tipi olanlar, çocuk sahibi olmakla ilgili sorun yaşamayanlar, kadınlarda kronik hastalığı olmayanlar, eşinde kronik hastalığı olmayanlar, çocuk/çocuklarında kronik hastalığı olmayanlar, sigara içmeyenler, uykusu düzenli olanlar, çocukluğunda şiddet görmeyenler, çocukluğunda derinden etkileyen bir olayla karşılaşmayanlar, tanışarak evlenenler, evliliğini çok mutlu/mutlu olarak değerlendirenler, eşyle sorun yaşamayanlar, eşinde aile düzenini bozacak derecede alkol kullanma alışkanlığı olmayanlar, evlilikte ortak karar alanlar, eşinden şiddet görmeyenler, EUÖ'ye göre uyumlu evliliği olanlar, kendisinde ruhsal sorunu olmadığını düşünenler, eşinde doktor tarafından teşhis edilmiş ruhsal sorun olmayanlar, birinci derece akrabalarında doktor tarafından teşhis edilmiş ruhsal sorun olmayanlar, son bir ay içerisinde kendisini derinden etkileyen bir olay yaşamayanlar, gelecekle ilgili kaygısı olmayanlar, IFSF puanına göre CFB olmayanlar referans grup (0) olarak alınmıştır.

Analiz sonucunda aile tipi, uyku düzeni, çocukluğunda şiddet görme durumu, eşinden şiddet görme durumu, EUÖ'ye göre evlilik uyumunun değerlendirilmesi, kendisinde ruhsal sorun olduğu düşüncesi, son bir ay içerisinde kendisini derinden etkileyen bir olay yaşama durumu, IFSF puanına göre saptanan CFB varlığı modelde kalmıştır.

Tablo 49. Lojistik regresyon analizine göre ruhsal sorun görülme sıklığını etkileyen risk faktörleri (Sonuç tablosu)*

Değişkenler		B	p	Olasılıklar Oranı Exp (B)	%95 Güven Aralığı
Aile Tipi	Geniş Aile (1)	0,554	0,030	1,740	1,056-2,869
Uyku Düzeni	Ara sıra düzensiz (1)	0,230	0,142	1,259	0,926-1,712
	Çoğu zaman düzensiz (2)	0,725	0,005	2,065	1,252-3,406
Çocukluğunda Şiddet Görme Durumu	Görenler (1)	0,491	0,062	1,634	0,975-2,738
Eşinden Şiddet Görme Durumu	Görenler (1)	0,548	0,060	1,730	0,977-3,061
Evlilik Uyum Ölçeğine Göre Evlilik Uyumunun Değerlendirilmesi	Uyumsuz (1)	1,314	<0,001	3,722	2,732-5,072
Kendisinde Ruhsal Sorun Olduğu Düşüncesi	Var (1)	2,546	<0,001	12,758	7,584-21,462
Son Bir Ay İçerisinde Kendisini Derinden Etkileyen Bir Olay Yaşama Durumu	Yaşayanlar (1)	0,456	0,043	1,578	1,014-2,457
IFSF Puanına Göre Saptanan Cinsel Fonksiyon Bozukluğu Varlığı	Var (1)	1,101	<0,001	3,008	2,212-4,090
Sabit		-2,018	<0,001		

*Çekirdek aile tipi olanlar, uykusu düzenli olanlar, çocukluğunda şiddet görmeyenler, eşinden şiddet görmeyenler, EUÖ'ye göre uyumlu evliliği olanlar, kendisinde ruhsal sorunu olmadığını düşünenler, son bir ay içerisinde kendisini derinden etkileyen bir olay yaşamayanlar, IFSF puanına göre CFB olmayanlar referans grup (0) olarak alınmıştır.

Yapılan lojistik regresyon analizine göre geniş aile tipine sahip olanlar, çoğu zaman uyku düzensizliği, EUÖ'ye göre uyumsuz evliliği olma, kendisinde ruhsal sorun olduğunu düşünme, son bir ay içerisinde kendisini derinden etkileyen bir olay yaşama ve IFSF puanına göre saptanan CFB varlığı ruhsal sorun görülme sıklığını anlamlı olarak etkilemektedir.

Geniş aile tipine sahip olanlarda ruhsal sorun görülme sıklığı çekirdek aile tipine sahip olanlara göre anlamlı olarak 1,740 kat daha yüksek bulunmuştur ($p=0,030$).

Çoğu zaman uyku düzensizliği olanlarda ruhsal sorun görülme sıklığı olmayanlara göre anlamlı olarak 2,065 kat daha yüksek bulunmuştur ($p=0,005$).

EUÖ'ye göre uyumsuz evliliği olanlarda ruhsal sorun görülme sıklığı uyumlu evliliği olanlara göre anlamlı olarak 3,722 kat daha fazla bulunmuştur ($p<0,001$).

Kendisinde ruhsal sorunu olduğunu düşünenlerde ruhsal sorun görülme sıklığı sorun olmadığını düşünenlere göre anlamlı olarak 12,758 kat daha yüksek bulunmuştur ($p<0,001$).

Son bir ay içerisinde kendisini derinden etkileyen bir olay yaşayanlarda ruhsal sorun görülme sıklığı yaşamayanlara göre anlamlı olarak 1,578 kat daha yüksek bulunmuştur ($p=0,043$).

IFSF puanına göre saptanan CFB olanlarda ruhsal sorun görülme sıklığı olmayanlara göre anlamlı olarak 3,008 kat daha fazla bulunmuştur ($p<0,001$) (Tablo 49).

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada, Isparta il merkezinde yaşayan 15-49 yaş evli kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu ve ruhsal sorun görülme sıklığı ile bu durumların evlilik uyumu ve diğer etmenlerle olan ilişkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

5.1. Araştırma Grubunun Tanımlayıcı Bulgularının Tartışılması

Bu çalışmada araştırma grubunun yaş ortalaması $35,5 \pm 7,2$ (18-49) olup %44,0'ı 30-39 yaş grubundadır. Lise ve üstü eğitim alma oranına bakıldığında kadınlarda %53,5, eşlerinde ise %66,2'dir.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2013 yılı verilerine göre 15-49 yaş grubu lise ve üstü eğitim almış olan kadınların oranı %31,1'dir. Bu oran en az bir kez evlenmiş kadınlarda %26,5'dir (217). TÜİK veri tabanından elde edilen 2014 yılı verilerine göre 25 yaş ve üstü erkeklerin %43,1'i lise ve üstü eğitim almıştır (162).

Bu araştırmada lise ve üstü eğitim almış kadınların oranı TNSA 2013 yılı verilerine göre daha yüksek bulunmuştur. Kadınların eşlerinin eğitim durumu değerlendirildiğinde ise TÜİK veri tabanından elde edilen 2014 yılı verilerine kıyasla lise ve üstü eğitim almışların oranı bu araştırmada daha yüksek bulunmuştur. Bu durumun çalışmanın il merkezinde yapılmasından, bölgesel ve kentsel farklılıklardan kaynaklandığı düşünülebilir.

Bu araştırmadaki kadınların %27,9'u düzenli ya da düzensiz herhangi bir işte çalışmaktadır. Ayrıca, araştırmaya katılan kadınların eşlerinin %91,2'si düzenli ya da düzensiz herhangi bir işte çalışmakta, %3,7'si çalışmamakta, %5,1'i ise emeklidir.

TNSA 2013 yılı verilerine göre 15-49 yaş grubu kadınların %31,5'i halen çalışmaktadır (217). TÜİK veri tabanından elde edilen 2014 yılı verilerine göre 15 yaş üstü erkeklerde işsizlik oranı %9,0'dır (162).

Bu araştırmadaki kadınların çalışma durumu TNSA ve TÜİK değeri ile kıyaslandığında yakın bir oran söz konusudur.

Bu çalışmada kadınların %70,8'i ekonomik durumlarını orta olarak algılamaktadır.

TNSA 2013 yılı verilerine göre 15-49 yaş grubu en az bir kez evlenmiş kadınlarda hane halkı refah düzeyi; %35,1'inde düşük ve daha düşük, %21,0'ında orta ve %44,0'ında ise yüksek ve daha yüksektir (217).

Bu çalışmada ekonomik durumlarını orta olarak algılayan kadınların oranı TNSA 2013'de belirtilen orta düzey oranına göre daha yüksektir. Bunun sebebi olarak hane halkı refah düzeyi, TNSA 2013'de bir endekse göre tespit edilmiş iken bu araştırmada ekonomik durum kadınların algı durumuna göre belirlenmiştir.

Bu araştırmada kadınların %9,2'sinin herhangi bir sağlık güvencesi bulunmamaktadır.

TNSA 2013 yılı verilerine göre 15-49 yaş grubu kadınların %10,5'i herhangi bir sağlık sigortası kapsamında yer almamaktadır (217). Bu araştırmayla kıyaslandığında benzer bir oran söz konusudur.

Bu araştırmada grubun %90,3'ü çekirdek aile, %9,7'si ise geniş aile yapısına sahiptir.

TÜİK veri tabanından elde edilen 2006 yılı aile yapısı araştırması verilerine göre kentsel bölgenin %83,0'ı, kırsal bölgenin %76,3'ü çekirdek aile yapısına sahiptir. Kentsel bölgenin %17,0'ı, kırsal bölgenin %23,7'si ise geniş aile, tek kişilik hane ve öğrenci/işçilerden oluşan haneden oluşmaktadır (162). TNSA 2013 ileri analiz çalışması sonuçlarına göre aile yapısının %70,2'si çekirdek, %12,4'ü geniş, %17,4'ü dağılmış aileden oluşmaktadır (218).

Bu araştırma, TNSA 2013 ileri analiz sonucuyla kıyaslandığında çekirdek aile yapısı daha yüksek bir orandadır. Bunun sebebi olarak araştırmanın kentsel bölgede ve halen evli kişilerde yapılmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bu araştırmaya katılan kadınların toplam gebelik sayısı ortalaması $2,4 \pm 1,3$ (0-8), canlı doğum sayısı ortalaması $1,9 \pm 0,9$ (0-7), yaşayan çocuk sayısı ortalaması $1,9 \pm 0,9$ (0-7)'dur.

TNSA 2013 yılı verilerine göre 15-49 yaş grubu halen evli kadınların canlı doğum sayısı ortalaması 2,3, yaşayan çocuk sayısı ortalaması 2,2'dir (217). Araştırmayla benzer ortalamalar söz konusudur.

Bu araştırmadaki kadınların ölü doğum sayısı ortalaması $0,1\pm0,2$ (0-2)'dir.

TNSA 2013'de 15-49 yaş grubu evlenmiş kadınların ölü doğum sayısı ortalaması 0,04'dür (217). Araştırma grubunda daha yüksek bir ortalama söz konusudur. Bunun sebebi olarak TNSA 2013'ün daha büyük bir popölasyonda yapılmış olması düşünölebilir.

Bu araştırmadaki kadınların kendiliğinden düşük sayısı ortalaması $0,3\pm0,6$ (0-5), isteyerek düşük sayısı ortalaması ise $0,1\pm0,4$ (0-4)'dür. Kadınların %20,6'sının kendiliğinden, %9,1'inin ise isteyerek düşük öyküsü vardır.

TNSA 2013 yılı verilerine göre 15-49 yaş grubu evlenmiş kadınların kendiliğinden düşük ve isteyerek düşük sayısı ortalamaları sırasıyla 0,33 ve 0,20'dir. Kadınların %22,8'i kendiliğinden, %13,6'sı ise isteyerek düşük yapmıştır (217). Çalışmada bulunan değerler TNSA 2013 yılı verileri ile karşılaştırıldığında özellikle isteyerek düşük sayısı oranı bu araştırmada daha düşük bulunmuştur. Bu farkın eğitim seviyesinin daha yüksek olmasından kaynaklandığı düşünölebilir.

Bu araştırmaya katılan kadınların %78,5'i herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanmaktadır. Yöntem kullananların %72,0'ı modern, %28,0'ı ise geleneksel yöntem kullanmaktadır.

TNSA 2013 yılı verilerine göre 15-49 yaş grubu halen evli kadınların %73,5'i herhangi bir gebeliği önleyici yöntem kullanmaktadır. Kadınların %47,4'ü modern yöntem, %26,0'ı geleneksel yöntem kullanmakta iken %26,5'i herhangi bir yöntem kullanmamaktadır (217). Herhangi bir yöntem kullanma oranı TNSA 2013 yılı verileri ile karşılaştırıldığında bu araştırmada yaklaşık %5'lik bir fazlalık vardır. Herhangi bir modern yöntem kullanma oranı ile kıyaslandığında ise daha da yüksek bir oran söz konusudur. Bunun sebebi olarak bölgesel ve kentsel farklılık düşünölebilir. Ayrıca, TNSA 2013'e göre araştırma grubunun eğitim seviyesinin yüksekliği de bu farkı arttırmış olabilir.

Bu araştırmada kadınların %22,1'i kronik hastalığı olduğunu ifade etmektedir. Ayrıca, kadınların %15,2'si eşlerinde, %9,9'u ise çocuk/çocuklarında kronik hastalık olduğunu belirtmiştir.

Nalbantoğlu'nun Denizli'de 20-59 yaş grubu 355 kadında yaptığı araştırmada kronik hastalık varlığı %28,5'tir (19).

Nalbantoğlu'nun çalışmasına kıyasla araştırmada daha düşük bir oran söz konusudur. Bu oranın düşüklüğü yaş grubunun farklılığından kaynaklanmış olabilir.

Bu araştırmaya katılan kadınların %18,5'i sigara içmekte olup her gün en az bir tane içenler %13,4, ara sıra içenler ise %5,1'dir. Ayrıca, araştırma grubunun %55,1'i düzensiz uyku uyumaktadır.

Küresel Yetişkin Tütün Araştırması (KYTA) 2012 yılı verilerine göre 15 yaş ve üzeri kadınlarda halen sigara içme durumu %13,1'dir. Kadınların %10,7'si her gün, %2,4'ü ise ara sıra içmektedir (219). TÜİK veri tabanından elde edilen Türkiye Sağlık Araştırması 2014 yılı verilerine göre 15 yaş ve üzeri kadınların %17,9'u tütün mamulü kullanmakta olup %13,1'i her gün, %4,8'i ise ara sıra kullanmaktadır (162).

Bu çalışmadaki oranlar TÜİK veri tabanından elde edilen Türkiye Sağlık Araştırması 2014 yılı verileri ile benzer özellik göstermektedir.

Bu araştırmada eşle yaş farkı ortalaması $3,8 \pm 3,0$ 'dır. Evlilik süresine bakıldığında grubun ortalaması $13,8 \pm 7,9$ 'dur.

TNSA 2013 yılı verilerine göre 15-49 yaş grubu evli kadınların eşleri ile yaş farkı 4,3 olup eşlerine göre daha gençtirler (217).

Araştırma grubunun eşle yaş farkı TNSA 2013 ile benzer niteliktedir.

Bu araştırmada kadınların %55,1'i görücü usulü ile (isteyerek ve istemeyerek) evlenmişlerdir.

TÜİK veri tabanından elde edilen Aile Yapısı Araştırması 2006 yılı verilerine göre kadınların %64,2'si görücü usulü (kendisinin ve ailesinin kararı) ile evlenme kararı almışlardır (162). Yılmaz'ın Samsun'da 15-49 yaş grubu 435 evli kadında yaptığı araştırmada kadınların %54,0'ı görücü usulü (kendi ve ailesinin isteğiyle) ile evlenmişlerdir (220). Ertop ve Altay'ın Samsun'da 15-49 yaş grubu 396 evli kadında yaptıkları çalışmada kadınların %50,8'i görücü usulü ile evlenmişlerdir (185). Şengül Öner'in İzmir'de 113 evli çiftte yaptığı araştırmada katılımcıların %27,9'u görücü usulü (kendisinin ve ailesinin kararı) ile evlenmişlerdir (188).

Aras'ın Erzurum'da 15-49 yaş grubu 432 evli kadında yaptığı araştırmada görücü usulü (istekli ve isteksiz) ile evlenenlerin oranı %64,1'dir (114). Güler Çetin'in İstanbul'da 15-49 yaş grubu 278 evli kadında yaptığı araştırmada görücü usulü ile evlenme oranı %28,1'dir (165). Kelleci ve arkadaşlarının Sivas'ta 591 evli kadında yaptıkları araştırmada görücü usulü ile evlenenlerin oranı %73,9'dur (164).

Bu araştırmada görücü usulü (isteyerek ve istemeyerek) ile evlenme oranının TÜİK veri tabanından elde edilen Aile Yapısı Araştırması 2006 yılı verilerine göre düşük çıkmasının sebebinin kadınların %53,5'inin lise ve üzeri eğitim almış olması ve araştırmanın farklı yıllarda yapılmış olmasından kaynaklandığı söylenebilir. Şengül Öner'in İzmir'de ve Güler Çetin'in İstanbul'da yaptığı çalışmalarla kıyaslandığında bu oranın daha yüksek olduğu göze çarpmaktadır. Yılmaz'ın Samsun'da yaptığı çalışmayla ise benzer niteliktedir. Oranlardaki değişikliğin bölgesel farklılıktan oluştuğu düşünülebilir.

Bu araştırmada kadınların %48,0'ı evliliklerini mutlu olarak değerlendirmiştir.

TÜİK veri tabanından elde edilen Yaşam Memnuniyeti Araştırması 2015 yılı verilerine göre kadınların %74,8'inin evlilikten memnun olduğu bildirilmiştir. Yine aynı araştırmaya göre kadınların %51,3'ü kendini mutlu hissetmektedir (162). Yalçın'ın Karaman'da 103 evli kadında yaptığı araştırmada kadınların %36,8'i evliliklerini iyi olarak değerlendirmektedir (202). Güler Çetin'in İstanbul'da 15-49 yaş grubu 278 evli kadında yaptığı araştırmada evliliklerini iyi olarak değerlendirenlerin oranı %68,0'dır (165).

Bu araştırmada evliliklerini mutlu olarak değerlendiren kadınların oranı 2015 yılı TÜİK veri tabanından elde edilen Yaşam Memnuniyeti Araştırması verilerinde belirtilen kadınların genel mutluluk düzeyi ile benzer nitelikte olup evlilikten memnun olma oranına göre daha düşüktür. Bu konu ile ilgili çalışmalarda değişik oranlar söz konusudur. Bunun sebebi olarak sosyodemografik ve sosyokültürel farklılıklar düşünülebilir.

Bu araştırmada kadınların %35,8'i eşleri ile sorun yaşadıklarını belirtmişlerdir.

TÜİK veri tabanından elde edilen Aile Yapısı Araştırması 2006 yılı verilerine göre eşle çeşitli konularda sorun yaşayanların oranı %16,3'tür (162).

TÜİK veri tabanından elde edilen Aile Yapısı Araştırması verilerine göre daha yüksek bir oran söz konusudur. Bunun nedeni olarak söz konusu araştırmanın kadınlar ve erkekler üzerinde, bu araştırmanın ise sadece kadınlar üzerinde yapılması, ayrıca her iki çalışmanın farklı zaman dilimlerinde gerçekleşmiş olmasından kaynaklandığı düşünülebilir.

Bu araştırmaya katılan kadınların eşlerinin alkol kullanma alışkanlığı %4,0'dır.

TÜİK veri tabanından elde edilen Türkiye Sağlık Araştırması 2014 yılı verilerine göre 15 yaş ve üzeri erkeklerin %24,3'ü alkol kullanmaktadır (162).

Araştırmada elde edilen sonucun TÜİK veri tabanından elde edilen Türkiye Sağlık Araştırması 2014 yılı verilerine göre düşük olmasının sebebi olarak bu çalışmada aile düzenini bozacak derecede alkol kullanma alışkanlığının sorgulanmış olması düşünülebilir. Ayrıca, medeni durum da bir fark oluşturmuş olabilir.

Bu araştırmada kadınların %66,3'ü her zaman eşiyile ortak karar aldıklarını belirtmişlerdir.

TÜİK veri tabanından elde edilen Aile Yapısı Araştırması 2006 yılı verilerine göre aile fertlerinin %59,5'i çeşitli konularda ortak karar almaktadır (162).

İki çalışma arasında yaklaşık %7 oranında bir fark olup bu durumun araştırmaların farklı zamanlarda, sayılarda, yaş gruplarında ve cinsiyetlerde yapılmış olmasından kaynaklandığı düşünülebilir.

Bu araştırmada çocukluklarında şiddet gören kadınların oranı %11,9'dur. Bu oranın %73,8'i fiziksel şiddettir. Ayrıca, grubun %16,6'sı çocukluklarında kendilerini derinden etkileyen bir olayla karşılaşmıştır.

Bu araştırmaya katılan kadınların %11,4'ü eşlerinden şiddet görmekte olup bunun %87,8'i psikolojik/duygusal/sözel şiddet, %51,8'i fiziksel şiddet, %27,3'ü ekonomik şiddet ve %22,3'ü ise cinsel şiddet gördüklerini ifade etmiştir.

TÜİK veri tabanından elde edilen Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet İstatistikleri 2008 verilerine göre; yaşamın herhangi bir döneminde eşi veya birlikte olduğu kişi/kişilerden fiziksel şiddet yaşamış kadınların yüzdesi %39,3, cinsel şiddet yaşamış kadınların yüzdesi %15,3, duygusal şiddet/istismar yaşayan kadınların yüzde dağılımı %43,9'dur (162).

Ünal'ın Ankara ili Gölbaşı ilçesinde 15-49 yaş grubu kadınlarda yaptığı çalışmasında kadınların %40,0'nin son 1 yıl içerisinde aile içi şiddete maruz kaldığı bildirilmiştir (159). Naçar ve arkadaşlarının Kayseri ilinde 355 kadında yaptıkları araştırmada kadınların %49,9'u aile içi şiddete maruz kaldıklarını ifade etmişlerdir (163). Kelleci ve arkadaşlarının Sivas il merkezinde 591 kadında yaptıkları araştırmada kadınların %64,0'nin eş şiddetine maruz kaldığı belirtilmiştir (164). Güler Çetin'in İstanbul ilinde 15-49 yaş grubu evli kadınlarda yaptıkları araştırmada evli kadınların %46,1'nin eşi tarafından fiziksel şiddet, %44,2'sinin sözel şiddet, %28,1'inin ise ekonomik şiddet gördüğü belirtilmiştir (165). Cengiz Özyurt ve Deveci'nin Manisa'da kırsal bir bölgede 15-49 yaş evli kadınlarda yaptıkları bir araştırmada kadınların %32,9'unun eş şiddetine maruz kaldığı belirtilmiştir (116). Yang ve arkadaşlarının Tayvan'da 18-50 yaş arası 840 kadında yaptıkları bir araştırmada yaşamları boyunca partneri tarafından fiziksel şiddete maruz kalan kadınların oranı %15'dir (166). Deyessa ve arkadaşlarının Etiyopya'da evli kadınlarda yaptıkları araştırmada eşi tarafından uygulanan şiddetin herhangi bir türünün yaşam boyu prevalansı %72,0 olarak bildirilmiştir (167).

Yapılan bazı ulusal çalışmalarda şiddete maruz kalan kadınların oranı %32,9-%64,0 (116, 159, 163-165), bazı uluslararası çalışmalarda ise yaşam boyu görülme oranı %15-%72 arasında değişmektedir (166, 167). Çalışmalarla kıyaslandığında bu araştırmada şiddet sıklığının daha düşük olduğu görülmüştür.

Bu araştırmaya katılan kadınların EUÖ puanı ortalamaları $41,9 \pm 9,3$ 'tür. Araştırma grubunun %52,0'nin uyumsuz evliliği bulunmaktadır.

Yılmaz'ın Samsun'da 15-49 yaş grubu 435 evli kadında yaptığı araştırmada EUÖ'ye göre kadınların evlilik uyumu puan ortalamaları $47,5 \pm 9,1$ 'dir (220). Şengül Öner'in İzmir'de 113 evli çiftte yaptığı araştırmada EUÖ'ye göre kadınların evlilik uyumu puan ortalamaları $45,5 \pm 7,8$ 'dir (188).

Düzgün'ün Ankara'da 157 evli kişide yaptığı çalışmasında EUÖ'ye göre kadınların evlilik uyumu puanı ortalamaları $40,6 \pm 7,1$ 'dir (205). Taysi'nin Ankara'da yaşayan 80 evli çifte yaptığı çalışmasında EUÖ'ye göre kadınların evlilik uyumu puanı ortalaması $42,2 \pm 10,2$ olarak bulunmuştur (221).

Evlilik uyumu ile ilgili yapılan çalışmalarda değişik ortalamalar söz konusu olmakla beraber aralarında büyük farklar bulunmamaktadır. Bu araştırmada uyumsuz evliliği olma Düzgün ve Taysi'nin çalışması ile benzer niteliktedir. Evlilikte uyum; kişisel özellikler, çift özellikleri ve çevresel etmenler gibi birçok faktörlerden etkilenebilir.

Bu araştırmaya katılan kadınların %12,5'i cinsellikle ilgili bilgilerinin olmadığını, %87,5'i bilgilerinin olduğunu ifade etmiştir. Bu oranın %61,9'u bilgi kaynağı olarak eşini belirtmiştir.

Angın Öztürk'ün Zonguldak'ta 15-49 yaş grubu 517 kadında yaptığı araştırmada cinsel bilgisinin olmadığını ifade eden kadınların oranı %34,6'dır. Cinsel bilgilerinin olduğunu ifade edenlerin oranı ise %65,4 olup %21,6'sı bu bilginin kaynağını arkadaş olarak belirtmiştir (49).

Angın Öztürk'ün çalışmasına kıyasla cinsellikle ilgili bilgilerinin olduğunu bildirenlerin oranı bu çalışmada daha yüksek bulunmuştur. Bunun sebebi olarak eğitim seviyesi düşünülmüş ve her iki çalışma lise ve üstü eğitim açısından karşılaştırılmış bu araştırmada oranın daha yüksek olduğu görülmüştür.

Bu araştırmada kadınların %62,3'ü cinsel hayatlarını çok iyi/iyi, %32,4'ü orta ve %5,3'ü ise kötü/çok kötü olarak değerlendirmiştir.

Aydın'ın İstanbul'da bir üniversite hastanesinde görev yapan 18-49 yaş grubu 180 evli hemşirede yaptığı araştırmada eşiyle aralarındaki cinsel ilişkiyi hemşirelerin %70,0'ı çok iyi/iyi, %26,1'i orta, %3,9'u ise kötü/çok kötü olarak belirtmiştir (8).

Aydın'ın hemşireler üzerinde yaptığı araştırmasına kıyasla bu çalışmada cinsel hayatı çok iyi/iyi olarak değerlendirme daha düşük bulunmuştur. Bunun sebebi olarak Aydın'ın çalışmasının sağlık çalışanlarında yapılmış olmasından kaynaklandığı düşünülebilir.

Bu araştırmada kadınların %10,3'ü evliliğinde cinsel sorunlarının olduğunu ifade etmektedir. Ayrıca, cinsel sorunu olduğunu belirtenlerin %24,0'ı yardım almakta olup %73,3'ü doktor/psikologdan, %46,7'si ise arkadaş/internetten yardım aldığını ifade etmiştir. Yardım alanların %33,3'ü eşiyle birlikte destek aldığını belirtmiştir.

Aydın'ın İstanbul'da bir üniversite hastanesinde görev yapan 18-49 yaş grubu 180 evli hemşirede yaptığı araştırmada eşiyle aralarında cinsel sorun olduğunu düşünenlerin oranı %10,6'dır (8).

Bu araştırmada elde edilen sonuç Aydın'ın çalışmasıyla benzer özellik göstermektedir.

Bu araştırmada kadınların %71,5'i evlenmeden önce cinsel konuları aileleri ile asla konuşamadıklarını ifade etmişlerdir.

Aydın'ın İstanbul'da bir üniversite hastanesinde görev yapan 18-49 yaş grubu 180 evli hemşirede yaptığı araştırmada cinsel konuların aile içinde konuşulmadığını ifade edenlerin oranı %70,6'dır (8). Angın Öztürk'ün Zonguldak'ta 15-49 yaş grubu 517 kadında yaptığı araştırmada evlenmeden önce aile ile cinsel konular hakkında konuşulmama oranı %72,7'dir (49).

Araştırmadan çıkan sonuç diğerk çalışmalarıyla benzer özellik göstermekte olup toplumumuzda cinsellik ile ilgili konuların aile içinde hala tabu olarak görüldüğü düşünülebilir.

Bu araştırmaya katılan kadınların %22,2'si kendilerinde ruhsal sorun olduğunu düşünmektedir. Ruhsal sorunu olduğunu düşünenlerin %50,7'si yardım almakta sakınca görmediğini, %31,5'i kararsız olduğunu, %17,8'i ise yanlış anlaşılacağından çekindiği için yardım almadığını ifade etmiştir.

Nalbantoğlu'nun Denizli'de 20-59 yaş grubu 355 kadında yaptığı araştırmada kadınların %37,2'si son bir yıl içinde ruhsal yakınması olduğunu belirtmiştir. Bu kadınların %43,9'u yakınması olduğu halde bir sağlık kurumuna başvurmamıştır (19). Oğuz'un İstanbul'da 315 kadın sağlık çalışanında yaptığı araştırmada ruhsal sorun yaşadığını belirtenlerin oranı %46,0'dır. Ruhsal sorun yaşadığını ifade edenlerin %27,9'u destek almamıştır (17).

Nalbantoğlu ve Oğuz'un çalışmalarına göre bu araştırmada kendisinde ruhsal sorun olduğunu düşünme oranı daha düşük bulunmuştur.

Bu çalışmada kadınların birinci derece akrabalarında doktor tarafından teşhis edilmiş ruhsal sorun varlığının oranı %8,6'dır.

Altinel'in Edirne'de 15-49 yaş grubu 547 kadında yaptığı araştırmada birinci derece akrabalarında psikiyatrik hastalık tanısı alanların oranı %7,1'dir (13). Ekemen'in Yozgat'ta 15-49 yaş grubu 743 kadında yaptığı araştırmada ailesinde ruhsal hastalık görülenlerin oranı %2,6'dır (12). Cengiz Özyurt ve Deveci'nin Manisa'da 15-49 yaş grubu 225 evli kadında yaptıkları araştırmada kadınların birinci derece akrabalarında ruhsal hastalık bulunma oranı %4,9'dur (116).

Bu konuyla ilgili olarak çalışmalarda farklı oranların olduğu dikkati çekmektedir.

Bu araştırmada son bir ay içinde kendisini derinden etkileyen bir olay yaşayanların oranı %15,5'dir.

Altinel'in Edirne'de 15-49 yaş grubu 547 kadında yaptığı araştırmada son bir yıl içinde kendisini üzüntüye/strese sokan yaşam olayları ile karşılaşanların oranı %73,1'dir (13).

Altinel'in çalışmasına göre daha düşük bir oran söz konusudur. Bunun sebebi olarak bu araştırmada özellikle kadını derinden etkileyen bir olayın varlığının sorgulanması ve çalışmanın farklı zaman aralıklarını kapsaması gösterilebilir.

Bu araştırmada kadınların gelecekle ilgili kaygı yaşama durumu %55,9'dur.

TÜİK veri tabanından elde edilen 2014 yılı verilerine göre kadınlarda bir yıl sonrası için genel olarak hayat beklentisi incelendiğinde %30,9'u daha iyi olacağını, %43,7'si aynı kalacağını, %10,4'ü daha kötüye gideceğini, %15,1'i ise herhangi bir fikrinin olmadığını belirtmiştir. TÜİK veri tabanından elde edilen Yaşam Memnuniyeti Araştırması 2015 yılı verilerine göre kadınların umut düzeyi incelendiğinde %26,0'ı umutlu değil ve hiç umutlu değil şeklinde belirtilmiştir (162).

Kadınların gelecekle ilgili kaygı yaşamalarında; maddi sıkıntılar, eşle yaşanan anlaşmazlıklar, cinsel sorunlar, ruhsal sorunlar, statü ile ilgili sorunlar, baskıcı tutumlar, aileden kaynaklanan sorunlar, şiddet görme, çocuklarla ilgili sorunlar vb. durumlar neden olarak sayılabilir.

5.2. Araştırma Grubunun Analitik Bulgularının Tartışılması

5.2.1. Cinsel Fonksiyon Bozukluğu Görülme Sıklığı ve Etkileyen Etmenlerin Tartışılması

5.2.1.1. Cinsel Fonksiyon Bozukluğu Görülme Sıklığının Tartışılması

Bu araştırmaya katılan kadınların IFSF puan ortalaması $29,5 \pm 8,2$ olup alt boyut puan ortalamaları cinsel doyum için $10,4 \pm 3,2$, cinsel ilişki sıklığı/libido için $11,0 \pm 3,4$ ve cinsel ilişkideki rahatsızlık için ise $8,0 \pm 2,8$ 'dir. Soru analizinde en düşük puan ortalaması cinsel ilişki sıklığı/libidoyu gösteren sorudan alınmıştır ($2,4 \pm 1,3$). En yüksek puan ortalaması ise cinsel ilişkinin kalitesini gösteren sorudan alınmıştır ($4,1 \pm 1,5$). Kadınların %45,0'ında IFSF'ye göre CFB saptanmıştır.

Ulusal çalışmalar incelendiğinde:

Karakoyunlu ve Öncel'in Antalya'da 15-49 yaş grubu 600 kadında IFSF kullanarak yaptıkları araştırmada kadınların %6,8'inde çok düşük, %16,5'inde düşük puanlar tespit edilmiştir (78). Yaralı'nın Erzurum'da 18-49 yaş grubu 213 evli kadında IFSF kullanarak yaptığı araştırmada ölçekten alınan puanlar %9,9'unda çok düşük, %21,6'sında düşük olarak belirtilmiştir (74). Özdemir'in Ankara'nın Mamak ilçesinde 20 yaş üzeri 610 evli kadında IFSF kullanarak yaptığı araştırmada CFB görülme oranı %35,9'dur (1). Özerdoğan ve arkadaşlarının Eskişehir'de 40-65 yaş arası 269 kadında IFSF kullanarak yaptıkları araştırmada CFB görülme sıklığı %68,8'dir (208). Güvel ve arkadaşlarının IFSF kullanarak yaptıkları araştırmada kadınların puan ortalamaları $26,9 \pm 7,8$ olarak belirtilmiştir (222). Çiledağ Özdemir ve Pehlivan'ın Malatya'da bulunan çeşitli hastanelerin jinekoloji polikliniklerine başvuran 20-50 yaş arası 430 kadında IFSF kullanarak yaptıkları araştırmada CFB oranı %69,1 olarak tespit edilmiştir. IFSF puan ortalaması ise $26,9 \pm 7,8$ 'dir (79).

Ege ve arkadaşlarının 15-49 yaş grubu 188 evli kadında FSFI kullanarak yaptıkları araştırmada CFB görülme sıklığı %45,6'dır (76). Nayir'in Edirne'de 20 yaş üstü erişkinlerde yaptığı araştırmada FSFI uygulanan 601 kadın katılımcının %41,1'inde CFB saptandı (4). Aslan ve arkadaşlarının İstanbul'da bir üniversite hastanesinde polikliniğe başvuran 20 yaş üstü kadınlarda FSFI kullanarak yaptıkları araştırmada kadınların %43,4'ünde düşük cinsel fonksiyon belirlenmiştir (77).

Öksüz ve Malhan'ın Ankara'da 18-55 yaş arası 518 kadında FSFI kullanarak yaptığı araştırmada CFB oranı %48,3 olarak bildirilmiştir (80). Demirezen ve arkadaşlarının birinci basamak sağlık merkezine başvuran kırk yaş altındaki kadınlarda FSFI kullanarak yaptıkları araştırmada cinsel fonksiyon açısından sorunlu bulunanların oranı %67,5'tir (28). Çayan ve arkadaşlarının 18-66 yaş arası 179 kadında yaptıkları araştırmada CFB oranı %46,9 olarak bulunmuştur (81). Demir ve arkadaşlarının İzmir'de bir üniversite hastanesinde görev yapan 132 evli kadında FSFI kullanarak yaptıkları araştırmada CFB oranı %28,6 olarak bulunmuştur (223).

Angın Öztürk ve arkadaşlarının Zonguldak'da 15-49 yaş grubu 517 evli kadında Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği (GRCDÖ) ile yaptıkları çalışmada cinsel sorun sıklığı %45,5 olarak belirtilmiştir (75). Önal'ın Diyarbakır'da 18-43 yaş arası 150 kadında GRCDÖ kullanarak yaptığı araştırmada CFB oranı %57 bulunmuştur (5). Oniz ve arkadaşlarının İzmir'de 19-51 yaş arası kadınlarda GRCDÖ kullanarak yaptıkları araştırmada CFB prevalansı %26,1'dir (224).

Uluslararası çalışmalar incelendiğinde:

CFB ile ilgili oranlar ülkeler arasında farklılık göstermektedir. Amerika'da %43, İngiltere'de %33, İzlanda'da %22 olarak bulunmuştur (10, 48, 65, 225-227).

Song ve arkadaşlarının Kore' de FSFI kullanarak yaptıkları araştırmada 40 yaş altı kadınların %43,1'inde CFB saptanmıştır (86). Sidi ve arkadaşlarının Malezya'da 18-70 yaş arası evli kadınlarda FSFI kullanarak yaptıkları araştırmada CFB prevalansı %29,6 olarak belirtilmiştir (89). Safarinejad tarafından İran'da 20-60 yaş arası kadınlarda FSFI kullanılarak yapılan çalışmada kadınların %31,5'inde CFB rapor edilmiştir (90).

Zhang ve Yip'in Hong Kong'da 19-49 yaş grubu kadınlarda DSM IV ile yaptıkları çalışmada kadınların %37,9'unda CFB'den en az birinin görüldüğü tespit edilmiştir (82). Kadri ve arkadaşlarının Fas'ın Kazablanka şehrinde 20 yaş ve üstü kadınlarda DSM IV ile yaptıkları çalışmada CFB oranı %26,6 olarak tespit edilmiştir (228).

Holla ve arkadaşlarının Çek Cumhuriyeti'nde 15 yaş ve üstü kadınlarda yaptıkları çalışmada CFB'nin prevalansı %20 olarak bulunmuştur (83). Palacios ve arkadaşları tarafından yapılan derlemede CFB oranı %40 olarak vurgulanmıştır (84).

Aslan ve Fynes'in derlemesinde belirtilen 1749 kadının dahil edildiği Birleşmiş Milletler Ulusal Sağlık ve Toplumsal Sağlık Araştırması'na göre CFB sıklığı %43 olarak bildirilmiştir (85). Korda, Almanya'da kadınlarda CFB prevalansının yaklaşık %38 olduğunu bildirmiştir (87). Elnashar ve arkadaşlarının Mısır'da beş medikal merkezde yaptığı çalışmada, 16-49 yaş grubu evli kadınların %68,9'unda bir veya birden fazla cinsel sorun olduğu tespit edilmiştir (88). Abdo ve arkadaşlarının Brezilya'da 18 yaş ve üstü kadınlarda yaptıkları çalışmada CFB oranı %49 olarak rapor edilmiştir (91). Salonia ve arkadaşlarının derlemesinde Amerikalı kadınlarda CFB oranı yaklaşık %43 olarak bildirilmiştir (92). McCabe ve arkadaşlarının 2015 yılında cinsel tıp üzerine yaptıkları 4. uluslararası konsültasyondan çıkan fikre göre kadınlarda CFB prevalansı yaşa bakılmaksızın yaklaşık %40-50 arasındadır (93).

Kadınlarda CFB görülme sıklığı **ulusal çalışmalarda** %23,3-%69,1 (1, 4, 5, 28, 74-81, 208, 223, 224), **uluslararası çalışmalarda** ise %20-%68,9 olarak tespit edilmiştir (82-93, 228).

Bu araştırmada saptanan oran gerek ulusal çalışmalarla gerekse uluslararası çalışmalarla benzer niteliktedir. Görülme sıklığına bakıldığında, CFB kadınların önemli bir kesimini ilgilendirmektedir. Cinsellikle ilgili sorunun ne olduğu, altında yatan fiziksel, psikolojik, sosyokültürel faktörler belirlenmeli ve buna göre uygun eğitim programları düzenlenmelidir. Sağlıklı bir yapıda olan cinselliğin gerek kadının genel yaşam kalitesinin yükseltilmesi ve doyum sağlamasında gerekse evlilik içi uyumun sağlanmasında önemli bir rolü vardır.

CFB ile ilgili yapılan çalışmaları değerlendirdiğimizde: birbirinden farklı değerler bildirilmesinin sebebi olarak; örneklem seçimi, kullanılan tanı araçlarının farklılığı, veri toplama yöntemi, farklı zaman ve yerlerde yapılmış olması, toplumsal ve kültürel etkenler gösterilebilir. Cinselliğin hala tabu olarak görülmesi kadının sorunlarını dile getirmesinde çekince kaynağıdır. Bu sebeple tanısıl değerlendirmede kendisini rahat ifade edebileceği bir veri toplama yöntemi tercih edilmelidir. Özellikle cinsellikle ilgili geniş toplumsal tabanlı çalışmalarda görülme sıklığı tespit edilirken doğru sonuçlar elde edebilmek için kullanılan yöntem önemlidir. Bu araştırmada kapalı zarf ile veri toplanması tercih edilmiştir.

5.2.1.2. Cinsel Fonksiyon Bozukluğu Grlme Sıklığını Etkileyen Etmenlerin Tartışılması

Bu araştırmada tek değişkenli analizler sonucunda CFB görülme sıklığı üzerine; kadının yaşı, kadının eğitim durumu, ekonomik durum algısı, sağlık güvencesi varlığı, eşin eğitim durumu, eşin çalışma durumu, toplam gebelik sayısı, canlı doğum sayısı, isteyerek düşük sayısı, yaşayan ocuk sayısı, kadınlarda kronik hastalık varlığı, eşde kronik hastalık varlığı, ocuk/çocuklarında kronik hastalık varlığı, uyku düzeni, çocukluğunu kimin yanında geçirdiği, çocukluğunda şiddet görme durumu, çocukluğunda kendisini derinden etkileyen bir olayla karşılaşma durumu, evlilik süresi, eşle yaş farkı, evlenme şekli, evliliğinde mutluluğunu değerlendirme, eşle sorun yaşama, eşin aile düzenini bozacak derecede alkol kullanma alışkanlığı, evlilikte ortak karar alma durumu, eşinden şiddet görme durumu, evlilik uyum leği puanına göre evlilik uyumunun değerlendirilmesi, cinsellikle ilgili bilgilerin varlığı, evliliğinde cinsel hayatlarını değerlendirme, evliliğinde cinsel sorun varlığını değerlendirme, evlenmeden önce aileyle cinsel konular hakkında konuşma, GSA puanına göre ruhsal sorun varlığının anlamlı etkisi olduğu belirlenmiştir.

Çalışmada CFB ile kadının çalışma durumu, aile tipi, kendiliğinden düşük sayısı, ölü doğum sayısı, ocuk sahibi olmakla ilgili sorun yaşama durumu, aile planlaması yöntemi kullanma durumu ve sigara içme durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Lojistik regresyon modeline tek değişkenli analizlerde anlamlı bulunan bağımsız değişkenler alınmıştır. Modelin son şekli verilmeden önce tüm bağımsız değişkenlerin kendi arasındaki korelasyon incelenmiş, güçlü korelasyon gösteren değişkenlerden biri modele alınmıştır.

Buna göre oluşturulan korelasyon matrisine göre kadının yaşı ile evlilik süresi, kadının eğitim durumu ile eşinin eğitim durumu, toplam gebelik sayısı ile canlı doğum sayısı, toplam gebelik sayısı ile yaşayan çocuk sayısı, cinsel hayatlarını değerlendirme ile evlilikte mutluluğu değerlendirme değişkenleri arasında güçlü korelasyon saptandığı için lojistik regresyon analizinde modele evlilik süresi, kadının eğitim durumu, toplam gebelik sayısı ve cinsel hayatlarını değerlendirmeleri dahil edilmiş diğer ilişkili değişkenler modele alınmamıştır.

Çok değişkenli analiz sonucunda ise, sağlık güvencesi olmama, eşinde kronik hastalık varlığı, evlilik süresinin artışı, EUÖ'ye göre uyumsuz evliliği olma, cinsellik ile ilgili bilgi sahibi olmama, evliliğinde cinsel hayatını orta/kötü/çok kötü değerlendirme, evliliğinde cinsel sorunu olduğunu değerlendirme ve GSA 12 puanına göre ruhsal sorunu olma CFB görölme sıklığını anlamlı olarak etkilemektedir.

5.2.1.2.1. Araştırmaya Katılan Kadınların ve Eşlerinin Sosyodemografik Değişkenleri ile Cinsel Fonksiyon Bozukluğu Görölme Sıklığının Tartışılması

Bu araştırmaya katılan kadınlarda yaş ilerledikçe CFB görölme sıklığı anlamlı olarak artmaktadır.

Yaralı'nın çalışmasında kadınlarda yaş ilerledikçe CFB görölme oranında anlamlı olarak bir artış olduğu saptanmıştır (74). Karakoyunlu'nun çalışmasında kadınlarda yaş arttıkça CFB görölme oranında anlamlı bir artış olduğu bildirilmiştir (29). Angın Öztürk'ün çalışmasında 19-29 yaş grubu kadınlarda genel cinsel sorunların görölme sıklığı 40-49 yaş grubuna göre anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur (49). Aydın'ın hemşirelerde yaptığı çalışmasında 40-49 yaş grubu olanların Arizona cinsel yaşantılar ölçeği toplam puanı 20-29 yaş grubu olanlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (8). Atik Nalbant'ın menopozal semptomları olan kadınlarda yaptığı çalışmasında yaş arttıkça cinsel sorunların anlamlı olarak arttığı saptanmıştır (31).

Tepe'nin çalışmasında kadınlarda yaş grubu arttıkça CFB görülme oranının arttığı bildirilmiştir (35). Nayir'in çalışmasında kadınlarda ileri yaşa bağlı olarak cinsel işlev bozukluğunun anlamlı olarak arttığı bulunmuştur (4).

Çiledağ Özdemir ve Pehlivan'ın jinekoloji polikliniğine başvuran kadınlarda yaptıkları araştırmada 40 yaş üstü olma CFB ile anlamlı olarak ilişkili bulunmuştur (79). Özerdoğan ve arkadaşlarının çalışmasında CFB görülme sıklığı yaş ile birlikte anlamlı bir biçimde artış göstermiştir (208). Gölbaşı ve arkadaşlarının jinekoloji polikliniğine başvuranlarda yaptıkları çalışmada 36 yaş ve üzeri kadınlarda CFB görülme sıklığı 18-35 yaş grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (212). Aslan ve Fynes'in derlemesinde CFB'nin prevalansının yaşla artış gösterdiği vurgulanmıştır (85).

Acar'ın doğum sonrası dönemdeki kadınlarda yaptığı çalışmada kadınların yaşı ile IFSF puan ortalamaları karşılaştırıldığında anlamlı bir fark bulunmamıştır (37). Önal'ın çalışmasında kadının yaşı ile CFB arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (5).

Bu araştırmada tek değişkenli analiz neticesinde elde edilen sonuç diğer çoğu çalışmayla benzer niteliktedir. Çok değişkenli analizde ise; kadının yaşı ile evlilik süresi arasında yapılan korelasyon sonucunda güçlü bir ilişki ortaya çıktığı için lojistik regresyon modeline alınmamıştır. Modele alınan evlilik süresi değişkeni ile yapılan lojistik regresyon sonucunda uzun süreli evli olma CFB için önemli bir risk faktörü olarak belirlenmiştir. Literatürü incelediğimizde yapılan çoğu çalışmada ileri yaşın CFB için bir risk olduğu vurgulanmıştır. Bunun sebebi olarak kadınlarda yaş artışı ile birlikte doku ve organların işlevsel kapasitesinin azalması, gebelik ve doğum sürecinin getirdiği yapısal ve hormonal değişiklikler, kronik hastalıkların görülme sıklığındaki artış, kadının yaşı ilerledikçe güzelliğinin azaldığını hissetmesi gibi pek çok fizyolojik, psikolojik ve sosyal faktörler sıralanabilir (11, 42).

Bu araştırmada tek değişkenli analiz sonucunda grubun eğitim seviyesi arttıkça CFB görülme sıklığının anlamlı olarak azaldığı saptanmıştır. Ancak yapılan çok değişkenli analiz sonucunda bu ilişki ortadan kalkmıştır.

Zorlu Kocagöz'ün çalışmasında cinsel işlev bozukluğu olanlarda olmayanlara göre eğitim yılı daha düşük bulunmuştur (3).

Yaralı'nın çalışmasında kadınlarda eğitim düzeyi yükseldikçe CFB görülme oranında anlamlı bir azalma görülmüştür (74). Nayir'in çalışmasında kadınlarda cinsel işlev bozukluğunun eğitim durumu arttıkça anlamlı olarak azaldığı saptanmıştır (4).

Karakoyunlu'nun çalışmasında eğitim düzeyi düşük olan kadınlarda CFB görülme oranı anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (29). Acar'ın doğum sonrası dönemdeki kadınlarda yaptığı çalışmada eğitim düzeyi arttıkça cinsel işlev bozukluğu görülme oranının anlamlı olarak azaldığı saptanmıştır (37). Çiledağ Özdemir ve Pehlivan'ın jinekoloji polikliniğine başvuranlarda yaptığı çalışmada kadınlarda eğitim düzeyi arttıkça CFB görülme sıklığının anlamlı bir şekilde azaldığı bildirilmiştir (79). Özerdoğan ve arkadaşlarının çalışmasında kadınlarda öğrenim düzeyi arttıkça CFB görülme sıklığı anlamlı olarak azalmaktadır (208). Tepe'nin çalışmasında kadınlarda eğitim düzeyi arttıkça CFB görülme sıklığının anlamlı olarak azaldığı tespit edilmiştir (35). Çayan ve arkadaşlarının çalışmasında CFB görülme oranı eğitim seviyesi düşük olan kadınlarda önemli ölçüde yüksek bulunmuştur (81). Aslan ve arkadaşlarının çalışmasında kadınlarda düşük eğitim seviyesi, düşük cinsel fonksiyon için bir risk faktörü olarak belirtilmiştir (77).

Önal'ın çalışmasında kadınlarda cinsel işlev bozukluğu olanlarla olmayanlar arasında öğrenim düzeyi açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır (5).

Bu araştırmada çok değişkenli analiz sonucunda kadının eğitim durumu ile CFB görülme sıklığı arasındaki ilişkinin ortadan kalkmasının nedeni olarak değişkenin başka etmenlerden etkilenmesi düşünülebilir. Her ne kadar eğitim seviyesi bir risk faktörü olarak ortadan kalksa da lojistik regresyonda anlamlı bulunan diğer bir değişken olan cinsel bilgi varlığının eğitim seviyesiyle ilişkili olduğu düşünülebilir. Literatürü incelediğimizde yapılan çalışmalarda düşük eğitim seviyesinin CFB ile ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar mevcut olmakla birlikte aralarında anlamlı bir ilişkinin olmadığı araştırmada vardır.

Bu araştırmada kadınların eşlerinin eğitim seviyesi arttıkça kadınlarda CFB görülme sıklığı anlamlı olarak azalmaktadır. Yapılan çok değişkenli analiz sonucunda ilişki ortadan kalkmıştır.

Tepe'nin çalışmasında kadınların eşlerinin eğitim düzeyi arttıkça CFB görülme sıklığının anlamlı olarak azaldığı bulunmuştur (35). Yaralı'nın çalışmasında kadınların eşlerinin eğitim durumu arttıkça IFSF puanlarının anlamlı olarak yükseldiği saptanmıştır (74).

Acar'ın doğum sonrası dönemdeki kadınlarda yaptığı çalışmada eşlerinin eğitim düzeyi yüksek olanlarda cinsel işlev bozukluğu görülme oranı anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur (37). Karakoyunlu'nun çalışmasında kadınların eşlerinin eğitim durumu yükseldikçe CFB görülme oranında anlamlı bir düşme olduğu tespit edilmiştir (29). Özerdoğan ve arkadaşlarının çalışmasında kadınların eşlerinin eğitim düzeyi arttıkça CFB görülme sıklığının anlamlı olarak azaldığı bulunmuştur (208).

Aydın'ın hemşirelerde yaptığı çalışmada Arizona cinsel yaşantılar ölçeği toplam puanı ile eşlerinin eğitim düzeyi arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (8). Önal'ın çalışmasında kadınların eşlerinin eğitim düzeyleri ile cinsel işlev bozukluğu arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (5).

Bu değişkende kadının eğitim durumunda belirtildiği gibi yorumlanabilir. Çünkü yapılan çok değişkenli analiz sonucunda ilişki ortadan kalkmıştır.

Bu araştırmaya katılan kadınlarda çalışma durumu ile CFB görülme sıklığı arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır.

Yaralı'nın çalışmasında ev hanımlarında CFB görülme durumu, memur ve serbest meslek sahiplerine göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (74). Karakoyunlu'nun çalışmasında çalışan kadınların IFSF puan ortalamalarının çalışmayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (29). Nayir'in çalışmasında çalışmayan kadınlarda cinsel işlev bozukluğu görülme oranı çalışanlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (4). Özerdoğan ve arkadaşlarının çalışmasında çalışmayan kadınlarda çalışanlara göre CFB'nin anlamlı olarak daha sık görüldüğü saptanmıştır (208).

Acar'ın doğum sonrası dönemdeki kadınlarda yaptığı çalışmada kadının çalışma durumu ile IFSF puanları karşılaştırıldığında anlamlı bir fark bulunmamıştır (37). Ege ve arkadaşlarının çalışmasında kadınların çalışma durumu ile CFB arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (76).

Gölbaşı ve arkadaşlarının jinekoloji polikliniğine başvuranlarda yaptıkları çalışmada kadının çalışma durumu ile cinsel işlev bozukluğu görülme sıklığı arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (212).

Literatürü incelediğimizde yapılan çalışmalarda kadının çalışma durumunun CFB ile ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar mevcut olmakla birlikte ilişkili bulunmayan araştırmalarda vardır.

Bu araştırmada eşi çalışmayan kadınlarda çalışanlara göre CFB görülme sıklığı anlamlı olarak daha yüksektir. Fakat bu durum çok değişkenli analizde ortadan kalkmaktadır.

Yaralı'nın çalışmasında kadınların eşlerinin mesleği ile IFSF puanları karşılaştırıldığında eşinin mesleği memur olanların IFSF puanlarının yüksek ve CFB görülme oranının anlamlı bir şekilde düşük olduğu saptanmıştır (74). Karakoyunlu'nun çalışmasında eşi memur olan kadınların IFSF puan ortalamaları eşi çalışmayan, emekli, işçi ve serbest meslek olanlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (29). Acar'ın doğum sonrası dönemdeki kadınlarda yaptığı çalışmada eşi memur olan grupta diğer gruplara göre cinsel işlev bozukluğu görülme oranı anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur (37). Özerdoğan ve arkadaşlarının çalışmasında eşi çalışmayan kadınlarda çalışanlara göre CFB'nin önemli oranda daha sık görüldüğü saptanmıştır (208). Tepe'nin çalışmasında eşi işsiz ve emekli olan kadınların FSFI puanları anlamlı olarak düşük bulunmuştur (35).

Önal'ın çalışmasında kadınlarda cinsel işlev bozukluğu olanlarla olmayanlar arasında eşin çalışma durumu açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır (5).

Eşin çalışmaması beraberinde ekonomik sıkıntıları getirerek çiftin mutsuz olmasına neden olacaktır. Bu durum eşlerin birbirinden uzaklaşmasına sebep olarak cinsel hayatlarını da etkileyebilir. Ancak, bu varsayım her çiftte aynı sonuçları doğurmayacağından ve değişken pek çok farklı etmenden etkilenmiş olabileceğinden dolayı araştırmada çok değişkenli analiz sonucunda ilişki ortadan kalkmıştır.

Bu araştırmada grubun ekonomik durum algısı kötüleştikçe CFB görülme sıklığı anlamlı olarak artmaktadır. Çok değişkenli analizde bu durum ortadan kalkmıştır.

Yaralı'nın çalışmasında gelir düzeyi arttıkça kadınlarda CFB görülme oranında anlamlı bir azalma saptanmıştır (74). Karakoyunlu'nun çalışmasında gelir düzeyi arttıkça kadınlardaki CFB görülme oranının anlamlı olarak azaldığı görülmüştür (29). Özerdoğan ve arkadaşlarının kadınlarda yaptığı çalışmada ailenin gelir düzeyi düştükçe CFB görülme sıklığının anlamlı olarak arttığı belirtilmiştir (208).

Tepe'nin çalışmasında kadınlarda kadın cinsel fonksiyon indeksi puanı ile gelir düzeyi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (35). Ege ve arkadaşlarının çalışmasında kadınların ekonomik durum algısı ile CFB arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (76). Gölbaşı ve arkadaşlarının jinekoloji polikliniğine başvuranlarda yaptıkları çalışmada kadının gelir durumu ile cinsel işlev bozukluğu görülme sıklığı arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (212).

Ekonomik sıkıntının çekilmesi bazı çiftlerde evlilik ilişkilerini etkileyebilir dolayısıyla bu durum eşlerin birbirinden soğumalarına ve önceliklerinin farklılaşmasına neden olur. Bu da cinsel sorunları beraberinde getirebilir. Ancak sosyoekonomik durumun kötü olması her ailede aynı sonuçlara sebebiyet vermeyeceği ve değişkenin diğer etmenlerden de etkilenmiş olabileceğinden dolayı bu araştırmada ilişki ortadan kalkmıştır. Literatürde de iki değişken arasında anlamlı bir ilişkinin bulunduğu çalışmalar olduğu gibi anlamlı bir farkın olmadığı çalışmalarda mevcuttur.

Bu çalışmada herhangi bir sağlık güvencesi olmayanlarda CFB görülme sıklığı olanlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Yapılan lojistik regresyon analizine göre sağlık güvencesi olmayanlarda CFB görülme sıklığı olanlara göre anlamlı olarak 1,849 kat daha fazla bulunmuştur.

Özerdoğan ve arkadaşlarının çalışmasında sosyal güvencesi olmayan kadınlarda, olanlara göre CFB görülme sıklığı anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (208).

Tepe'nin çalışmasında kadınlarda kadın cinsel fonksiyon indeksi puanı ile sağlık güvencesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (35).

Bu araştırmada kadının sağlık güvencesi olmamasının CFB görülme sıklığını etkilemesinin nedeni, kişide aynı anda hem ekonomik durumun kötüleşmesi hem de herhangi bir işte çalışmaması olarak değerlendirilebilir. Dolayısıyla her iki değişkenin aynı anda bulunmasının CFB görülmesinde risk faktörü oluşturabileceği dşnlebilir. Bu sonuçla ilgili herhangi bir çalışmaya rastlanılmamıştır.

Bu araştırmaya katılan kadınlarda aile tipi ile CFB görülme sıklığı arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır.

Yaralı'nın çalışmasında çekirdek aile yapısına sahip olan kadınlarda geniş aile yapısına sahip olanlara göre CFB görülme oranının anlamlı olarak daha düşük olduğu bildirilmiştir (74).

Acar'ın doğum sonrası dönemdeki kadınlarda yaptığı çalışmada IFSF puan ortalamaları ile çekirdek ve geniş aile yapısına sahip olanlar karşılaştırıldığında aralarında anlamlı bir farkın olmadığı belirtilmiştir (37). Karakoyunlu'nun çalışmasında kadınlarda IFSF puan ortalamaları ile çekirdek ve geniş aile yapısına sahip olma durumu arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (29). Angın ztrk'n çalışmasında kadınlarda GRCDÖ alt ölçek puanları açısından çekirdek ve geniş aile yapısına sahip olanlar karşılaştırıldığında aralarında anlamlı bir fark bulunmamıştır (49). Tepe'nin çalışmasında kadınlarda kadın cinsel fonksiyon indeksi puanı ile aile tipi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (35). nal'ın çalışmasında kadınlarda aile tipi ile cinsel işlev bozukluğu arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (5). zerdoğan ve arkadaşlarının çalışmasında kadınların aile tipi ile CFB görülme sıklığı arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (208). Gölbaşı ve arkadaşlarının jinekoloji polikliniğine başvuranlarda yaptıkları çalışmada kadının aile tipi ile cinsel işlev bozukluğu görülme sıklığı arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (212).

Bu araştırmada aile tipi ile CFB görülme sıklığı arasında elde edilen sonuç diğer çoğu çalışmayla benzer niteliktedir.

5.2.1.2.2. Araştırmaya Katılan Kadınların Doğurganlık Öyküsü, Çocuk Sahibi Olmakla İlgili Sorun Yaşama Durumları ve Aile Planlaması ile İlgili Değişkenlerinin Cinsel Fonksiyon Bozukluğu Görülme Sıklığı ile Tartışılması

Bu araştırmada CFB görülen grubun toplam gebelik sayısı ortalaması, canlı doğum sayısı ortalaması ve yaşayan çocuk sayısı ortalaması CFB görülmeyen gruba göre anlamlı olarak daha yüksektir. Çalışmada CFB görülen grubun isteyerek düşük sayısı ortalaması CFB görülmeyen gruba göre anlamlı olarak daha yüksektir. İsteyerek düşük yapan kadınlarda CFB görülme sıklığı yapmayanlara göre anlamlı olarak artmaktadır. Araştırmada, CFB görülme sıklığı ile kendiliğinden düşük sayısı ortalaması arasında ise anlamlı bir fark bulunmamaktadır.

Kendiliğinden düşük yapan kadınlar ile yapmayanlar karşılaştırıldığında da CFB görülme sıklığı açısından anlamlı bir fark bulunmamaktadır. Ayrıca, CFB görülme sıklığı ile ölü doğum sayısı ortalaması arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır.

Karakoyunlu'nun çalışmasında üç ve daha fazla doğum yapan kadınlarda CFB görülme oranı anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Yine aynı çalışmada çocuk sayısı arttıkça kadınlarda CFB görülme oranında anlamlı olarak artış saptanmıştır (29). Özerdoğan ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada dört ve üzeri olan doğum sayısının CFB görülme oranını anlamlı bir şekilde yükselttiği tespit edilmiştir (208). Çayan ve arkadaşlarının çalışmasında CFB görülme oranı multiparitesi olan kadınlarda önemli ölçüde yüksek bulunmuştur (81). Bayoğlu Tekin ve arkadaşlarının çalışmasında çocuk sayısının artışı ile FSFI toplam puanının anlamlı olarak azaldığı görülmüştür (229). Safarinejad'ın çalışmasında kadınlarda multiparite ile CFB arasında önemli ölçüde ilişki bulunmuştur (90).

Tepe'nin çalışmasında kadınlarda doğum sayısı, gebelik sayısı ve çocuk sayısı dört ve üzerine çıktığında CFB görülme sıklığının anlamlı olarak arttığı bulunmuştur. Yine aynı çalışmaya göre en az bir kez düşük yapmış kadınlarda CFB görülme oranının düşük yapmamış olanlara göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Ayrıca, kadınların kürtaj olma durumları ile CFB görülme sıklığı arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (35).

Ege ve arkadaşlarının çalışmasında kadınların çocuk sayısı ile CFB arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (76).

Gölbaşı ve arkadaşlarının jinekoloji polikliniğine başvuranlarda yaptıkları çalışmada kadının gebelik sayısı, düşük ve kürtaj yaşama durumu ile cinsel işlev bozukluğu görülme sıklığı arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Yine aynı çalışmada en az bir kez doğum yapan kadınlarda cinsel işlev bozukluğu görülme sıklığı anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (212).

Bu araştırma sonucunda CFB görülen grupta gebelik, canlı doğum ve yaşayan çocuk sayısının arttığı görülmüştür. Literatürle benzer bir durum söz konusu olmakla birlikte çok değişkenli analiz sonucunda bu durum ortadan kalkmıştır. Fakat bu duruma şöyle değinmek gerekebilir.

Kadının doğum sayısının artması aynı zamanda hem yaşla hem evlilik süresi ile ilişkilidir. Her ne kadar lojistik regresyon sonucunda anlamlılık kalkmış bile olsa yine aynı analizde uzun süreli evli olma CFB için önemli bir risk faktörü olarak bulunmuştur. Bu durumun sonucu dolaylı olarak etkilediği düşünülebilir. Kadının doğum sayısının artması genital organlarda ve pelvik taban kaslarında bozulmaya sebep olarak fizyolojik bir etki, çocuk sayısının fazlalığı ile beraberinde getireceği sosyoekonomik yük kadının kendisine ve eşine daha az zaman ayırmasına neden olarak psikolojik bir etki oluşturarak cinsel fonksiyonu etkileyebilir.

Ayrıca, çalışmada tek değişkenli analizde isteyerek düşük sayısı ile CFB arasında anlamlı bir ilişki çıkması dolaylı olarak şöyle yorumlanabilir. Kadında cinsellikle ilgili bilgi sahibi olmamanın istenmeyen gebeliklere yol açarak bunun düşükle sonuçlanmasına neden olduğu düşüncesinden yola çıkarak CFB ile ilişkili olduğu söylenebilir. Yapılan çok değişkenli analizde isteyerek düşük sayısı ile CFB görülme sıklığı arasındaki ilişki ortadan kalkmakla beraber diğer bir değişken olan kadında cinsel bilgi eksikliği CFB için önemli bir risk faktörü olarak karşımıza çıkmaktadır.

Bu araştırmada kadınların çocuk sahibi olmakla ilgili sorun yaşama durumları ile CFB görülme sıklığı arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Kırço'nun çalışmasında infertil kadınların %77'sinin cinsel işlev bozukluğu sorunu yaşadığı saptanmıştır (66). Tashbulatova ve arkadaşlarının çalışmasında infertil kadınlarda CFB prevalansı %35,5 olarak belirtilmiştir (67).

Bu araştırmada infertiliteyi saptamak için değerlendirme yapılmamış sadece çocuk sahibi olmakla ilgili sorun yaşıyıp yaşamadıkları sorulmuştur. Dolayısıyla karşılaştırmalar buna göre yapılmış ve anlamlılık çıkmamış olabilir.

Bu araştırmaya katılan kadınlarda aile planlaması yöntemi kullanma durumu ile CFB görülme sıklığı arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Tepe'nin çalışmasında doğum kontrol yöntemi kullanan kadınların FSFI puanları, kullanmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (35).

Yaralı'nın çalışmasında kadınlarda IFSF puanı ile aile planlaması yöntemi kullanma durumu arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (74).

Karakoyunlu'nun çalışmasında kadınlarda IFSF puan ortalamaları ile aile planlaması yöntemi kullanma durumu arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (29). Ege ve arkadaşlarının çalışmasında kadınların aile planlaması yöntemi kullanma durumu ile CFB arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (76). Demirezen ve arkadaşlarının çalışmasında kadınların aile planlaması yöntemi kullanma durumu ile FSFI puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (28).

Bu araştırmada aile planlaması yöntemi kullanma durumu ile CFB görülme sıklığı arasında elde edilen sonuç diğer çoğu çalışmayla benzer niteliktedir.

5.2.1.2.3. Araştırmaya Katılan Kadınlarda, Eşinde ve Çocuk/Çocuklarında Kronik Hastalık Varlığının Cinsel Fonksiyon Bozukluğu Görülme Sıklığı ile Tartışılması

Bu araştırmada kadınlarda kronik hastalığı olanlarda CFB görülme sıklığı olmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca, çalışmada çocuk/çocuklarında kronik hastalığı olan kadınlarda da CFB görülme sıklığı olmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Çok değişkenli analizde bu iki durumda ortadan kalkmıştır.

Zorlu Kocagöz'ün çalışmasında cinsel işlev bozukluğu olanlarda olmayanlara göre sistemik hastalık tanısı almış olma oranı anlamlı biçimde yüksek bulunmuştur (3). Özerdoğan ve arkadaşlarının çalışmasında kadınlarda sürekli ilaç kullanmayı gerektiren herhangi bir kronik hastalık varlığı CFB için önemli bir risk faktörü olarak bulunmuştur (208). Gölbaşı ve arkadaşlarının jinekoloji polikliniğine başvuranlarda yaptıkları çalışmada kronik fiziksel bir hastalığı olan kadınlarda cinsel işlev bozukluğu görülme sıklığı olmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (212). İncesu'nun makalesinde kronik bedensel hastalıkların cinsel işlev bozukluklarının etyolojisinde önemli rol oynadığı vurgulanmıştır (38). Tepe'nin çalışmasında herhangi bir sağlık sorunu olan kadınlarda CFB görülme oranı olmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (35). Çayan ve arkadaşlarının çalışmasında CFB görülme oranı kronik hastalığı olan kadınlarda önemli ölçüde yüksek bulunmuştur (81). Safarinejad'ın çalışmasında kadınlarda kronik hastalık varlığı CFB ile önemli ölçüde ilişkili bulunmuştur (90).

Palacios ve arkadaşlarının derlemesinde sağlık durumunun kötü olması diyabet, kardiovasküler hastalıklar, hipertansiyon, nörolojik hastalıklar ve psikiyatrik bozukluklar gibi tıbbi durumların CFB riskini arttırdığı belirtilmiştir (84).

Acar'ın doğum sonrası dönemdeki kadınlarda yaptığı çalışmada kronik hastalığı olan ve olmayan grupların IFSF puan ortalamaları karşılaştırıldığında aralarında anlamlı bir fark bulunmamıştır (37). Demirezen ve arkadaşlarının çalışmasında kadınlarda kronik hastalık varlığı ile FSFI puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (28).

Bu araştırmada çok değişkenli analizde kadında ve çocuklarında kronik hastalık varlığı ve CFB arasındaki ilişkinin ortadan kalkmasının nedeni değişkenin başka etmenlerden etkilenmesi olabilir. Literatürde araştırmayla benzer çalışmalar olduğu gibi benzer olmayan çalışmalarda mevcuttur.

Bu araştırmada eşinde kronik hastalığı olan kadınlarda CFB görülme sıklığı olmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Yapılan regresyon analizine göre eşinde kronik hastalığı olanlarda CFB görülme sıklığı olmayanlara göre anlamlı olarak 1,667 kat daha fazla bulunmuştur.

Tepe'nin çalışmasında eşinde herhangi bir sağlık sorunu olan kadınlarda CFB görülme oranı, olmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (35).

Bu araştırmada çok değişkenli analizde kadında kronik hastalık varlığı ile CFB görülme sıklığı arasındaki ilişkinin ortadan kalkıp burada anlamlı çıkmasının sebebi olarak cinselliği erkeğin belirlediği görüşü ve sosyokültürel faktörler düşünülebilir.

5.2.1.2.4. Araştırmaya Katılan Kadınların Sigara İçme Durumu ve Uyku Düzeni ile İlgili Değişkenlerinin Cinsel Fonksiyon Bozukluğu Görülme Sıklığı ile Tartışılması

Bu çalışmada sigara içenlerde CFB görülme sıklığı yüksek olmakla birlikte anlamlı bulunmamaktadır.

Karakoyunlu'nun çalışmasında IFSF puan ortalamaları sigara içen kadınlarda içmeyenlere göre daha düşük bulunmuştur (29).

Yaralı'nın çalışmasında IFSF puanları ile sigara içme durumu arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (74). Tepe'nin çalışmasında kadınlarda sigara içme durumu ile CFB görülme sıklığı arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (35). Nayir'in çalışmasında kadınların sigara içme durumu ile cinsel işlev bozukluğu görülme oranı arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (4). Özerdoğan ve arkadaşlarının çalışmasında kadınların sigara içme durumu ile CFB görülme sıklığı arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (208).

Bu araştırmada sigara içme durumu ile CFB görülme sıklığı arasında elde edilen sonuç diğer çoğu çalışmayla benzer niteliktedir.

Bu araştırmaya katılan kadınların uyku durumları düzensizleştikçe CFB görülme sıklığı anlamlı olarak artmaktadır. Çok değişkenli analizde bu ilişki ortadan kalkmıştır. İncelenen araştırmalarda bu durumla ilişkili veriye rastlanamamıştır. Uyku düzensizliği, fizyolojik ve psikolojik birçok sebeple cinsel fonksiyonu etkilemiş ya da etkilenmiş olabilir.

5.2.1.2.5. Araştırmaya Katılan Kadınların Geçmiş Yaşantıları ile İlgili Değişkenlerinin Cinsel Fonksiyon Bozukluğu Görülme Sıklığı ile Tartışılması

Bu çalışmada çocukluğunu anne, baba ve kardeş ortamı dışında geçirenlerde CFB görülme sıklığı anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Kişilerin; yetiştiği ve içinde yaşadığı aile, yakın çevresi, kültürü, gelenekleri, inanç ve ahlaki tutumları cinsel davranışlarını belirlediği için CFB'nin ortaya çıkmasında rol oynayabilmektedir (30). Fakat araştırma sonucumuzda bu ilişki değişkenin başka etmenlerden etkilenmiş olabileceğinden dolayı çok değişkenli analizde ortadan kalkmıştır.

Bu araştırmada çocukluğunda şiddet gören kadınlarda CFB görülme sıklığı görmeyenlere göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca, çocukluğunda kendisini derinden etkileyen bir olayla karşılaşan kadınlarda CFB görülme sıklığı karşılaşmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksektir. Fakat bu iki durum arasındaki ilişki çok değişkenli analizde ortadan kalkmıştır.

Kulak'ın çalışmasında çocukluk, yetişkinlik ya da evlilik gibi yaşam dönemlerinin herhangi birinde en az bir travmaya maruz kalan kadınların oranı cinsel işlev bozukluğu olanlarda olmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Yine aynı çalışmaya göre cinsel işlev bozukluğu olan kadınlarda, olmayanlara göre çocukluklarında sık olarak fiziksel şiddete maruz kalma oranı anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (59).

Bu araştırmanın sonucunda çocukluk döneminde şiddet görme ve kendisini derinden etkileyen bir olayla karşılaşma kadında ruhsal sorunlar oluşturmuş olup evlilik uyumunu ve dolayısıyla cinselliği etkilemiş olabilir. Çok değişkenli analizde ilişkinin ortadan kalkması iki değişkeninde diğer etmenlerden etkilenmiş olabileceğindendir.

5.2.1.2.6. Araştırmaya Katılan Kadınların Evlilik Durumları ile İlgili Değişkenlerinin Cinsel Fonksiyon Bozukluğu Görülme Sıklığı ile Tartışılması

Bu araştırmada CFB görülen grubun evlilik süresi ortalaması CFB görülmeyen gruba göre anlamlı olarak daha fazladır. Yapılan lojistik regresyon analizine göre evlilik süresi arttıkça CFB görülme sıklığı anlamlı olarak 1,066 kat artmaktadır.

Yaralı'nın çalışmasında kadınlarda evlilik süresi arttıkça CFB görülme oranının anlamlı olarak yükseldiği görülmüştür (74). Karakoyunlu'nun çalışmasında kadınlarda evlilik süresi arttıkça CFB görülme oranında da anlamlı bir artış olduğu bulunmuştur (29). Angın Öztürk'ün çalışmasında evlilik süresi arttıkça kadınlarda cinsel ilişki, iletişim ve dokunma sıklığında anlamlı olarak azalma mevcuttur (49). Temel'in çalışmasında evlilik süresi arttıkça kadında cinsel uyarılmanın azaldığı belirlenmiştir (230). Özerdoğan ve arkadaşlarının çalışmasında kadınlarda evlilik süresi arttıkça CFB görülme oranının anlamlı olarak arttığı saptanmıştır (208). Gölbaşı ve arkadaşlarının jinekoloji polikliniğine başvuranlarda yaptıkları çalışmada 10 yıldan fazla evlilik süresi olan kadınlarda cinsel işlev bozukluğu görülme sıklığı anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (212).

Bayoğlu Tekin ve arkadaşlarının çalışmasında kadınlarda evlilik süresinin artışı ile FSFI toplam puanının anlamlı olarak azaldığı görülmüştür (229). Oniz ve arkadaşlarının çalışmasında 11 yıldan daha uzun süredir evli olan kadınlar arasında cinsel sorun görülme oranı önemli ölçüde yüksek bulunmuştur (224).

Acar'ın doğum sonrası dönemdeki kadınlarda yaptığı çalışmasında evlilik süresiyle IFSF puanları karşılaştırıldığında anlamlı bir fark bulunmamıştır (37).

Önal'ın çalışmasında kadınlarda cinsel işlev bozukluğu olanlarda olmayanlara göre ortalama evlilik süresi anlamlı olarak daha kısa bulunmuştur (5).

İleri yaş ve doğurganlık özelliklerinde değinildiği gibi evlilik süresinin artması aynı zamanda yaşın artmasıyla birlikte getirdiği fiziksel ve psikolojik sorunlar sonucu CFB'ye neden olmaktadır.

Bu araştırmada CFB görülen grubun eşiyle arasındaki yaş farkı ortalaması CFB görülmeyen gruba göre anlamlı olarak daha fazladır. Çok değişkenli analizde bu ilişki ortadan kaybolmuştur.

Bu araştırmaya katılan kadınların evlenme şekli ile CFB görülme sıklığı arasında anlamlı bir farklılık vardır. Tanışarak evlenenlerde CFB diğer gruplara göre anlamlı olarak daha az görülüyordu (Tanışarak evlenenler satırı analizden çıkarıldığında anlamlılık kayboluyordu). Bu ilişki çok değişkenli analiz sonucunda kaybolmuştur.

Zorlu Kocagöz'ün çalışmasında cinsel işlev bozukluğu olanlarda görücü usulü ile evlenme oranı anlamlı biçimde yüksek bulunmuştur (3). Yaralı'nın çalışmasında anlaşılarak evlenen kadınların görücü usulü ile evlenen kadınlara göre anlamlı olarak daha yüksek IFSF puanına sahip olduğu saptanmıştır (74). Nayir'in çalışmasında görücü usulü ile evlenenlerde anlaşılarak evlenenlere göre cinsel işlev bozukluğu anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (4). Aydın'ın hemşirelerde yaptığı çalışmasında görücü usulü ile evlenenlerin cinsel yaşantılar ölçeği toplam puan ortalaması anlaşılarak evlenenlere göre anlamlı olarak daha yüksektir (Çalışmada Arizona cinsel yaşantılar ölçeğinden 11 ve üzeri puan alma cinsel disfonksiyon olarak gösterilmiştir) (8). Karakoyunlu'nun çalışmasında tanışarak evlenen kadınlarda CFB görülme oranı görücü usulü ile evlenenlere göre anlamlı olarak daha az bulunmuştur (29).

Mert ve Erberk Özen'in genel psikiyatri polikliniğine başvuran kadınlarda yaptığı çalışmasında aile zorlaması ile evlenenlerde kadın cinsel işlev indeksi puanı, flört ederek evlenenlere göre anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur (231). Özerdoğan ve arkadaşlarının kadınlarda yaptığı çalışmada görücü usulü ile evlenme, anlaşılarak evlenmeye göre CFB için önemli bir risk faktörü olarak belirtilmiştir (208). Gölbaşı ve arkadaşlarının jinekoloji polikliniğine başvuranlarda yaptıkları çalışmada görücü usulü ile evlenen kadınlarda, anlaşılarak evlenenlere göre cinsel işlev bozukluğu görülme sıklığı anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (212). Tepe'nin çalışmasında görücü usulü ile evlenen kadınlarda CFB görülme oranı anlaşılarak evlenenlere göre anlamlı olarak daha yüksektir (35).

Bu araştırmada evlenme şekli ile CFB görülme sıklığı arasında tek değişkenli analizde elde edilen sonuç diğer çalışmalarla benzer özellik göstermektedir. Eşler arasında oluşan bağ tanışarak evlenenlerde aşkla ilişkilendirilebileceğinden dolayı fiziksel çekicilik, uyumlu bir ilişki, cinsel cevapta önemli bir rol oynayacak ve cinsellikten alınan doyum artacaktır. Çok değişkenli analiz sonucunda ilişkinin kaybolmasının nedeni olarak değişkenin farklı etmenlerden etkilenmiş olabileceği gösterilebilir.

Bu araştırmada eşinde aile dzenini bozacak dzenyde alkol kullanma alışkanlığı olanlarda CFB gürölme sıklığı olmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Eşin alkol kullanma alışkanlığının olması evlilikte birçok sorunları beraberinde getirerek CFB gürölme sıklığını etkileyebilir. Ancak bu durum değişkenin başka etmenlerden etkilenmiş olabileceğinden dolayı çok değişkenli analizde ortadan kalkmıştır.

Bu araştırmada evliliğinde eşinden şiddet gören kadınlarda CFB gürölme sıklığı şiddet görmeyenlere göre anlamlı olarak daha yüksektir. Bu ilişki çok değişkenli analiz sonucunda kaybolmuştur.

Kulak'ın çalışmasında cinsel işlev bozukluğu olan kadınlarda duygusal ve cinsel istismar gürölme oranı olmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (59).

Eř şiddetine maruz kalma, getireceği fiziksel, sosyal ve ruhsal sorunlar sebebiyle CFB gürölme sıklığını dolaylı ya da doğrudan etkileyebilir. Bu araştırmada ilişkinin çok değişkenli analiz sonucunda kaybolmasının nedeni olarak literatürde de belirtildiği gibi şiddetin dozu ile ilişkili olarak kadının bu durumu sorun olarak algılamaması, eře olan duygusal ve ekonomik bağlılık, sosyal baskı ve buna benzer sebeplerden dolayı şiddete katlanılması ve eşler arasındaki uyumu bozmamak için uğraşı verilmesi dūřünülebilir. Dolayısıyla şiddetin doğrudan etkisi ortadan kalkabilir.

Bu araştırmada eşiyle sorun yaşayan kadınlarda CFB gürölme sıklığı yaşamayanlara göre anlamlı olarak daha fazladır. Bu durum çok değişkenli analizde ortadan kalkmıştır. Ayrıca, araştırmaya katılan kadınların evliliğinde mutsuzluk algıları arttıkça CFB gürölme sıklığı da anlamlı olarak artmaktadır. Evliliğinde mutluluğunu değerlendirme ile cinsel hayatı değerlendirme arasında yapılan korelasyonda güçlü ilişki olması sebebiyle evliliğinde mutluluğunu değerlendirme lojistik regresyon modeline alınmamıştır.

Tepe'nin çalışmasında eşi ile anlaşamayan kadınlarda CFB gürölme oranı anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Yine aynı çalışmada evliliğini orta ve yetersiz olarak değerlendirilen kadınlarda CFB gürölme oranı, iyiçok iyimükemmel değerlendirenlere göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (35).

Araştırmada eşiyle sorun yaşama ile CFB görülme sıklığı arasındaki ilişki çok değişkenli analizde ortadan kalkmıştır. Ancak çalışmamızda EUÖ'ye göre uyumsuz evliliği olma lojistik regresyon analizinde CFB görülme sıklığını anlamlı olarak etkileyen önemli bir risk faktörü olarak tespit edilmiştir. Dolayısıyla eşiyle sorun yaşayan ve evliliğini mutsuz olarak değerlendiren kadınların aynı zamanda uyumsuz evliliği olabileceği düşüncesinden hareketle bu durum değerlendirilmelidir.

Bu araştırmada evliliğinde ortak karar almayanlarda CFB görülme sıklığı alanlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Çok değişkenli analizde değişkenin muhtemelen başka etmenlerden etkilenmesi sebebiyle bu durum ortadan kalkmıştır. İncelenen diğer çalışmalarda bu konu ile ilgili veriye rastlanılmamıştır.

5.2.1.2.7. Araştırmaya Katılan Kadınların Evlilik Uyum Ölçeği Puanı Ortalaması ve Evlilik Uyumunun Cinsel Fonksiyon Bozukluğu Görülme Sıklığı ile Tartışılması

Bu araştırmada CFB görülen grubun EUÖ puanı ortalaması görülmeyen gruba göre anlamlı olarak daha düşüktür. Araştırma grubunda uyumsuz evliliği olan kadınlarda CFB görülme sıklığı uyumlu evliliği olanlara göre anlamlı olarak daha yüksektir. Yapılan lojistik regresyon analizine göre EUÖ'ye göre uyumsuz evliliği olanlarda CFB görülme sıklığı uyumlu evliliği olanlara göre anlamlı olarak 4,057 kat daha fazla bulunmuştur.

Gülsün ve arkadaşlarının makalesinde eşler arasındaki iletişimsizliğin ya da çatışmaların cinsel işlevi etkilemesinin beklenen bir durum olduğu, cinsel işlev bozukluğunun evlilik yaşamını olumsuz yönde etkilediği, duygusal yakınlaşma ve düşünce paylaşımı ile tamamlanmayan bir ilişkinin cinsel işlevin yeterliliği ve doyum vericiliğini azalttığı belirtilmektedir (2). Akan ve Doğan'ın makalesinde ilişkide yaşanan sorunların cinsel işlev bozukluklarını başlatan ve sürdüren etmenler arasında olduğu vurgulanmıştır (27). Kudiaki'nin çalışmasında kadınlarda cinsel doyum ve evlilik uyumu puanları arasında anlamlı düzeyde bir ilişki saptanmıştır. Cinsel doyumunu yüksek grubun evlilik uyumunun, düşük olan gruba göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur (232). Çağ ve Yıldırım'ın çalışmasında cinsel yaşam memnuniyeti ile evlilik doyumunu arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur (233).

Kıray Vural ve Bayık Temel'in çalışmasında kadınlarda cinsel doyumu belirlemede evliliğe yönelik inanç ve tutumların önemli rolü olduğu bildirilmiştir (234). Şafak Öztürk ve Arkar'ın çalışmasında kadınlarda evlilik uyumu azaldıkça cinsel doyumun anlamlı olarak azaldığı bildirilmiştir (235). Kankaya'nın çalışmasında cinsel yaşantılarında sorun yaşayan çiftlerin evliliklerinden daha düşük doyum aldıkları belirtilmiştir (236). Uzel'in çalışmasında cinsel doyumun evlilik uyumunu olumlu yönde etkilediği bildirilmiştir (237). Metz ve Epstein'in makalesinde ilişkide yaşanan çatışmanın cinsel sorunların oluşumunda ve devamında etkili olduğu belirtilmiştir (238). Zhang ve Yip'in çalışmasında evlilikteki memnuniyetsizlik CFB görülmesinde önemli risk faktörlerinden biri olarak tespit edilmiştir (82).

Bu araştırma sonucunda elde edilen sonuç diğer çalışmalarla benzer nitelikte olup uyumsuz evliliği olma CFB görülmede önemli bir risk faktörüdür. Bir evliliği uyumlu olarak tanımlayabilmek; ilişkiden mutlu olma, cinsel doyum, olumlu iletişim ve eğer tekrar evlenecek olsa aynı kişi ile evlenme arzusu gibi eşlerin birbirine dair olumlu düşünce ve yaklaşımlarına bağlıdır (186). Ayrıca eşler; birbirlerinin duygularını anlamaya çalıştıklarında, yaşadıkları sorunları sağlıklı iletişim yollarıyla konuşabildiklerinde, karar ve sorumlulukları paylaştıklarında cinsel yaşamlarını canlı tuttuklarında uyumlu bir evliliğe sahip olurlar (189). Bunların yanında uyumun dolayısıyla doyumun artmasında çocuk olup olmaması, çocuk sayısı, ekonomik durum, kadının çalışması, eğitim düzeyi, evliliğin süresi, evlenme biçimi, şiddet yaşama durumu gibi birçok faktör önemli rol oynamaktadır (181, 189, 194, 198-202). Dolayısıyla eşler arasındaki uyumsuzluk, yaşanan sorun ve çatışmalar CFB'nin oluşması ve devamında önemli rol oynamaktadır. Eşlerin birbirlerine karşı olan olumsuz tutumları, ortak paylaşım noktalarının az olması, anlayışsız olmaları, yaşanan sorunların çeşitliliği ve bunların evliliklerine yansımaları gibi birçok faktör aralarındaki fiziksel, psikolojik ve sosyal çekiciliğin azalmasına yol açarak cinsellik konusundaki davranışlarını etkileyecektir.

5.2.1.2.8. Araştırmaya Katılan Kadınların Cinsellik Durumları ile İlgili Değişkenlerinin Cinsel Fonksiyon Bozukluğu Görülme Sıklığı ile Tartışılması

Bu araştırmada evlenmeden önce ailesiyle cinsel konular hakkında konuşmayan kadınlarda CFB görülme sıklığı konuşanlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Fakat çok değişkenli analizde bu durum ortadan kalkmıştır.

Aydın'ın hemşirelerde yaptığı çalışmada cinsellikle ilgili konuları ailesiyle konuşması yasak olanların Arizona cinsel yaşantılar ölçeği toplam puanı cinsellikle ilgili konuları konuşanlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (8). Mert ve Erberk Özen'in genel psikiyatri polikliniğine başvuran kadınlarda yaptığı çalışmada aile ile cinsel konular hakkında konuşmanın yasak olduğunu ifade edenlerde, cinsel konular hakkında ailesinin bilgi verici olduğunu ifade edenlere göre kadın cinsel işlev indeksi puanı anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur (231).

Bu araştırmada evlenmeden önce aile ile cinsel konular hakkında konuşma ile CFB görülme sıklığı arasında her ne kadar çok değişkenli analizde anlamlı bir ilişki çıkmasa da doğru olmayan kaynaklardan elde edilen yanlış bilgiler yerine çocukluk dönemlerine uygun olarak ailede verilen eğitimin önemli olduğunu unutmamak gerekir.

Bu araştırmada cinsellikle ilgili bilgilerinin olmadığını ifade eden kadınlarda CFB görülme sıklığı bilgilerinin olduğunu ifade edenlere göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Yapılan lojistik regresyon analizine göre cinsellikle ilgili bilgileri olmayanlarda CFB görülme sıklığı olanlara göre anlamlı olarak 2,000 kat daha fazla bulunmuştur.

CFB'nin etyolojisinde cinsel bilgi eksikliği önemli bir rol oynamaktadır (56, 59, 63). Zorlu Kocagöz'ün çalışmasında cinsel işlev bozukluğu olanlarda olmayanlara göre cinsel bilgisini yeterli bulma oranı anlamlı biçimde daha düşüktür (3). Yaralı'nın çalışmasında cinsellikle ilgili eğitimi olan kadınlarda CFB görülme oranı anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur (74). Kıray Vural ve Bayık Temel'in çalışmasında cinsel danışmanlık eğitimi alan grubun bilgi düzeyi artışının cinsel doyumu yordamada önemli bir rol oynadığı saptanmıştır (234).

Bu araştırmada cinsellikle ilgili bilgi varlığı ile CFB görülme sıklığı arasında elde edilen sonuç yapılan diğer çalışmalar ve literatürle benzer özellik göstermektedir. Cinsel bilgi eksikliği, cinsellikle ilgili eğitim yetersizliği, kendini ve karşı cinsi tanımama, cinsellik konusundaki yaygın inanış ve tutumlar, tutucu ve baskıcı bir ortamda büyüme, tabular ya da elde edilen bilgilerin doğru kaynaklardan olmaması gibi birçok faktör cinsel sorunların oluşmasına yol açabilmektedir.

Bu araştırmada eşiyle arasında cinsel sorun olduğunu belirten kadınlarda CFB görülme sıklığı sorun olmadığını belirtenlere göre anlamlı olarak daha yüksektir. Yapılan lojistik regresyon analizine göre evliliğinde cinsel sorunları olduğunu değerlendirenlerde CFB görülme sıklığı cinsel sorunları olmadığını değerlendirenlere göre anlamlı olarak 2,952 kat daha fazla bulunmuştur.

Ayrıca, çalışmada kadınların evliliğinde cinsel hayatını değerlendirmeleri kötüleştikçe CFB görülme sıklığı anlamlı olarak artmaktadır. Yapılan lojistik regresyon analizine göre evliliğinde cinsel hayatlarını orta ve kötü/çok kötü değerlendirenlerde CFB görülme sıklığı iyi değerlendirenlere göre anlamlı olarak 3,533 ve 4,757 kat daha fazla bulunmuştur.

Aydın'ın hemşirelerde yaptığı çalışmada eşiyle arasında cinsel sorun olduğunu düşünenlerin cinsel yaşantılar  leği toplam puanı sorun olmadığını düşünenlere göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Yine aynı çalışmada eşiyle arasındaki cinsel ilişkiyi kötü olarak değerlendirenlerin iyi olarak değerlendirenlere göre Arizona cinsel yaşantılar  leği toplam puanı anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (8). Mert ve Erberk  zen'in çalışmasında genel psikiyatri polikliniğine başvuran cinsel yaşamlarında sorun olduğunu ifade eden kadınlarda, sorun olmadığını ifade edenlere göre kadın cinsel işlev indeksi puanı anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur (231). Tepe'nin çalışmasında kadınlarda evliliğini cinsellik yönünden yetersiz bulanlarda CFB görülme oranı, çok iyi bulanlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (35).

Bu araştırmada evliliğinde cinsel sorun olduğunu ifade etme ve cinsel hayatı değerlendirme ile CFB görülme sıklığı arasında elde edilen sonuç diğer çalışmalarla benzer niteliktedir.

Evliliklerinde cinsel sorunu olduğunu ifade edenlerde ve cinsel hayatlarını orta ve kötü/çok kötü olarak değerlendirenlerde aynı zamanda IFSF'ye göre de CFB bulunması ölçekle alınan sonuçların doğruluğunu kanıtlar niteliktedir.

Bu araştırmada sonuç olarak lojistik regresyon analizinde CFB görülme sıklığını anlamlı olarak etkileyen risk faktörleri; sağlık güvencesi olmama, eşinde kronik hastalık varlığı, evlilik süresinin artışı, EUÖ'ye göre uyumsuz evliliği olma, cinsellik ile ilgili bilgi sahibi olmama, evliliğinde cinsel hayatını orta/kötü/çok kötü değerlendirme, evliliğinde cinsel sorunu olduğunu değerlendirme ve GSA 12 puanına göre ruhsal sorunu olma olarak sıralanmaktadır.

Kadınlarda CFB'nin erken tanımlanması ve çözümü kadının yaşam kalitesinin yükselmesi, evlilik uyumunun artması, sağlıklı ve mutlu olması açısından oldukça önemlidir.

5.2.2.Ruhsal Sorun Görülme Sıklığı ve Etkileyen Etmenlerin Tartışılması

5.2.2.1. Ruhsal Sorun Görülme Sıklığının Tartışılması

Araştırma grubunun GSA 12 puanları ortalaması $2,2 \pm 2,5$ 'dir. GSA 12'ye göre araştırmaya katılan kadınların %49,0'ının ruhsal sorunu bulunmaktadır.

Ulusal çalışmalar incelendiğinde:

Nalbantoğlu'nun Denizli'de 20-59 yaş grubu 355 kadında GSA 12 kullanarak yaptığı çalışmada ruhsal bozukluk belirtisi oranı %40,0'dır. GSA 12 puan ortalamaları ise $2,2 \pm 3,0$ 'dır (19). Oğuz'un İstanbul'da bir eğitim hastanesinde 315 sağlık çalışanında GSA 28 kullanarak yaptığı çalışmada kadınların %36'sında ruhsal sorun tespit edilmiştir (17). Kelleci ve arkadaşlarının İstanbul'da 18-49 yaş grubu 108 kadında GSA 28 kullanarak yaptıkları araştırmada kadınların %58,3'ünde ruhsal belirti varlığı saptanmıştır (171). Kelleci ve arkadaşlarının Sivas'da 591 evli kadında GSA 28 kullanarak yaptıkları araştırmada kadınların %48,1'i ruh sağlığı açısından riskli grupta bulunmuştur (164). Kadioğlu ve arkadaşlarının İstanbul'da 18-65 yaş arası 972 kişide GSA 28 kullanarak yaptıkları çalışmada katılımcıların %32'sinde ruhsal sağlık sorunu tespit edilmiştir. Ayrıca, çalışmaya katılan 802 kadında ruhsal sağlık sorunu oranı %34'tür (239).

Savaş'ın Adana'da 15-49 yaş grubu 395 evli kadında birinci basamak ruhsal bozuklukları değerlendirme (Primary care Evaluation of Mental Disorders-PRIME MD) formu kullanarak yaptığı çalışmada kadınların %41,3'ü bir ya da birden fazla ruhsal bozukluk tanısı almıştır (20). Karasu'nun Eskişehir'de 15-69 yaş grubu 1011 kişide PRIME MD formu kullanarak yaptığı çalışmada kişilerin %47,7'si en az bir ruhsal bozukluk tanısı almıştır. Ayrıca, çalışmaya dahil olan 628 kadının ise %55,1'i ruhsal bozukluk tanısı almıştır (22).

Şimşek ve arkadaşlarının Şanlıurfa'da 15-49 yaş grubu 247 kadında DSM-IV kullanarak yaptıkları araştırmada ruhsal bozuklukların prevalansı %25,9 olarak bulunmuştur (172).

Özbucak Civil'in İstanbul'da bir iş yerinde çalışan 460 kişide kısa sağlık anketi (KıSA) kullanarak yaptığı çalışmada ruhsal bozukluk belirtisi varlığı oranı %40,2'dir. Çalışmaya dahil edilen 329 kadında bu oran %46,3 olarak bulunmuştur (15).

Uluslararası çalışmalar incelendiğinde:

Duran ve arkadaşlarının Meksika'da bir hastanenin acil bakım kliniğine başvuran 18-45 yaş grubu kadınlarda GSA 12 kullanarak yaptıkları araştırmada kadınların %50,3'ünde yüksek puanlar elde edilmiştir (240).

Noorbala ve arkadaşlarının İran'da bir üreme sağlığı araştırma merkezinin infertilite kliniğine başvuran 150 infertil kadın ve bir hastanenin jinekoloji kliniğine başvuran 150 evli fertil kadında SCL-90-R kullanarak yaptıkları araştırmada fertil kadınların %28,7'sinde psikiyatrik bozukluk saptanmıştır (155).

Graaf ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada ruhsal bozuklukların prevalansı, Hollanda ruh sağlığı anket sonuçlarının 1996-2009 yılları trendi ve insidans çalışmasında kadınlarda herhangi bir eksen-1 bozukluğunun yaşam boyu görülme prevalansı %42,0'dır (241). Steel ve arkadaşlarının yaygın ruhsal bozuklukların global prevalansı ile ilgili olarak 1998-2013 yılları arasını kapsayan sistematik derleme ve meta analiz çalışmalarında kadınlarda yaygın ruhsal bozuklukların yaşam boyu prevalansı %32,1'dir (175).

Grandes ve arkadaşlarının İspanya’da sekiz farklı birinci basamak sağlık merkezinde 2539 kişide yaptıkları çalışmada katılımcıların %59,3’ü kadındır. Kadınlarda yaşam boyu bir ya da birden fazla ruhsal bozukluk bulunma oranı %45,7’dir (174). Ghuloum ve arkadaşlarının Katar’da birinci basamak sağlık merkezine başvuran 18-65 yaş arası 1660 kişide yaptıkları çalışmada kadın katılımcıların oranı %53,8’dir. Kadınlarda ruhsal bozuklukların prevalansı %55,6 olarak bulunmuştur (173).

Kadınlarda ruhsal sorun görülme sıklığı yapılan ulusal çalışmalarda; %25,9-%58,3 (15, 17, 19, 20, 22, 164, 171, 172, 239), uluslararası çalışmalarda ise %28,7-%55,6 arasında değişmektedir (155, 173-175, 240, 241).

Bu araştırmada kadınlarda GSA 12’ye göre belirlenen ruhsal sorun görülme sıklığı yapılan ulusal ve uluslararası çalışmalarla benzer nitelik göstermektedir.

Ruhsal sorun ile ilgili yapılan çalışmaları değerlendirdiğimizde: birbirinden farklı oranlar bildirilmesinin sebebi olarak; örneklem seçimi, kullanılan tanı araçlarının farklılığı, veri toplama yöntemi, farklı zaman ve yerlerde yapılmış olması, toplumsal ve kültürel etkenler gösterilebilir. Farklı oranlar olmakla beraber sıklık değerlendirildiğinde, ruhsal sorunların kadınların önemli bir kesimini ilgilendirdiği görülmektedir.

Kadınlar yaşamları boyunca adölesan, cinsel olgunluk, klimakterik, yaşlılık gibi çeşitli dönemlerden geçmekte ve her döneme özgü fizyolojik, psikolojik, sosyal sorunlar yaşamaktadırlar (26). Hormonal faktörler, evlilik durumu, baskılanma, boyun eğme, pasif ve bağımlı olmayı öğrenme, toplumsal roller, eğitimde eşitsizlik, işsizlik, düşük sosyoekonomik düzey, ayrımcılığa maruz kalma gibi toplumsal, kültürel, ekonomik ve sosyolojik faktörler ruhsal bozuklukların kadınlarda daha sık görülmesine neden olmaktadır (13, 16, 17, 19, 25). Bu sebeple önemli bir halk sağlığı sorunu olarak ele alınmalıdır.

Yapılacak olan geniş toplumsal tabanlı tarama çalışmalarıyla erken tanı konularak gerekli bilgilendirme ve destek programları uygulanmalı, ruhsal sorunun kronikleşmesinin önüne geçilmeli, yeti yitiminin oluşması önlenmelidir. Ayrıca, bu çalışmalar yapılırken ruhsal sorunların hala dile getirilmesinde güçlükler yaşandığı unutulmamalıdır.

Kişiler, sorunları olsa bile toplumda damgalanmamak için yardım almaktan çekince yaşamaktadırlar. Bu nedenle tarama çalışmalarında veri toplama yöntemi ona göre tercih edilmelidir. Bu araştırmada kapalı zarf ile veri toplanması tercih edilmiştir.

5.2.2.2. Ruhsal Sorun Görülme Sıklığını Etkileyen Etmenlerin Tartışılması

Bu araştırmada tek değişkenli analizler sonucunda ruhsal sorun görülme sıklığı üzerine; kadının eğitim durumu, ekonomik durum algısı, aile tipi, eşin eğitim durumu, toplam gebelik sayısı, isteyerek düşük sayısı, çocuk sahibi olmakla ilgili sorun yaşama durumu, kadınlarda kronik hastalık varlığı, eşde kronik hastalık varlığı, çocuk/çocuklarında kronik hastalık varlığı, sigara içme durumu, uyku düzeni, çocukluğunda şiddet görme durumu, çocukluğunda kendisini derinden etkileyen bir olayla karşılaşma durumu, evlilik süresi, eşle yaş farkı, evlenme şekli, evliliğinde mutluluğunu değerlendirme, eşle sorun yaşama, eşin aile düzenini bozacak derecede alkol kullanma alışkanlığı, evlilikte ortak karar alma durumu, eşinden şiddet görme durumu, EUÖ'ye göre evlilik uyumunun değerlendirilmesi, kendisinde ruhsal sorun olduğu düşüncesi, eşinde doktor tarafından teşhis edilmiş ruhsal sorun varlığı, birinci derece akrabalarında doktor tarafından teşhis edilmiş ruhsal sorun varlığı, son bir ay içerisinde kendisini derinden etkileyen bir olay yaşama durumu, gelecekle ilgili kaygı durumu, IFSF'ye göre cinsel fonksiyon bozukluğu varlığının anlamlı etkisi olduğu belirlenmiştir.

Çalışmada ruhsal sorun ile kadının yaşı, kadının çalışma durumu, sağlık güvencesi varlığı, eşin çalışma durumu, canlı doğum sayısı, kendiliğinden düşük sayısı, ölü doğum sayısı, yaşayan çocuk sayısı, aile planlaması yöntemi kullanma durumu, çocukluğunu kimin yanında geçirdiği arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Lojistik regresyon modeline tek değişkenli analizlerde anlamlı bulunan bağımsız değişkenler alınmıştır. Modelin son şekli verilmeden önce tüm bağımsız değişkenlerin kendi arasındaki korelasyon incelenmiş, güçlü korelasyon gösteren değişkenlerden biri modele alınmıştır.

Buna göre oluşturulan korelasyon matrisine göre kadının eğitim durumu ile eşinin eğitim durumu arasında güçlü korelasyon saptandığı için lojistik regresyon analizinde modele kadının eğitim durumu dahil edilmiştir.

Çok değişkenli analiz sonucunda ise, geniş aile tipine sahip olanlar, çoğu zaman uyku düzensizliği, EUÖ'ye göre uyumsuz evliliği olma, kendisinde ruhsal sorun olduğunu düşünme, son bir ay içerisinde kendisini derinden etkileyen bir olay yaşama ve IFSF puanına göre saptanan CFB varlığı ruhsal sorun görülme sıklığını anlamlı olarak etkilemektedir.

5.2.2.2.1. Araştırmaya Katılan Kadınların ve Eşlerinin Sosyodemografik Değişkenleri ile Ruhsal Sorun Görülme Sıklığının Tartışılması

Bu araştırmada, kadınlarda ruhsal sorun görülme sıklığı yaş ilerledikçe artmakla birlikte anlamlı bulunmamaktadır. Ruhsal sorun görülen grubun yaş ortalaması ile ruhsal sorun görülmeyen grubun yaş ortalaması arasında anlamlı bir fark yoktur.

Ünal'ın çalışmasında 30 yaşından büyük kadınların, depresif öge yükü ortalaması 30 yaşından küçük kadınlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (159).

Kelleci ve arkadaşlarının araştırmasında kadınların yaşı ile GSA puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (171). Güler Çetin'in çalışmasında psikiyatrik tarama amaçlı kullanılan Kısa Semptom Envanteri (KSE) alt ölçeklerinden (anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon, hostilite, rahatsızlık ciddiyet indeksi, belirti toplam indeksi) alınan puan ortalamaları ile kadınların yaş grupları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (165). Nalbantoğlu'nun çalışmasında kadınların yaşı ile ruhsal belirti bulunma durumu arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (19). Aras'ın çalışmasında kadınlarda yaş grupları ile depresif bozukluk varlığı arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (114). Oğuz'un kadın sağlık çalışanlarında yaptığı araştırmasında yaş grupları ile GSA puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (17). İlhan'ın kadınlarda yaptığı çalışmada psikiyatrik tarama amaçlı kullanılan SCL-90 toplam puan ortalamaları ile yaş grupları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (113).

Karabilgin'in çalışmasında kadının yaşı ile depresyon görülme durumu arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (242). Savaş'ın çalışmasında kadının yaşı ile ruhsal durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (20).

Kadının yaşı ile ilgili olarak bu araştırmadan elde edilen sonuç yapılan çoğu çalışmayla benzer nitelik göstermektedir.

Bu araştırmada grubun eğitim seviyesi arttıkça ruhsal sorun görülme sıklığı anlamlı olarak azalmaktadır. Ancak çok değişkenli analizde bu ilişki ortadan kalkmıştır.

Türkleş ve arkadaşlarının çalışmasında kadının eğitim düzeyi arttıkça ruhsal belirtilerinin azaldığı bildirilmiştir (25). Altınel'in çalışmasında kadının eğitim düzeyinin düşük olmasının ruhsal belirtileri arttıran bir faktör olduğu vurgulanmıştır (13). Ekemen'in çalışmasında eğitim düzeyi düşük olan kadınların tüm ruhsal belirti alanlarında KSE'den aldıkları puan ortalamaları anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur (12). Aras'ın çalışmasında kadınlarda eğitim durum arttıkça depresif bozukluk görülme oranlarının azaldığı belirtilmiştir (114).

Kelleci ve arkadaşlarının araştırmasında kadının eğitim durumu ile GSA puanları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (171). Oğuz'un kadın sağlık çalışanlarında yaptığı araştırmasında kadının eğitim durumu ile GSA puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (17). İlhan'ın çalışmasında kadınların SCL-90 puan ortalamaları ile eğitim durumları arasında anlamlı bir farkın olmadığı belirtilmiştir (113). Karabilgin'in çalışmasında kadının eğitim durumu ile depresyon görülme durumu arasında anlamlı bir ilişki çıkmamıştır (242). Güler Çetin'in çalışmasında kadınların KSE alt ölçeklerinden olumsuz benlik indeksi hariç aldıkları puan ortalamaları ile eğitim durumları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (165). Nalbantoğlu'nun çalışmasında kadının eğitim durumu ile ruhsal bozukluk belirtisi bulunma durumu arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (19).

Araştırmalar incelendiğinde kadının eğitim durumu ve ruhsal sorun görülme sıklığı arasındaki ilişki ile ilgili olarak bu araştırmayla benzer çalışmalar olduğu gibi benzer olmayan araştırmalarda mevcuttur.

Eğitim düzeyi bir ara değişken olup yaş, cinsiyet, sosyoekonomik düzey gibi diğer değişkenlere bağlı olduğu için gerçek bir risk etkeni olarak görünmemektedir (98). Bu ilişkinin ortadan kalkmasının da nedeni bu durum olabilir.

Bu araştırmada kadının çalışma durumu ile ruhsal sorun görülme sıklığı arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır.

Altinel'in çalışmasında kadının çalışmamasının ruhsal belirtileri arttıran bir faktör olduğu vurgulanmıştır (13). Çilli ve arkadaşlarının çalışmasında ev kadınlarında psikolojik belirtilerin çalışan evli kadınlara göre daha fazla olduğu tespit edilmiştir (243).

Nalbantoğlu'nun çalışmasında kadınların çalışma durumları ile ruhsal bozukluğa sahip olmaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (19). Savaş'ın çalışmasında kadının çalışma durumu ile ruhsal durumu arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı belirtilmiştir (20). Güler Çetin'in çalışmasında kadınların KSE alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları ile çalışma durumu arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (165). Yüksel'in çalışmasında kadınların çalışma durumları ile psikolojik belirti göstermeleri arasında anlamlı bir fark olmadığı belirtilmiştir (201). Karabilgin'in çalışmasında kadının çalışma durumu ile depresyon görülme durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (242). Bilgili Aykut'un çalışmasında kadınların çalışma durumu ile olası depresyon ve anksiyete tanısı alma arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (244). Cengiz Özyurt ve Deveci'nin araştırmasında kadının çalışma durumu ile depresif belirti varlığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (116).

Kadının çalışma durumu ile ilgili olarak bu araştırmada elde edilen sonuç diğer çoğu çalışmayla benzer niteliktedir.

Bu araştırmada grubun ekonomik durum algısı kötüleştikçe ruhsal sorun görülme sıklığı anlamlı olarak artmaktadır. Ancak yapılan çok değişkenli analizde anlamlılık ortadan kalkmıştır.

İlhan'ın çalışmasında kadınlarda gelir düzeyi azaldıkça ruhsal sıkıntı düzeyinin arttığı vurgulanmıştır (113).

Güler Çetin'in kadınlarda yaptığı çalışmada KSE'den alınan puanlar ile gelir düzeyi arasındaki ilişki incelendiğinde hostileite hariç tüm alt boyutlarda ekonomik düzey algılama durumunun yükselişi ile ruhsal sıkıntı düzeyinde azalma olduğu vurgulanmıştır (165). Yüksel'in çalışmasında kadınların KSE puanları ile gelir düzeyleri arasında anlamlı bir fark olduğu bildirilmiş olup düşük gelir düzeyi olanların daha fazla psikopatoloji semptomuna sahip olduğu belirtilmiştir (201).

Ekemen'in çalışmasında sosyoekonomik düzeyi düşük olan kadınların tüm ruhsal belirti alanlarında KSE'den aldıkları puan ortalamaları anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur (12).

Nalbantoğlu'nun çalışmasında kadınların hane geliri ile ruhsal bozukluk belirtisi bulunma durumu arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (19). Ünal'ın kadınlarda yaptığı çalışmada ailenin gelir durumu ile depresif öge yükü ortalaması arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (159). Savaş'ın çalışmasında kadınların gelir düzeyi ile ruhsal durumu arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı belirtilmiştir (20).

Araştırmalar incelendiğinde kadının ekonomik durum algısı ile ruhsal sorun görülme sıklığı arasında bu araştırmayla benzer sonuçlar olduğu gibi benzer olmayan çalışmalarda mevcuttur. Ruh sağlığının bozulmasında cinsiyet ve düşük sosyoekonomik düzeyin birlikte kritik belirleyici (13) olduğu bilinmekle beraber bu çalışmada aradaki ilişkinin ortadan kalkmasının nedeni olarak değişkenin başka etmenlerden etkilenmiş olabileceği düşünülebilir.

Bu araştırmada herhangi bir sağlık güvencesi olma durumu ile ruhsal sorun görülme sıklığı arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır.

Altınel'in kadınlarda yaptığı çalışmada sosyal güvence yokluğunun ruhsal belirtileri arttıran bir faktör olduğu vurgulanmıştır (13).

Nalbantoğlu'nun çalışmasında kadınların sağlık güvencelerine sahip olmaları ile ruhsal bozukluk belirtisi bulunma durumu arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (19). Güler Çetin'in çalışmasında kadınların KSE puan ortalamaları ile sosyal güvence varlığı arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (165). Karabilgin'in çalışmasında kadının sosyal güvencesinin olması ile depresyon görülme durumu arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (242).

Kadının sağlık güvencesi varlığı ile ilgili olarak bu araştırmada elde edilen sonuç diğer çoğu çalışmayla benzer niteliktedir.

Bu araştırmada geniş aile tipine sahip olan kadınlarda ruhsal sorun görülme sıklığı çekirdek aile tipine sahip olan kadınlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Yapılan lojistik regresyon analizine göre geniş aile tipine sahip olanlarda ruhsal sorun görülme sıklığı çekirdek aile tipine sahip olanlara göre anlamlı olarak 1,740 kat daha yüksek bulunmuştur.

Türkleş ve arkadaşlarının çalışmasında geniş aile yapısı içindeki kadınların daha çok ruhsal zorlanma yaşadıkları belirtilmiştir (25). Güler etin'in çalışmasında geniş aile tipine sahip kadınların KSE'den aldıkları puan ortalamaları (semptom rahatsızlık indeksi hariç) tüm alt boyutlarda çekirdek aile tipine sahip olanlardan daha yüksek bulunmuştur. KSE'den alınan her bir alt ölçek puanı ve genel belirti puanının yükselmesi psikolojik belirti düzeyinin yüksek olduğu anlamına gelmektedir (165). nal'ın çalışmasında geniş ailede yaşayan kadınların depresif öğe yükü ortalaması çekirdek ailede yaşayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (159).

Nalbantoğlu'nun çalışmasında kadınların aile tipi ile ruhsal bozukluk belirtisi bulunma durumları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (19). İlhan'ın çalışmasında kadınların SCL-90 puan ortalamaları ile aile tipi arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (113). Savaş'ın çalışmasında kadınlarda aile tipi ile ruhsal durum arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (20).

Bu araştırmada, ruhsal sorun görülme sıklığı geniş ailede yaşayan kadınlarda diğer bazı çalışmalarda da belirtildiği gibi yüksek bulunmuştur. Kadının geniş aile yapısı içerisinde üstlendiği sorumlulukların daha fazla olması, kendisine daha az zaman ayırması, aile büyükleri ile aralarında anlaşmazlıklar yaşanıyorsa bu durumun baskı unsuru oluşturması, özel hayatın kısıtlanmak zorunda kalınması, evde alınacak kararların daha çok aile büyükleri tarafından verilmesi kadının karar mekanizmasında fazla yer alamaması gibi unsurlar kadında zorlayıcı bir durum oluşturarak ruhsal sorunlara sebep olabilir. Kalabalık ailenin aile fertleri üzerinde destekleyici bir etkisi olduğunu ve sorunların üstesinden gelirken dayanışma oluşturduğunu ifade eden bu durumun tersi çalışmalarda mevcuttur.

Bu araştırmada kadınların eşlerinin eğitim seviyesi arttıkça kadınlarda ruhsal sorun görülme sıklığı anlamlı olarak azalmaktadır. Ancak çok değişkenli analizde bu ilişki ortadan kalkmıştır.

Türkleş ve arkadaşlarının çalışmasında eşinin eğitim düzeyi arttıkça kadınların ruhsal belirtilerinde azalma olduğu bildirilmiştir (25).  nal'ın çalışmasında kadınların eşlerinde öğrenim durumu yükseldikçe depresif öğe yükü anlamlı olarak azalmaktadır (159).

Güler  etin'in çalışmasında kadınların KSE'den aldıkları puan ortalamaları ile eşlerinin eğitim durumları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (165). Nalbantoğlu'nun çalışmasında kadınların eşlerinin eğitim durumları ile ruhsal bozukluk belirtisi bulunma durumu arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (19).

Araştırmalar değerlendirildiğinde kadınların eşlerinin eğitim durumu ile ruhsal sorun görülme sıklığı arasında bu araştırmayla benzer sonuçlar olduğu gibi benzer olmayan çalışmalarda mevcuttur. Bu çalışmada aradaki ilişkinin ortadan kalkmasının nedeni olarak değişkenin başka etmenlerden etkilenmiş olabileceği d ş n lebilir.

Bu araştırmada kadınların eşlerinin çalışma durumu ile ruhsal sorun görülme sıklığı arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır.

Aras'ın çalışmasında eşi çalışmayan kadınlarda depresif bozukluk görülme oranı anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (114). Yang ve arkadaşlarının çalışmasında eşi çalışmayan kadınlarda depresif semptomların daha fazla görüldüğü bildirilmiştir (166).

Nalbantoğlu'nun çalışmasında kadınların eşlerinin çalışma durumu ile ruhsal bozukluğa sahip olmaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (19).  nal'ın çalışmasında kadınların eşlerinin çalışma durumu ile depresif öğe yükü ortalamaları arasında anlamlı bir fark bildirilmemiştir (159). Karabilgin'in çalışmasında kadınların eşlerinin çalışma durumu ile depresyon görülme durumu arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (242). Bilgili Aykut'un çalışmasında kadınların eşlerinin çalışma durumu ile olası depresyon ve anksiyete tanısı alma durumları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (244).

Eşin çalışma durumu ile ilgili olarak bu araştırmadan elde edilen sonuç diğer çoğu çalışmayla benzer niteliktedir.

5.2.2.2.2. Araştırmaya Katılan Kadınların Doğurganlık Öyküsü, Çocuk Sahibi Olmakla İlgili Sorun Yaşama Durumları ve Aile Planlaması ile İlgili Değişkenlerinin Ruhsal Sorun Görülme Sıklığı ile Tartışılması

Bu araştırmada ruhsal sorun görülen grubun toplam gebelik sayısı ortalaması ruhsal sorun görülmeyen gruba göre anlamlı olarak daha yüksektir.

Nalbantoğlu'nun çalışmasında kadınların toplam gebelik sayısı arttıkça ruhsal bozukluğa sahip olma durumları anlamlı olarak artmaktadır (19).

Karabilgin'in çalışmasında kadınların gebe kalma öyküleri ile depresyon görülme durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (242).

Bu araştırmada toplam gebelik sayısı ile ruhsal sorun görülme sıklığı arasındaki ilişki çok değişkenli analizde ortadan kalkmıştır. Ancak çok sayıda gebeliğin kadında fizyolojik, psikolojik, sosyal sorunlar oluşturduğu da bir gerçektir. Kadının gebeliğe karşı oluşturduğu tepkiler, içinde bulunduğu ortama ve aileden gördüğü desteğe göre farklılıklar gösterir. Dolayısıyla her kadında aynı sonuçları doğurmayacaktır. Gerek bu sebeple gerekse değişkenin başka etmenlerden etkilenmiş olabileceği varsayımıyla lojistik regresyon analizinde bu ilişki ortadan kalkmıştır.

Bu araştırmada ruhsal sorun görülme sıklığı ile canlı doğum sayısı ortalaması arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Araştırma grubunda ruhsal sorun görülme sıklığı ile kendiliğinden düşük sayısı ortalaması arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Kendiliğinden düşük yapan kadınlar ile yapmayanlar karşılaştırıldığında da ruhsal sorun görülme sıklığı açısından anlamlı bir fark çıkmamıştır. Ayrıca, araştırmada ruhsal sorun görülen grubun isteyerek düşük sayısı ortalaması görülmeyen gruba göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. İsteyerek düşük yapan kadınlarda ruhsal sorun görülme sıklığı yapmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksektir. Ancak çok değişkenli analizde anlamlılık ortadan kalkmıştır.

Nalbantoğlu'nun çalışmasında kadınların kendiliğinden düşük yapma durumları ile ruhsal bozukluğa sahip olmaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Yine aynı çalışmada isteyerek düşük yapan kadınlarda ruhsal bozukluğa sahip olmanın anlamlı olarak arttığı belirtilmiştir (19). Koyun ve arkadaşlarının derlemesinde istenmeyen gebeliklerin kadın sağlığını etkileyen en stresli olaylardan biri olduğu ve gebeliği sonlandırma kararının kadında suçluluk, pişmanlık ya da kayıp duygularına yol açarak ruh sağlığını olumsuz yönde etkilediği vurgulanmıştır (139).

Bu araştırmada isteyerek düşük yapma ile ruhsal sorun görülme durumu arasındaki ilişki çok değişkenli analizde her ne kadar ortadan kalksa da istenmeyen gebeliklerin ve beraberinde getirdiği düşük yapma olgusunun kadında olumsuz etkiler oluşturacağı gerçeği göz ardı edilmemelidir. Çalışmadaki ilişkinin ortadan kalkmasının sebebi olarak değişkenin başka etmenlerden etkilenmiş olabileceği düşünülebilir.

Bu araştırmada ruhsal sorun görülme sıklığı ile ölü doğum sayısı ortalaması arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır.

Nalbantoğlu'nun çalışmasında kadınların ölü doğum yapma durumları ile ruhsal bozukluğa sahip olmaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (19). Karabilgin'in çalışmasında kadınların ölü doğum yapma öyküleri ile depresyon görülme durumları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (242).

Bu araştırmada ölü doğum sayısı ortalaması ile ruhsal sorun görülme sıklığı arasında elde edilen sonuç diğer çalışmalarla benzer nitelik göstermektedir.

Bu araştırmada ruhsal sorun görülme sıklığı ile yaşayan çocuk sayısı ortalaması arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır.

Aras'ın çalışmasında iki ve daha az sayıda çocuğu olan kadınlarda depresif bozukluk görülme oranı üç ve üzeri çocuğa sahip olanlara göre anlamlı olarak düşük bulunmuştur (114).

Yüksel'in çalışmasında kadınların çocuk sahibi olma durumları ile psikolojik belirti göstermeleri arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (201). Nalbantoğlu'nun çalışmasında kadınların çocuk sayısı ile ruhsal bozukluk belirtisi bulunma durumları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (19). Karabilgin'in çalışmasında kadınların sahip olduğu çocuk sayısı ile depresyon görülme durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (242). Cengiz Özyurt ve Deveci'nin araştırmasında kadının çocuk sahibi olması ile depresif belirti varlığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (116). İlhan'ın çalışmasında kadınların SCL-90 puan ortalamaları ile çocuk sayıları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (113).

Bu çalışmada yaşayan çocuk sayısı ortalaması ile ruhsal sorun görülme sıklığı arasında elde edilen sonuç diğer çoğu çalışmayla benzer nitelik göstermektedir.

Bu çalışmada çocuk sahibi olmakla ilgili sorun yaşayan kadınlarda ruhsal sorun görülme sıklığı sorun yaşamayanlara göre anlamlı olarak daha yüksektir. Ancak çok değişkenli analizde bu durum ortadan kalkmıştır.

Sezgin ve Hoccoğlu'nun derlemesinde çocuk sahibi olmanın evlilik kurumunun beklenen bir sonucu olduğu dolayısıyla infertilitenin kısa ve uzun vadede yıkıcı etkiler oluşturarak psikiyatrik sorunlara yol açtığı vurgulanmıştır (154). Koyun ve arkadaşlarının derlemesinde infertilite ile ilgili tanı ve tedavi sürecinde yaşanan durumların kadınların ruh sağlığını olumsuz etkilediği vurgulanmıştır (139). Noorbala ve arkadaşlarının çalışmasında infertil kadınlarda ruhsal sorunların prevalansı fertil kadınlardan daha fazla bulunmuştur (155). Upkong ve Orji'in çalışmasında infertilitenin yüksek oranda psikoloji ile bağlantılı olduğu bulunmuştur (150).

Oğuz'un kadın sağlık çalışanlarında yaptığı çalışmada çocuk sahibi olup/olmama durumu ile GSA puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (17). Oğuz'un çalışmasında infertil ve fertil kadınlar arasında depresyon ve anksiyete açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır (245).

Bu araştırmada infertiliteyi saptamak için değerlendirme yapılmamış sadece ocuk sahibi olmakla ilgili sorun yaşayıp yaşamadıkları sorulmuştur. Dolayısıyla karşılaştırmalar buna göre yapılmış ve lojistik regresyon analizinde anlamlılık ortadan kalkmıştır. Ayrıca, değişkenin başka etmenlerden etkilenmiş olabileceğinden dolayı da ilişki kaybolmuş olabilir. Aksi takdirde kadınlarda infertilitenin ruh sağlığı üzerine olumsuz etkiler oluşturacağı aşıkardır.

Bu araştırmada aile planlaması yöntemi kullanma durumu ile kadınlarda ruhsal sorun görülme sıklığı arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır.

Karabilgin'in çalışmasında kadının aile planlaması yöntemi kullanma durumu ile depresyon görülme durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (242).

Her iki çalışmada da aile planlaması yöntemi kullanma ruhsal durumu etkilememiştir.

5.2.2.2.3. Araştırmaya Katılan Kadınlarda, Eşinde ve ocuk /ocuklarında Kronik Hastalık Varlığının Ruhsal Sorun Grlme Sıklığı ile Tartışılması

Bu araştırmada kadınlarda, eşinde, ocuk/çocuklarında kronik hastalık varlığı ile ruhsal sorun görülme sıklığı arasındaki ilişki incelendiğinde: Kronik hastalığı olan kadınlarda ruhsal sorun görülme sıklığı olmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Eşinde kronik hastalığı olan kadınlarda ruhsal sorun görülme sıklığı olmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. ocuk/ocuklarında kronik hastalığı olan kadınlarda ruhsal sorun görülme sıklığı olmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Bu üç durumdaki ilişki de çok değişkenli analizde ortadan kalkmıştır.

Nalbantoğlu'nun çalışmasında kronik hastalığı olan kadınlarda olmayanlara göre ruhsal bozukluk görülme durumunun anlamlı olarak daha fazla olduğu vurgulanmıştır (19). Cengiz zyurt ve Deveci'nin kadınlarda yaptığı çalışmada depresif belirti sıklığının kronik hastalığı olanlarda 2,8 kat daha fazla görüldüğü saptanmıştır (116).

Aras'ın çalışmasında kadınlarda akut ve kronik hastalık varlığı ile depresif bozukluk görülme durumu arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (114).

Bilgili Aykut'un kadınlarda yaptığı çalışmada hanelerinde kronik hastası olanların anlamlı olarak daha fazla olası depresyon tanısı aldıkları saptanmıştır (244).

Araştırmalar incelendiğinde kronik hastalık varlığı ile ruhsal sorun görülme sıklığı arasında elde edilen sonuçla ilişkili olduğu düşünülen bir araştırma olduğu gibi tersi çalışmalarda vardır. Bu çalışmada aradaki ilişkinin ortadan kalkmasının nedeni olarak değişkenin başka etmenlerden etkilenmiş olabileceği düşünülebilir. Genel olarak literatür değerlendirildiğinde kronik hastalığı olma ruh sağlığını doğrudan ya da dolaylı olarak etkileyen bir faktördür. Ancak bu durum bireysel farklılıklar gösterebilir. Kronik hastalığı olanlar yaşam tarzlarının bozulacağını, hayat kalitelerinin düşeceğini, başkasına bağımlı kalabileceklerini düşünerek geleceğe yönelik endişe duyarlar ve inkardan kabullenmeye kadar birtakım evrelerden geçerler. Bu uyum süreci ruhsal sorunlar yaşamalarına sebep olabilir. Sadece kendisinde değil eşinde veya çocuğunda kronik hastalığın olması da kadının aynı süreçlerden geçmesine sebep olacaktır. Ancak bu durum kişiden kişiye değişmekte olup hastalığın ciddiyetiyle de ilişkilidir. Dolayısıyla bu çalışmada hastalığın ciddiyeti sorgulanmadığı için değerlendirme de genel olarak kronik hastalığın olup olmadığı üzerinden yapılmıştır. Tek değişkenli analizde anlamlı çıkıp lojistik regresyonda anlamlılığın ortadan kalkmasının bir diğer sebebi de bu olabilir.

5.2.2.2.4. Araştırmaya Katılan Kadınların Sigara İçme Durumu ve Uyku Düzeni ile İlgili Değişkenlerinin Ruhsal Sorun Görülme Sıklığı ile Tartışılması

Bu çalışmada sigara içen kadınlarda ruhsal sorun görülme sıklığı içmeyenlere göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Lojistik regresyon analizinde bu ilişki ortadan kalkmıştır.

Altinel'in kadınlarda yaptığı çalışmada sigara içme durumunun ruhsal belirtileri arttıran bir faktör olduğu vurgulanmıştır (13). Rich ve arkadaşlarının derlemesinde tütün kullanımı ile depresyon arasında son derece güçlü bir ilişki olduğu vurgulanmıştır (246).

Nalbantoğlu'nun çalışmasında kadınların sigara içme durumu ile ruhsal bozukluk belirtisi bulunma durumu arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (19). Karabilgin'in çalışmasında kadının sigara içme durumu ile depresyon görülme durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (242).

Cengiz Özyurt ve Deveci'nin çalışmasında kadının sigara içme durumu ile depresif belirti varlığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (116).

Araştırmalar incelendiğinde sigara içme durumu ile ruhsal sorun görülme sıklığı arasında bu araştırmayla benzer sonuçlar olduğu gibi benzer olmayan çalışmalarda mevcuttur. Aslında sigara içme durumu ile ruhsal sorun arasındaki ilişki çift taraflı değerlendirilmelidir. Sigara içenlerde mi ruhsal sorun fazla görülüyor yoksa ruhsal sorunu olanlar mı sigara içiyor? Hangisinin hangisini etkilediği bilinmemektedir. Hem bu durum hem de değişkenin başka etmenlerden etkilenmiş olabileceği durumu çok değişkenli analizde anlamlılığı ortadan kaldırmış olabilir.

Bu araştırmada kadınların uyku durumları düzensizleştikçe ruhsal sorun görülme sıklığı anlamlı olarak artmaktadır. Yapılan lojistik regresyon analizine göre çoğu zaman uyku düzensizliği olanlarda ruhsal sorun görülme sıklığı olmayanlara göre anlamlı olarak 2,065 kat daha yüksek bulunmuştur.

Nalbantoğlu'nun çalışmasında kadınların uyku süreleri ile ruhsal bozukluğa sahip olmaları arasında anlamlı bir farklılık saptanmamış olmasına karşın uyku süresi 5 saat ve altı ile 9 saat ve üzeri olanlarda ruhsal bozukluğa sahip olmanın daha fazla görüldüğü vurgulanmıştır (19).

Uyku sorunları çoğu hastalıkta karşılaşılan bir problemdir. Uyku düzensizliği ile ruhsal sorun arasında da çift taraflı bir etkileşim düşünülebilir. İlk olarak uykunun fizyolojiyi ve psikolojiyi etkileyen bir süreç olduğu, ikinci olarak da ruhsal sorun yaşayan kişilerin uyku problemleri yaşadıkları düşüncesidir.

5.2.2.2.5. Araştırmaya Katılan Kadınların Geçmiş Yaşantıları ile İlgili Değişkenlerinin Ruhsal Sorun Görülme Sıklığı ile Tartışılması

Bu araştırmada kadınların çocukluğunu kimin yanında geçirdiği ile ruhsal sorun görülme sıklığı arasında anlamlı bir fark görülmemiştir.

Çalışmada çocukluğunda şiddet gören kadınlarda ruhsal sorun görülme sıklığı şiddet görmeyenlere göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca, araştırmada çocukluğunda kendisini derinden etkileyen bir olayla karşılaşan kadınlarda ruhsal sorun görülme sıklığı karşılaşmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Ancak bu iki durumda çok değişkenli analizde anlamlı bulunmamıştır.

Altınel'in kadınlarda yaptığı çalışmada çocukluğunda şiddet görmenin ruhsal belirtileri arttıran bir faktör olduğu vurgulanmıştır (13).

Cengiz Özyurt ve Deveci'nin kadınlarda yaptığı çalışmada çocukluk döneminde şiddete maruz kalma ile depresif belirti varlığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (116).

Ekemen'in çalışmasında çocukluğunda kendisini etkileyen bir olay yaşayan kadınlar, yaşamayanlardan KSE'den aldıkları ruhsal belirti puan ortalamaları (depresyon, anksiyete bozukluğu, hostilite, paranoid düşünce, psikotizm, rahatsızlık ciddiyet indeksi ve belirti toplam indeksi alt alanlarında) anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (12).

Çocukluğunda bir travma geçirmenin ileri yaşlarda ruhsal bir sorun yaratacağı aşıkardır. Ancak bu durum travmanın şiddetiyle ve çevresindeki destek sistemleriyle ilişkili olarak bireysel farklılıklar gösterebilir. Bu araştırmadaki iki değişkende başka etmenlerden etkilenerek lojistik regresyon analizinde anlamlılığını yitirmiş olabilir.

5.2.2.2.6. Araştırmaya Katılan Kadınların Evlilik Durumları ile İlgili Değişkenlerinin Ruhsal Sorun Görülme Sıklığı ile Tartışılması

Bu araştırmada ruhsal sorun görülen grubun evlilik süresi ortalaması ruhsal sorun görülmeyen gruba göre anlamlı olarak daha fazladır. Çok değişkenli analiz sonucunda anlamlılık ortadan kalkmıştır.

Altınel'in kadınlarda yaptığı çalışmada uzun süreli evli olmanın ruhsal belirtileri arttıran bir faktör olduğu vurgulanmıştır (13). Savaş'ın çalışmasında evlilik süresi 5 yıldan daha uzun olan kadınlar, 5 yıl ve daha kısa olanlara göre 1,8 kat daha fazla ruhsal bozukluk tanısı almıştır (20).

Ünal'ın çalışmasında 5 yıldan uzun süre evliliği olan kadınların depresif öge yükü ortalaması 5 yıldan kısa süreli evliliği olanlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (159).

Yüksel'in çalışmasında kadınların evlilik süreleri ile psikolojik belirti düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (201). İlhan'ın çalışmasında kadınların SCL-90 puan ortalamaları ile evlilik süreleri arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (113). Güler Çetin'in çalışmasında kadınların KSE alt ölçeklerinden hostilite hariç aldıkları puan ortalamaları ile evlilik süresi arasında anlamlı bir fark çıkmamıştır (165). Karabilgin'in çalışmasında kadının evlilik süresi ile depresyon görülme durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (242). Bilgili Aykut'un çalışmasında kadınların evlilik süresi ile olası depresyon ve anksiyete tanısı alma durumları arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı saptanmıştır (244).

Araştırmalar incelendiğinde evlilik süresi ile ruhsal sorun görülme sıklığı arasında bu araştırmayla benzer sonuçlar olduğu gibi tersi çalışmalarda mevcuttur. Evlilik süresine iki bakış açısıyla bakmak gerekir. Birinci olarak evliliğin ilk yılları birbirine uyum dönemi olacağı için bu süreçte yaşanacak olumsuzluklar evliliği dolayısıyla kadını olumsuz olarak etkileyecek ve ruhsal durumunun bozulmasına sebep olabilecektir. Ancak uyum sağlanan bir beraberlikte sorun oluşmayacaktır. İkinci olarak bu olayın tersi bir durum söz konusudur. Eğer evlilikte sorun yaşanıyorsa ve çeşitli sebeplerden dolayı kadın bu duruma yıllarca katlanmak zorunda kalıyorsa ruhsal durumu bozulacaktır. Bu araştırmada evlilik süresi her ne kadar çok değişkenli analizde anlamlı çıkmamış olsa da bu konuyla ilişkili olan evlilikte uyum değişkeni ruhsal sorun görülmede bir risk faktörü olarak bulunmuştur. Evlilik süresi değişkeninin tek değişkenli analizde anlamlı çıkıp çok değişkenli analizde anlamlı çıkmaması farklı etmenlerden etkilenmiş olmasından kaynaklanabilir.

Bu araştırmada ruhsal sorun görülen grubun eşiyle arasındaki yaş farkı ortalaması ruhsal sorun görülmeyen gruba göre anlamlı olarak daha fazladır. Çok değişkenli analizde bu durum ortadan kalkmıştır.

Bu araştırmada kadınların evlenme şekli ile ruhsal sorun görölme sıklığı arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Tanışarak evlenenlerde ruhsal sorun görölme sıklığının diğeri gruplara göre anlamlı olarak daha az olduğı belirlenmiştir (Tanışarak evlenenler satırı analizden çıkarıldığında anlamlılık kaybolmaktaydı). Çok değışkenli analizde bu durum ortadan kalkmıştır.

Aras'ın çalışmasında görücü usulü isteksiz ve kaçarak evlenenlerde depresif bozukluk görölme oranının daha yüksek olduğı saptanmıştır (114).

Savaş'ın çalışmasında kadının evlenme şekli ile ruhsal durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (20). İlhan'ın çalışmasında kadınların SCL-90 puan ortalamaları ile evlilik şekilleri arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (113). Güler Çetin'in çalışmasında kadınların KSE alt ölçeklerinden somatizasyon hariç aldıkları puan ortalamaları ile evlenme biçimi arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (165). Bilgili Aykut'un çalışmasında kadınların evlenme şekli ile olası depresyon ve anksiyete tanısı alma durumları arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı belirtilmiştir (244). Cengiz Özyurt ve Deveci'nin çalışmasında kadının evlenme şekli ile depresif belirti varlığı arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (116).

Araştırmalar incelendiğinde evlenme şekli ile ruhsal sorun görölme sıklığı arasında elde edilen sonuç çoğı çalışmayla benzerdir. Evlenmeden önce birbirlerini tanıma süreci geçiren çiftlerde evlilik uyumunun artacağı düşüncesinden yola çıkılarak tek değışkenli analizde ortaya çıkan anlamlılık açıklanabilir. Ancak bu durum görücü usulü ile yapılan evliliklerin olumsuz sonuçlanacağını da göstermeyecektir. Dolayısıyla değışken muhtemelen başka etmenlerden etkilenmiş ve lojistik regresyon analizinde anlamlılık ortadan kalkmıştır.

Bu araştırmada eşiyle sorun yaşayan kadınlarda ruhsal sorun görölme sıklığı sorun yaşamayanlara göre anlamlı olarak daha fazladır. Ayrıca, araştırmaya katılan kadınların evliliğinde mutsuzluk algıları arttıkça ruhsal sorun görölme sıklığının anlamlı olarak arttığı görölmektedir.

Altınel'in kadınlarda yaptığı çalışmada eşi ile ilişkinin kötü olmasının ruhsal belirtileri arttıran bir faktör olduğı vurgulanmıştır (13).

Güler Çetin'in çalışmasında kadınların KSE'den aldıkları puan ortalamaları ile evliliklerini değerlendirme değişkeni arasında anlamlı bir fark bulunmuş olup evlilik durumunu kötü olarak ifade edenlerde sahip olunan ruhsal problem sıklığının artış gösterdiği tespit edilmiştir (165).

Bu araştırmada eşle sorun yaşama ve evliliğinde mutluluğu değerlendirme değişkenleri için tek değişkenli analizde oluşan anlamlılık çok değişkenli analizde her ne kadar ortadan kalktıysa da diğer bir değişken olan evlilik uyumu lojistik regresyon analizinde bir risk faktörü olarak karşımıza çıkmıştır ki bu durum eşle sorun yaşamayı ve evliliğinde mutluluğunu değerlendirmeyi de yakından ilgilendirmektedir. Çünkü evlilik uyumunun yüksek olması eşle yaşanan sorunların daha az olacağını ve kadınların evliliklerini daha mutlu değerlendireceklerini ortaya koyar. Muhtemelen iki değişkenin de başka etmenlerden etkilenmiş olması sebebiyle çok değişkenli analizde anlamlılık kaybolmuştur.

Bu araştırmada eşinde aile düzenini bozacak düzeyde alkol kullanma alışkanlığı olanlarda ruhsal sorun görülme sıklığı olmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Eşin alkol kullanma alışkanlığı evlilikte birçok sorunuda beraberinde getirerek kadının ruhsal durumunun bozulmasına sebep olacaktır. Ancak değişken başka etmenlerden de etkilenmiş olabileceğinden çok değişkenli analizde anlamlılık kaybolmuştur.

Bu araştırmada evliliğinde ortak karar almayanlarda ruhsal sorun görülme sıklığı alanlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Çok değişkenli analizde bu durum ortadan kalkmıştır.

Güler Çetin'in çalışmasında KSE ile aile ekonomisine karar veren kişi arasındaki ilişki değerlendirildiğinde; çoğunlukla eşi karar veren kadınların depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon, hostilite, rahatsızlık ciddiyet indeksi ve semptom rahatsızlık indeksi puanı eşiyle ortak karar veren kadınların puanlarından yüksek bulunmuştur (165).

Karabilgin'in çalışmasında kadınların ev içinde karar verme sürecine katılım durumu ile depresyon görülme durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (242).

Bir evlilikte ortak karar alınması kadının evlilikte nasıl bir statüde olduğunun göstergesidir. Görüşlerine değeri verilmemesi kadının ötelenmesine sebep olarak onu değersizleştirecek ve bir takım sorunları da beraberinde getirecektir. Araştırmada bu değişken muhtemelen farklı etmenlerden etkilenmiştir.

Bu araştırmada evliliğinde eşinden şiddet gören kadınlarda ruhsal sorun görülme sıklığı şiddet görmeyenlere göre anlamlı olarak daha yüksektir. Çok değişkenli analizde bu durum ortadan kalkmıştır.

Kelleci ve arkadaşlarının çalışmasında eş şiddetine maruz kalan kadınların ruhsal sorunlarının şiddete maruz kalmayanlara göre daha fazla olduğu saptanmıştır (164). Şimşek ve arkadaşlarının çalışmasında aile içi şiddete maruz kalma kadınlarda herhangi bir ruhsal bozukluk görülmede önemli bir belirleyici olarak saptanmıştır (172). Çakır Parmaksızoglu'nun çalışmasında eş şiddeti yaşayan kadınların %40,4'ünün ruhsal sorun yaşadığı bildirilmiştir (161). Savaş'ın çalışmasında kadınların aile içi şiddet puanının her bir puan artışında ruhsal bozukluk tanısının 1,6 kat arttığı bulunmuştur (20). Ekemen'in çalışmasında aile içi şiddet gören kadınların tüm ruhsal belirti alanlarında KSE'den aldıkları puan ortalamaları anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur (12). Türkoğlu'nun çalışmasında şiddet görmüş kadınların %65,4'ünün depresyon belirtileri gösterdiği belirtilmiştir (156). Koyun ve arkadaşlarının derlemesinde şiddetin kadında güçsüzlük, utanma, korku, suçluluk ve kızgınlık gibi çelişkili duygular yaşatarak kadının ruhsal durumunu tehdit ettiği vurgulanmıştır (139).

Araştırmalarda benzer sonuçlar karşımıza çıkmaktadır. Eş şiddetine maruz kalma kadında yıkıcı etkileri olan, onu aşağılayan, değersiz ve yetersiz hissettiren bir olaydır. Sosyal ve ekonomik destek sistemlerinin azlığı, kadını erkeğe bağımlı yapan faktörler, kültürel sebepler, tutucu bir ortam gibi durumlar kadının bu olaya katlanmasının nedenleri olarak düşünülebilir. Şiddetin her an yaşanacağı korkusu, şiddetin türü ve derecesi kadında ruhsal sorunları da beraberinde getirecektir. Bu araştırmada çok değişkenli analizde ilişki sınır bir değerde ortadan kalkmıştır. Bu durumda değişkenin başka etmenlerden etkilendiği düşüncesini ortaya koymaktadır.

5.2.2.2.7. Araştırmaya Katılan Kadınların Evlilik Uyum Ölçeği Puanı Ortalaması ve Evlilik Uyumunun Ruhsal Sorun Görülme Sıklığı ile Tartışılması

Bu araştırmada ruhsal sorun görülen grubun EUÖ puanı ortalaması ruhsal sorun görülmeyen gruba göre anlamlı olarak daha düşüktür. Araştırma grubunda uyumsuz evliliği olan kadınlarda ruhsal sorun görülme sıklığı uyumlu evliliği olanlara göre anlamlı olarak daha yüksektir. Yapılan lojistik regresyon analizine göre EUÖ'ye göre uyumsuz evliliği olanlarda ruhsal sorun görülme sıklığı uyumlu evliliği olanlara göre anlamlı olarak 3,722 kat daha fazla bulunmuştur.

Lafcı'nın çalışmasında ruhsal hastalığı olanların evlilik uyum puanları olmayanlardan anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur (198). Yüksel'in kadınlarda yaptığı çalışmada evlilik uyumu ve psikolojik belirtiler arasındaki ilişki incelendiğinde çift ilişkisinin kalitesi düştükçe kadınların psikolojik belirti gösterme düzeyinin arttığı görülmüştür (201). Yüksel ve Dağ'ın çalışmasında kadınlarda evlilik uyumu azaldıkça psikolojik belirtilerin arttığı görülmüştür (247). Düzgün'ün çalışmasında bireylerin depresyon puanları arttıkça evlilik uyum puanlarının düştüğü belirtilmiştir (205). Işıloğlu'nun çalışmasında kadınlarda depresyon ve anksiyete arttıkça eş uyumunun azaldığı belirtilmiştir (187). Erberk ve arkadaşlarının derlemesinde evlilik uyumunu kötü olarak ifade eden kadınların, iyi olarak ifade edenlerden belirgin şekilde daha depresif oldukları belirtilmiştir (195).

Bu araştırmada evlilik uyumu ile ilgili elde edilen sonuç diğer çalışmalarla benzer nitelik göstermektedir. Evlilik birbirinden farklı iki kişinin yakın etkileşim içerisine girerek aynı evin içerisinde ortak dayanışma gösterdikleri toplumsal statü ve neslin devamını sağlayan bir ilişkiler yumağıdır. Uyumlu bir evlilik ben yerine biz kavramının olduğu mutluluk ve doyum sağlayan bir beraberliktir. Dolayısıyla uyumun bozulması çeşitli çatışma alanlarının yaşanmasına neden olarak çiftlerin fiziksel ve psikolojik durumlarının bozulmasına neden olacaktır. Kadınlar, toplumsal zorlamalar, ekonomik bağımlılık, kültürel sebepler, çocukları için gelecek kaygısı, şiddet, duygusal durumlar gibi çeşitli sebeplerden dolayı bu süreçten çok daha olumsuz etkilendiği için ruhsal sorunlar daha fazla görülmektedir.

5.2.2.2.8. Araştırmaya Katılan Kadınların Ruhsal Durumları ile İlgili Değişkenlerinin Ruhsal Sorun Görülme Sıklığı ile Tartışılması

Bu araştırmada kendisinde ruhsal sorun olduğunu düşünen kadınlarda ruhsal sorun görülme sıklığı düşünmeyenlere göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Yapılan lojistik regresyon analizine göre kendisinde ruhsal sorunu olduğunu düşünenlerde ruhsal sorun görülme sıklığı sorun olmadığını düşünenlere göre anlamlı olarak 12,758 kat daha yüksek bulunmuştur.

Nalbantoğlu'nun çalışmasında ruhsal yakınması olanlarda olmayanlara göre ruhsal bozukluk görülme durumu anlamlı olarak daha fazladır (19). İlhan'ın çalışmasında kendisinde psikolojik problem tanımlayan kadınlarda ruhsal belirti puanları problem tanımlamayanlardan daha yüksek bulunmuştur (113).

Bu araştırmada, kendisinde ruhsal sorun olduğunu düşünme ile ruhsal sorun görülme sıklığı arasında elde edilen sonuç diğer çalışmalarla benzer nitelik göstermektedir. Ruhsal sorunu olduğunu ifade edenlerde aynı zamanda GSA'ya göre de ruhsal sorun bulunması ölçekle alınan sonuçların doğruluğunu kanıtlar niteliktedir.

Bu araştırmada eşinde doktor tarafından teşhis edilmiş ruhsal sorunu olan kadınlarda ruhsal sorun görülme sıklığı olmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksektir. Ayrıca, çalışmada birinci derecede akrabalarında doktor tarafından teşhis edilmiş ruhsal sorunu olan kadınlarda ruhsal sorun görülme sıklığı olmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksektir. Ancak bu iki durumda çok değişkenli analizde anlamlı bulunmamıştır.

Türkleş ve arkadaşlarının çalışmasında ailede psikolojik sorunu olan bir bireyin bulunmasının kadınların ruh sağlığını olumsuz yönde etkilediği vurgulanmıştır (25). İlhan'ın çalışmasında ailesinde psikiyatrik problem olanların SCL-90 puan ortalaması olmayanlarıkinden daha yüksek bulunmuştur (113).

Karabilgin'in çalışmasında kadınların ebeveynlerinde depresyon bulunma durumu ile kendilerinde depresyon görülme durumu arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (242).

Eşinde ya da ailesinde ruhsal bozukluğu olan birinin bulunması kadının da ruh sağlığını olumsuz yönde etkileyecektir. Ancak bu iki değişkenin de başka etmenlerden etkilenmiş olma ihtimali lojistik regresyon analizinde anlamlılığın kaybolmasına sebep olmuş olabilir.

Bu araştırmada son bir ay içerisinde kendisini derinden etkileyen bir olay yaşayan kadınlarda ruhsal sorun görülme sıklığının yaşamayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Yapılan lojistik regresyon analizine göre son bir ay içerisinde kendisini derinden etkileyen bir olay yaşayanlarda ruhsal sorun görülme sıklığı yaşamayanlara göre anlamlı olarak 1,578 kat daha yüksek bulunmuştur.

Altınel'in kadınlarda yaptığı çalışmada son 1 yıl içinde kendisini etkileyen önemli bir olay yaşamış olmanın ruhsal belirtileri arttıran bir faktör olduğu vurgulanmıştır (13).

Travmatik bir olay yaşamamanın ruh sağlığını olumsuz yönde etkileyeceği aşık bir durumdur. Bu araştırmadan elde edilen sonuçta bu durumu destekler niteliktedir.

Bu çalışmada gelecekle ilgili kaygısı olan kadınlarda ruhsal sorun görülme sıklığı kaygısı olmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.

Düzgün'ün çalışmasında evliliğinin geleceğini olumlu olarak yorumlama arttıkça depresyon puanının azaldığı vurgulanmıştır (205).

Bu duruma çift taraflı bakmak gerekir. Bir kadının gelecekte çeşitli sebeplerden dolayı kaygı duyması ruh sağlığının bozulmasına sebep olabileceği gibi ruhsal sorunu olan bir kadının gelecekle ilgili endişeleri olabilir. Bu iki durum da çok çeşitli faktörlerden etkilenebilir. Bu nedenden dolayı çok değişkenli analizde anlamlılık ortadan kalkmıştır.

Bu araştırmada sonuç olarak lojistik regresyon analizinde ruhsal sorun görülme sıklığını anlamlı olarak etkileyen risk faktörleri; geniş aile tipine sahip olma, çoğu zaman uyku düzensizliği yaşama, EU'ye göre uyumsuz evliliği olma, kendisinde ruhsal sorun olduğunu düşünme, son bir ay içerisinde kendisini derinden etkileyen bir olay yaşama ve IFSF puanına göre saptanan CFB olarak sıralanmaktadır.

5.2.3. Araştırmaya Katılan Kadınlarda Cinsel Fonksiyon Bozukluğu ile Ruhsal Sorun Arasındaki İlişkinin Tartışılması

Bu iki değişken için çift taraflı karşılaştırma yapılmıştır.

Araştırmada CFB görülen grubun GSA 12 puan ortalaması CFB görülmeyen gruba göre anlamlı olarak daha yüksektir. Araştırma grubunda GSA 12 puanına göre ruhsal sorunu olan kadınlarda CFB görülme sıklığı olmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Yapılan lojistik regresyon analizine göre GSA 12 puanına göre ruhsal sorunu olanlarda CFB görülme sıklığı olmayanlara göre anlamlı olarak 2,741 kat daha fazla bulunmuştur.

Diğer taraftan çalışmada ruhsal sorun görülen grubun IFSF puan ortalaması ruhsal sorun görülmeyen gruba göre anlamlı olarak daha düşüktür. CFB olan kadınlarda ruhsal sorun görülme sıklığı olmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Yapılan lojistik regresyon analizine göre IFSF puanına göre saptanan CFB olanlarda ruhsal sorun görülme sıklığı olmayanlara göre anlamlı olarak 3,008 kat daha fazla bulunmuştur.

İncesu'nun makalesinde psikiyatrik sorunların varlığı, cinsel işlev bozukluklarının etyolojisinde rol oynamaktadır (38). Kulak'ın çalışmasında cinsel işlev bozukluğu olan kadınlarda psikiyatrik sorun varlığı, olmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (59). Alkan'ın çalışmasında cinsel işlev bozukluğu olan grubun, olmayanlara göre genel psikolojik belirtiler açısından anlamlı olarak daha yüksek puan aldığı görülmüştür (56). Zorlu Kocagöz'n çalışmasında cinsel işlev bozukluğu olanlarda olmayanlara göre psikiyatrik hastalık tanısı almış olma oranı anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (3).

Nayir'in çalışmasında cinsel işlev bozukluğu, depresyon olasılığı olan kadınlarda olmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (4). Özerdoğan ve arkadaşlarının çalışmasında depresyon şüphesi olanlarda olmayanlara oranla CFB görülme sıklığı 2,7 kat daha fazla bulunmuştur (208). Tepe'nin çalışmasında depresif belirtileri olan kadınlarda olmayanlara göre CFB görülme sıklığı anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (35). Aslan ve arkadaşlarının çalışmasında kadınlarda depresyon varlığı, düşük cinsel fonksiyon için bir risk faktörü olarak bulunmuştur (77). Palacios ve arkadaşlarının derlemesinde yer alan Zürih prospektif Kohort çalışmasında depresyonlu kişilerde cinsel sorunların prevalansı depresyonlu olmayanlara göre iki kat daha fazla bulunmuştur. Yine aynı çalışmada ruhsal sorunların CFB görülme riskini arttırdığı belirtilmiştir (84). Song ve arkadaşlarının çalışmasında kadınlarda depresyon varlığı CFB için bir risk faktörü olarak bildirilmiştir (86).

Bu araştırmada CFB ile ruhsal sorun arasında elde edilen çift taraflı sonuç yapılan diğer çalışmalar ve literatürle benzer niteliktedir. CFB ve ruhsal sorun birbirini etkileyen ve birbirinin sonucu olabilen ve diğer bazı faktörlerden etkilenen iki değişkendir. Bir evlilikte kadında cinsel fonksiyon bozukluğu görülmesi beraberinde getireceği durumlarla birlikte kadının ruhsal sorun yaşamasına neden olabilir. Diğer taraftan ruhsal sorunu olma, kadının cinsel açıdan eşinden uzaklaşmasına sebep olarak evliliğinde mutluluk ve uyumunu etkileyebilir. Dolayısıyla her iki açıdan da bu durumlar birbirlerini etkiler ve etkilenir niteliktedir. Cinsel ve ruhsal sorunlar kadınların önemli bir kısmını etkilemesi ve dile getirilmesinde yaşanan güçlükler sebebiyle önemli bir halk sağlığı sorunudur.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Cinsel ve ruhsal açıdan sağlıklı olmak kadın sağlığının önemli bir bileşeni olmakla beraber toplumumuzda dile getirilmekte güçlük çekilen konulardandır. Kadınlar açısından ele alındığında bu durum bir kat daha önem arz etmektedir. Kadınlar; gerek iş gerekse evlilik hayatlarında yaşadıkları sorunlar, karşılaştıkları güçlükler, üstlenmeleri gereken sorumluluklar, sosyal baskılar ve gördükleri şiddet sebebiyle ruhsal, sosyal, fiziksel ve cinsel sorunlar ile daha fazla karşı karşıya kalmaktadırlar. Özellikle de ruhsal ve cinsel sorunlar konusunda kendilerini ifade etmekte güçlük çektikleri için bu durum ya baskılanıp görmezden gelinmekte ya da tamamen hastalık haline dönüştükten sonra yardım alınma yoluna gidilmektedir. Bu sorunlar birikerek evlilik hayatlarını da olumsuz olarak etkilemektedir. Mutsuz ve doyum sağlayamayan bir kadın; mutsuz bir evlilik, aile ve dolayısıyla toplumun oluşmasına neden olacaktır. Bu durum halk sağlığı açısından önemli bir konudur.

Kadınlarda cinsel ve ruhsal sorunların yüksek oranlarda görüldüğü ve bunları evlilikte yaşanan uyum problemlerinin ve sosyodemografik faktörlerinde etkilediği düşüncesinden yola çıkılarak yapılan bu araştırmada ortaya çıkan sonuçlar çalışmanın amacını destekler niteliktedir.

Çalışma sonucunda kadınlarda CFB görülme sıklığı yüksek bulunmuştur (%45,0). Yapılan lojistik regresyon analizine göre sağlık güvencesi olmama, eşinde kronik hastalık varlığı, evlilik süresinin artışı, EUÖ'ye göre uyumsuz evliliği olma, cinsellik ile ilgili bilgi sahibi olmama, evliliğinde cinsel hayatını orta/kötü/çok kötü değerlendirme, evliliğinde cinsel sorunu olduğunu değerlendirme ve GSA 12 puanına göre ruhsal sorunu olma CFB görülmede risk faktörü olarak belirlenmiştir.

Sağlık güvencesi olmayanlarda CFB görülme sıklığı olanlara göre anlamlı olarak 1,849 kat daha fazla bulunmuştur.

Eşinde kronik hastalığı olanlarda CFB görülme sıklığı olmayanlara göre anlamlı olarak 1,667 kat daha fazla bulunmuştur.

Evlilik süresi arttıkça CFB görülme sıklığı anlamlı olarak 1,066 kat artmaktadır.

EUÖ'ye göre uyumsuz evliliği olanlarda CFB görülme sıklığı uyumlu evliliği olanlara göre anlamlı olarak 4,057 kat daha fazla bulunmuştur.

Cinsellikle ilgili bilgileri olmayanlarda CFB görülme sıklığı olanlara göre anlamlı olarak 2,000 kat daha fazla bulunmuştur.

Evliliğinde cinsel hayatını orta ve kötü/çok kötü değerlendirenlerde CFB görülme sıklığı iyi değerlendirenlere göre anlamlı olarak 3,533 ve 4,757 kat daha fazla bulunmuştur.

Evliliğinde cinsel sorunları olduğunu değerlendirenlerde CFB görülme sıklığı cinsel sorunları olmadığını değerlendirenlere göre anlamlı olarak 2,952 kat daha fazla bulunmuştur.

GSA 12 puanına göre ruhsal sorunu olanlarda CFB görülme sıklığı olmayanlara göre anlamlı olarak 2,741 kat daha fazla bulunmuştur.

Bu konu ile ilgili yapılan araştırmalar incelendiğinde de CFB görülme sıklığının yüksek oranlarda olduğu ve ruhsal sorun varlığının, uyumsuz evliliğin ve çeşitli sosyodemografik faktörlerin bu oranı etkilediği görülmüştür. Dolayısıyla bu faktörlerin sağlıklı bir yapıda olması cinselliğin sağlıklı bir zeminde gelişeceğini göstermektedir.

Cinsellik multidisipliner bir alandır. Yaklaşımlarda bu doğrultuda değerlendirilmelidir. Değerlendirme çok önemlidir. Sorunun ne olduğu, altında yatan fiziksel, psikolojik, sosyokültürel faktörler belirlenip buna göre uygun destek ve eğitim programları düzenlenmelidir.

Cinsellik hakkındaki bu eğitim programları çocukluktan yetişkinliğe gelişimsel bir sıra ile uygulanmalıdır. Ayrıca, toplum bazında cinsel sağlığın geliştirilmesi için hedefler belirlenmeli ve cinsel sağlık halk sağlığı programlarına entegre edilmelidir. Kapsamlı cinsel sağlık hizmetlerinin topluma sunulması sağlanmalı ve buna eğitim kurumlarından başlanılmalıdır. Mevcut sağlık hizmetleri içinde cinsel sağlık konularının öncelikle birinci basamaktan başlamak üzere verilmesinin sağlanması doğrultusunda programlar düzenlenmelidir.

Elbette ki bunun için sadece toplumu değil topluma hizmet verecek olan başta sağlık personelleri olmak üzere diğer kişilere de bilgilendirme eğitimleri yapılmalıdır. Tüm bu düzenlemelerde yazılı ve görsel basınla da entegrasyon sağlanmalıdır.

Ayrıca, cinsellik konusunda yapılan araştırmaların sayısı arttırılmalı, ulusal ve uluslararası düzeyde yaygınlaştırılmalı, uygun ölçekler geliştirilmeli, geçerlilik-güvenilirlik çalışmaları yapılmalı, standart tanımlama ve sınıflandırma sistemleri oluşturulmalı ve tüm bunlar içinde destek sistemleri sağlanmalıdır.

Bu araştırmada diğer bir değişken olan ruhsal sorun görülme sıklığı da yüksek oranda bulunmuştur (%49,0). Yapılan lojistik regresyon analizine göre geniş aile tipine sahip olma, çoğu zaman uyku düzensizliği, EUÖ'ye göre uyumsuz evliliği olma, kendisinde ruhsal sorun olduğunu düşünme, son bir ay içerisinde kendisini derinden etkileyen bir olay yaşama ve IFSF puanına göre saptanan CFB varlığı ruhsal sorun görülmede risk faktörü olarak belirlenmiştir.

Geniş aile tipine sahip olanlarda ruhsal sorun görülme sıklığı çekirdek aile tipine sahip olanlara göre anlamlı olarak 1,740 kat daha yüksek bulunmuştur.

Çoğu zaman uyku düzensizliği olanlarda ruhsal sorun görülme sıklığı olmayanlara göre anlamlı olarak 2,065 kat daha yüksek bulunmuştur.

EUÖ'ye göre uyumsuz evliliği olanlarda ruhsal sorun görülme sıklığı uyumlu evliliği olanlara göre anlamlı olarak 3,722 kat daha fazla bulunmuştur.

Kendisinde ruhsal sorunu olduğunu düşünenlerde ruhsal sorun görülme sıklığı sorun olmadığını düşünenlere göre anlamlı olarak 12,758 kat daha yüksek bulunmuştur.

Son bir ay içerisinde kendisini derinden etkileyen bir olay yaşayanlarda ruhsal sorun görülme sıklığı yaşamayanlara göre anlamlı olarak 1,578 kat daha yüksek bulunmuştur.

IFSF puanına göre saptanan CFB olanlarda ruhsal sorun görülme sıklığı olmayanlara göre anlamlı olarak 3,008 kat daha fazla bulunmuştur.

Literatürde de kadınlarda ruhsal sorun görülme sıklığının yüksek oranlarda olduğu ve CFB'nin, evlilikte uyum sorunlarının ve çeşitli sosyodemografik faktörlerin bu oranı etkilediği görülmüştür.

Kadınlar, yaşamlarının her döneminde çeşitli sebeplerden dolayı daha fazla risk faktörlerine maruz kalmaktadırlar. Bu nedenle öncelikle yapılması gereken; toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin önlenmesi, kadınların dönemsel özelliklerinin, sosyal, ekonomik ve kültürel durumlarının dikkate alınarak tarama ve destek programlarının oluşturulmasıdır.

Ruhsal sorunların sıklığını ve altında yatan nedenleri saptamak, riskli grupları öncelikle ele almak, koruyucu ruh sağlığı hizmetlerini topluma yayarak bu sorunların önüne geçmek için epidemiyolojik araştırmalara ve halk sağlığı bakış açısına ihtiyaç vardır.

Ruhsal bozuklukların önlenmesi için Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı'nda da hedeflendiği gibi multidisipliner bir yaklaşım sergilenmeli, ruh sağlığı hizmetlerinin birinci basamak sağlık kurumlarına entegrasyonu sağlanmalı, bireyler kendi ruh sağlıklarını geliştirmeleri için teşvik edilmeli, stresle baş etme yöntemleri öğretilmeli, sosyal destek programları geliştirilmeli, etkin tarama programları uygulanarak erken dönemde sorunlar tespit edilmeli, aile içi şiddetin önüne geçilmeli, gerekli yasal alt yapı sağlanmalı, sosyal baskı önlenmeli, ruh sağlığı alanında eğitim programları, araştırma faaliyetleri ve insan gücü planlamaları yapılmalıdır. Ayrıca, uyumsuz evliliği olanlar için evlilik danışmanlık hizmetleri verilmeli ve kendilerini ifade edebilecekleri ortamlar sağlanmalıdır.

Unutulmamalıdır ki kadınlar toplumun aynasıdır. Sağlıklı ve mutlu olan bir kadın sağlıklı bir ailenin dolayısıyla toplumun oluşmasında çok önemli bir anahtardır.

ÖZET

Isparta İl Merkezinde Yaşayan 15-49 Yaş Evli Kadınlarda Cinsel Fonksiyon Bozukluğu ve Ruhsal Sorun Görülme Sıklığı ile Bu Durumların Evlilik Uyumu ve Diğer Etmenlerle İlişkisi

Çalışmanın amacı Isparta il merkezinde yaşayan 15-49 yaş evli kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu (CFB) ve ruhsal sorun görülme sıklığı ile bu durumların evlilik uyumu ve diğer etkenlerle olan ilişkisinin araştırılmasıdır.

Araştırma kesitsel tiptedir. Örnek büyüklüğü 758 olarak hesaplanmıştır. Sosyoekonomik seviyeleri farklı üç mahalle seçilmiş, tamamı gezilerek 1216 kadın araştırmaya dahil edilmiştir. CFB ve ruhsal sorun varlığı bağımlı değişkenlerdir. Kadın cinsel fonksiyon indeksine göre ≤ 30 CFB, genel sağlık anketine göre ≥ 2 ruhsal sorun, evlilik uyum ölçeğine göre $< 43,5$ uyumsuz evlilik olarak kabul edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 22.0 kullanılmış ki kare, t testi, pearson korelasyon testiyle lojistik regresyon analizi yapılmıştır.

Kadınların %45,0'ında CFB saptanmıştır. Sağlık güvencesi olmama, eşinde kronik hastalık olma, evlilik süresinin artışı, uyumsuz evliliği olma, cinsellikle ilgili bilgi sahibi olmama, cinsel hayatlarını orta/kötü/çok kötü değerlendirme, cinsel sorunları olduğunu değerlendirme ve ruhsal sorun varlığı CFB görülme sıklığını anlamlı olarak arttırmaktadır ($p < 0,05$).

Kadınların %49,0'ında ruhsal sorun saptanmıştır. Geniş aile tipi olanlar, çoğu zaman uyku düzensizliği, uyumsuz evliliği olma, kendisinde ruhsal sorun olduğunu düşünme, son bir ay içerisinde derinden etkileyen bir olay yaşama, CFB ruhsal sorun görülme sıklığını anlamlı olarak arttırmaktadır ($p < 0,05$).

Kadınlarda CFB ve ruhsal sorun görülme sıklığı yüksek oranlarda bulunmuş olup uyumsuz evliliği olma ve diğer bazı faktörlerle ilişkili bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler : Kadın, Cinsel Fonksiyon Bozukluğu, Ruhsal Sorun, Evlilik Uyumu

ABSTRACT

The Prevalence of Sexual Dysfunctions and Mental Health Problems and Their Relation to Martial Harmony and Other Factors in Married Women Between the Ages of 15 and 49 at Isparta

The aim for the study is to determine the prevalence of sexual dysfunction (SD) and mental health problems in married women of age 15 to 49 and their relation to martial harmony and other factors within Isparta.

This is a sectional research. The sample size was determined as 758 and selected from three neighbourhoods with significant socio-economical differences. 1216 women were included in this study. The existence of SD and mental health problems are dependent variables. SD was accepted as ≤ 30 on women sexual dysfunction index, mental health issues were ≥ 2 according to general health survey, martial disharmony was $< 43,5$ on martial harmony scale. Chi square test, t-test, Pearson's correlation and logistic regression analysis of SPSS 22.0 were used.

Prevalence of SD was 45% in the subjects. Not having a health insurance, having chronic disorders in partners, increased duration of marriage, martial disharmony, inadequate information about sexuality, having a disrupted sexual life, recognizing sexual problems and existing mental issues increased the rate of having SD significantly ($p < 0,05$).

Mental health problems were observed as 49% in the subjects. Extended family, irregular sleep patterns, martial disharmony, the thoughts of having mental problems, experiencing a tough event in last month and SD increased the rate of having mental problems significantly ($p < 0,05$).

The ratio of SD and mental health problems in women were mostly determined and their relation to martial disharmony and other problems were indicated in this study.

Keywords: Woman, Sexual Dysfunction, Mental Problem, Martial Harmony

KAYNAKLAR

1. Özdemir E. Gülveren sağlık ocağı bölgesinde 20 yaş ve üzeri evli kadınlarda üriner inkontinansın yaşam kalitesi ve cinsel fonksiyon üzerine etkisi. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir, (Yrd. Doç. Dr. Nebahat Özerdoğan), 2009.
2. Gülsün M, Ak M, Bozkurt A. Psikiyatrik açıdan evlilik ve cinsellik. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2009; 1(1): 68-79.
3. Zorlu Kocagöz Sevilay. Cinsel işlev bozukluğu tipleri ve cinsel mitler arasındaki ilişki. Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Uzmanlık tezi, Bursa, 2008.
4. Nayir N. Edirne il merkezinde yaşayan erişkinlerde cinsel işlev ve cinsel işlev bozuklukları. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Uzmanlık Tezi, Edirne, (Doç. Dr. H. Nezih Dağdeviren), 2010.
5. Önal S. Kadınlarda cinsel işlev bozuklukları yaygınlığı ve olası risk faktörleri. Dicle Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Uzmanlık Tezi, Diyarbakır, (Doç. Dr. Aziz Yaşan), 2010.
6. Yaşar H, Özkan L, Tepeler A. Kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluklarına güncel yaklaşım. Klinik ve Deneysel Araştırmalar Dergisi 2010; 1(3): 235-240.
7. İncesu C. DSM-5 ve cinsel işlev bozuklukları. Nöropsikiyatri Arşivi 2011; 48(1): 1-6. doi : 10.4274/npa.y6081.
8. Aydın D. Sağlık çalışanı evli kadınlarda cinsel mitlere inanma durumu ve cinsel işlev bozuklukları. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Prof. Dr. Sevim Buzlu), 2012.
9. Yadav J, Genaralli L, Ratakonda U. Female sexuality and common sexual dysfunctions: Evaluation and management in a primary care setting. Prim Care Update Ob/Gyns 2001; 8(1): 5-11.
10. Demirezen E. Birinci basamakta kadın cinselliğinin değerlendirilmesi. STED 2006; 15(5): 79-81.
11. Kütmeç C. Kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu ve hemşirelik bakımı. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2009; 4(12): 111-136.
12. Ekemen N. 15-49 yaş dönemindeki kadınlarda kısa semptom envanteri ile ruhsal durumun belirlenmesi. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Kayseri, (Prof. Dr. Ümit Seviğ), 2006.
13. Altinel T. Edirne şehir merkezindeki 15-49 yaş kadınlarda ruhsal durum ve etkileyen faktörler. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Uzmanlık Tezi, Edirne, (Yrd. Doç. Dr. E. Melih Şahin), 2008.
14. Yılmaz G. Sağlık ocaklarında çalışan ebe ve hemşerilerin koruyucu ruh sağlığına yönelik hizmetleri ve kadınlarda sık görülen ruhsal bozuklukları tanıma düzeyleri. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Mersin, (Yrd. Doç. Dr. Belkıs Karataş), 2007.
15. Özbucak Civil S. Bir iş yerinde çalışan bireylerin ruhsal durumlarının değerlendirilmesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Prof. Dr. Gülten Özaltın), 2007.
16. Sağbaş Ö. Ruhsal bozukluklarda stresle başetme ve yaşam kalitesi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Yrd. Doç. Dr. Matbule Batmaz), 2009.

17. Oğuz MA. Kadın sağlık çalışanlarının ruhsal durumlarının değerlendirilmesi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Yrd. Doç. Dr. Özlem Işıl), 2010.
18. Gültekin BK. Ruhsal bozuklukların önlenmesi: Kavramsal çerçeve ve sınıflandırma. Psikiyatride güncel yaklaşımlar 2010; 2(4): 583-594.
19. Nalbantoğlu D. Denizli il merkezinde yaşayan erişkin kadınların genel ruh sağlığı durumu, ruh sağlığı hizmetlerinden yararlanmaları ve etkileyen faktörler. Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Denizli, (Prof. Dr. Mehmet Zencir), 2011.
20. Savaş N. Doğankent sağlık eğitim araştırma bölgesindeki 15-49 yaş kadınların ruh sağlığı ve aile içi şiddete maruz kalma açısından değerlendirilmesi üzerine bir çalışma. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Uzmanlık Tezi, Adana, (Prof. Dr. Gülseren Ağrıdağ), 2003.
21. Akarçay D. Türkiye’de yürütülen ruh sağlığı hizmetleri politikalarının değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Doç. Dr. Hasan Hüseyin Yıldırım), 2013.
22. Karasu M. Eskişehir il merkezinde birinci basamak sağlık kuruluşlarında ruhsal bozuklukların yaygınlığı ve sosyodemografik değişkenlerle ilişkisi. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Uzmanlık Tezi, Eskişehir, (Yrd. Doç. Dr. Çınar Yenilmez), 2007.
23. Bilge U. Bazı kronik hastalıklarda ruhsal bozuklukların sıklığı ve sosyodemografik değişkenlerle ilişkisi. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Uzmanlık Tezi, Eskişehir, (Prof. Dr. İlhami Ünlüoğlu), 2008.
24. Keskin A. Eskişehir ilinde ruhsal hastalıkların sıklığı ve sosyodemografik değişkenlerle ilişkisi. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Eskişehir, (Prof. Dr. İlhami Ünlüoğlu), 2008.
25. Türkleş S, Yılmaz M, Özcan A, Öncü E, Karataş B. Kadınlarda ruh sağlığını ve aile işlevlerini etkileyen etmenler. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2013; 16(3): 154-162.
26. Karagöz Y. Aile sağlığı merkezlerinde çalışan ebe ve hemşirelerin postpartum depresyona yönelik bilgi ve uygulamaların değerlendirilmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Sivas, (Yrd. Doç. Dr. Özlem Duran), 2011.
27. Akan H, Doğan S. Birinci basamak sağlık hizmetinde cinsel işlev bozukluklarına yaklaşım. Türk Aile Hekimliği Dergisi 2011; 15(2): 69-76. doi: 10.2399/tahd.11.69.
28. Demirezen E, Erdoğan S, Önem K. Birinci basamak sağlık merkezine başvuran kırk yaşın altındaki kadınlarda cinsel fonksiyonun değerlendirilmesi. Androloji Bülteni 2006; 25: 177-180.
29. Karakoyunlu FB. Evli kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu görülme sıklığı. Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, Antalya, (Yrd. Doç. Dr. Selma Öncel), 2007.
30. Bozdemir N, Özcan S. Cinselliğe ve cinsel sağlığa genel bakış. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care (TJFMPC) 2011; 5(4): 37-46.

31. Atik Nalbant M. Menopozal semptomlar ile cinsel yaşam arasındaki ilişkiler. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Aydın, (Yrd. Doç. Dr. Nevin Akdolun Balkaya), 2009.
32. Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği (CETAD). Cinsel sağlık ve üreme sağlığı alanında ulusal ve yerel medya yoluyla savunuculuk projesi, bilgilendirme dosyası 1, cinsel yaşam ve sorunları. Şahin D, Şimşek F, Seyisoğlu H, Editörler. 2006.
33. İncesu C. Cinsel İşlevin fizyolojisi. İçinde: Cinsel İşlev Bozuklukları. Yetkin N, İncesu C, Editörler. İstanbul: Roche Müstaharları Sanayi A.Ş., 2001: 7-15.
34. Sungur MZ. Kadında cinsel işlev bozuklukları, cinsel eğitim ve seks terapileri. İçinde: Jinekoloji: Üreme Endokrinolojisi & İnfertilite ve Jinekolojik Onkoloji. Beksaç MS, Ayhan A, Demir N, Hassa H, Kösebay D, Tıraş MB ve ark. Editörler. Ankara: Ankara Medikal Network, 2006: 756-770.
35. Tepe S. Adana ili Havutlu beldesinde 35-64 yaş kadınlarda cinsel işlevde menopozun etkisi. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Uzmanlık tezi, Adana, (Prof. Dr. Gülseren Ağrıdağ), 2012.
36. Demirkol Billurcu N. Menopoz dönemindeki kadınlarda cinsel fonksiyon bozuklukları. Harran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Uzmanlık Tezi, Şanlıurfa, (Yrd. Doç. Dr. F. Ferda Verit), 2008.
37. Acar Z. Doğum sonrası dönemdeki kadınların cinsel işlevleri ve etkileyen faktörler. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans tezi, Ankara, (Prof. Dr. Lale Taşkın), 2008.
38. İncesu C. Cinsel işlevler ve cinsel işlev bozuklukları. Klinik Psikiyatri 2004; 3: 3-13.
39. Kapdağlı D. Postmenopozal kadınlarda cinsel yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Uzmanlık Tezi, Adana, (Prof. Dr. Nafiz Bozdemir), 2009.
40. Kayır A, Özdemir Ö. İnsanda Cinsellik. İçinde: Psikiyatri Temel Kitabı. Köroğlu E, Güleç C, Editörler. 2. Baskı, Ankara: 2007: 416-421.
41. Mete S. Kadın ve Cinsellik. İçinde: Kadın Sağlığı. Şirin A, Kavlak O, Editörler. İstanbul: Bedray Basın Yayıncılık Ltd. Şti., 2008: 110-123.
42. Öztürk M. Tip 2 Diyabetik kadınlarda cinsel fonksiyon bozuklukları. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Uzmanlık Tezi, Konya, (Prof. Dr. Mustafa Sait Gönen), 2011.
43. Yeni E. Kadında orgazmik fonksiyon ve bozuklukları. Androloji Bülteni 2005; 21: 165-167.
44. Eryılmaz HY. Orgazm tanımı ve tipleri. Androloji Bülteni 2005; 23: 355-358.
45. Çıtak Bilgin N. Pelvik taban kas egzersizlerinin postpartum dönemde cinsel yaşama etkisi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, (Prof. Dr. Hediye Arslan), 2009.
46. Uluyol M. Troidektomi sonrası kadınlarda cinsel fonksiyon değişiklikleri. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Afyonkarahisar, (Doç. Dr. Emre Tüzel), 2010.

47. Basson R, Berman J, Burnett A, Derogatis L, Ferguson D, Fourcroy J, Goldstein I, Graziottin A, Heiman J, Laan E, Leiblum S, Padma-Nathan H, Rosen R, Segraves K, Segraves RT, Shabsigh R, Sipski M, Wagner G, Whipple B. Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications. *J Urol* 2000; 163(3): 888–893.
48. Karademir M. Depresif ve cinsel işlev bozukluğu bulunan hastaların temel patolojilerinin tanımlanması ve karşılaştırılması. Genel Kurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Uzmanlık Tezi, Ankara, 2005.
49. Angın Öztürk Ü. Zonguldak il merkezinde kadın nüfusunda cinsel işlev bozukluğu prevalansı. Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Uzmanlık tezi, Zonguldak, (Yrd. Doç. Dr. Nuray Atasoy), 2008.
50. Eren M. Lomber disk hernisinin kadın cinsel fonksiyonuna etkisi. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Uzmanlık Tezi, Kahramanmaraş, (Yrd. Doç. Dr. Bülent Altunoluk), 2010.
51. Sadock BJ, Sadock VA. Klinik Psikiyatri. 4. Baskı, Ankara: Öncü Basımevi, 2009.
52. Kütmeç C. Esansiyel hipertansiyonu olan kadınların yaşadığı cinsel sorunların belirlenmesi. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans tezi, Mersin, (Yrd. Doç. Dr. Sabire Yurtsever), 2008.
53. Basson R, Althof S, Davis S, Fugl-Meyer K, Goldstein I, Leiblum S, Meston C, Rosen R, Wagner G. Summary of the recommendations on sexual dysfunctions in women. *Journal of Sexual Medicine* 2004; 1(1): 24-34.
54. İncesu C. Cinsel İşlev Bozuklukları. İçinde: Psikiyatri Temel Kitabı. Köroğlu E, Güleç C, Editörler. 2. Baskı, Ankara: 2007: 422-432.
55. Çeri Ö, Yılmaz A, Soykan A. Cinsel işlev bozuklukları. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics* 2008; 1(2): 71-77.
56. Alkan E. Cinsel işlev bozuklukları ve kişilerarası tarz, öfke, kendilik algısı. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Prof. Dr. Nesrin Hisli Şahin), 2008.
57. Palacios S. Hypoactive sexual desire disorder and current pharmacotherapeutic options in women. *Womens Health*. 2011; 7(1): 95-107. doi : 10.2217/WHE.10.81.
58. Butcher JN, Mineka S, Hooley JM. Anormal Psikoloji. 1. Basım, İstanbul: Alemdar Ofset, 2013.
59. Kulak H. Cinsel işlev bozukluğu görülen kadınlarda geçmiş travmatik deneyimler. İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, (Prof. Dr. M. Fatih Yavuz), 2006.
60. Pasqualotto EB, Pasqualotto FF, Sobreiro BP, Lucon AM. Female sexual dysfunction: The important points to remember. *Clinics* 2005; 60(1): 51-60.
61. Tashbulatova D. İnfertil kadınlarda cinsel fonksiyonlara etki eden faktörler. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Uzmanlık Tezi, Adana, (Doç. Dr. Atilla Arıdoğan), 2007.
62. Berman JR. Physiology of female sexual function and dysfunction. *International Journal of Impotence Research* 2005; 17: 44-51.
63. Tuğrul C. Cinsel İşlev Bozukluklarının Psikolojik Nedenleri. İçinde: Cinsel İşlev Bozuklukları. Yetkin N, İncesu C, Editörler. İstanbul: Roche Müstaharları Sanayi A.Ş., 2001: 61-64.

64. Ojomu F, Thacher T, Obadofin M. Sexual problems among married Nigerian women. *International Journal of Impotence Research* 2007; 19(3): 310-316.
65. Malkoç Ö. Gebeliğin kadın seksüel fonksiyonuna etkisi. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Uzmanlık Tezi, Kahramanmaraş, (Doç. Dr. Sefa Resim), 2010.
66. Kırço T. İnfertilitenin cinsel yaşam üzerine etkisinin incelenmesi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Yrd. Doç. Dr. Ayten Dinç), 2009.
67. Tashbulatova D, Arıdoğan İA, İzol V, Seydaoğlu G, Ürünsak İF, Doran Ş. İnfertil kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu: Depresyon ve demografik faktörlerle olan ilişkisi. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2013; 33(1): 91-97. doi: 10.5336/medsci.2012-28503.
68. Keskin U, Coksuer H, Güngör S, Ercan CM, Karaşahin KE, Başer I. Differences in prevalence of sexual dysfunction between primary and secondary infertile women. *Fertility and Sterility* 2011; 96(5): 1213-1217.
69. Ortaylı N. Jinekolojik Sorunlardan Etkilenen Cinsel İşlev Bozuklukları. İçinde: Cinsel İşlev Bozuklukları. Yetkin N, İncesu C, Editörler. İstanbul: Roche Müstaharları Sanayi A.Ş., 2001: 65-75.
70. Arslan H, Gürkan CÖ, Yiğit FE, Ekşi Z. Menopoz dönemindeki kadınların cinsel yaşamlarının değerlendirilmesi. *Sağlık ve Toplum* 2004; 14(4): 67-74.
71. Acar A. Meme kanseri olan kadınların cinsel fonksiyonları ve etkileyen faktörler. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans tezi, Mersin, (Yrd. Doç. Serpil Türkleş), 2009.
72. Berman JR, Adhikari SP, Goldstein I. Anatomy and physiology of female sexual function and dysfunction: classification, evaluation and treatment options. *Eur Urol* 2000; 38(1): 20-29.
73. Soylu A. Kadın cinsel fonksiyon bozukluğunda tanı. *Androloji Bülteni* 2003; 13: 21-23.
74. Yaralı S. Evli kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu ve cinsel yaşam kalitesinin incelenmesi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans tezi, Erzurum, (Yrd. Doç. Dr. Nazlı Hacıaloğlu), 2013.
75. Angın Öztürk Ü, Atasoy N, Kurçer MA, Karaahmet E, Saraçlı Ö. Zonguldak il merkezinde kadın cinsel sorunlarının yaygınlığı ve cinsel sorunlarla ilgili etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2012; 13: 191-197.
76. Ege E, Akın B, Yaralı Arslan S, Bilgili N. Sağlıklı kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu sıklığı ve risk faktörleri. *TÜBAV Bilim Dergisi* 2010; 3(1): 137-144.
77. Aslan E, Kızılkaya Beji N, Güngör İ, Kadioğlu A, Küçük Dikencik B. 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 İstanbul. *The Journal of Sexual Medicine* 2008; 5(9): 2044-2052. doi : 10.1111/j.1743-6109.2008.00873.x.
78. Karakoyunlu FB, Öncel S. 15-49 Yaş grubu evli kadınlarda cinsel işlev bozukluğu görülme sıklığı (Antalya/Türkiye). *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci* 2014; 6(2): 63-74.

79. Çiledağ Özdemir F, Pehlivan E. Evaluation of sexual function levels of women between the ages of 20-50 living in central Malatya [Malatya il merkezinde yaşayan 20-50 yaş arasındaki kadınların cinsel fonksiyon düzeylerinin değerlendirilmesi]. *Medicine Science* 2015; 4(4): 2751-2761. doi: 10.5455/medscience.2015.04.8273.
80. Öksüz E, Malhan S. Prevalence and risk faktors for female sexual dysfunction in turkish women. *The Journal Of Urology* 2006; 175(2): 654-658.
81. Çayan S, Akbay E, Bozlu M, Canpolat B, Acar D, Ulusoy E. The prevalence of female sexual dysfunction and potential risk factors that may impair sexual function in Turkish women. *Urol Int* 2004; 72(1): 52-57.
82. Zhang H, Yip PSF. Female sexual dysfunction among young and middle-aged women in Hong Kong: prevalence and risk factors. *The Journal of Sexual Medicine* 2012; 9: 2911–2918. doi : 10.1111/j.1743-6109.2012.02773.x.
83. Holla K, Jezek S, Weiss P, Pastor Z, Holly M. The prevalence and risk factors of sexual dysfunction among Czech women. *International Journal of Sexual Health* 2012; 24: 218–225. doi : 10.1080/19317611.2012.695326.
84. Palacios S, Castaño R, Grazziotin A. Epidemiology of female sexual dysfunction. *Maturitas* 2009; 63: 119-123. doi:10.1016/j.maturitas.2009.04.002
85. Aslan E, Fynes M. Female sexual dysfunction. *Int Urogynecol J* 2008; 19: 293–305.
86. Song SH, Jeon H, Kim SW, Paick JS, Son H. The prevalence and risk factors of female sexual dysfunction in young korean women: an internet-based survey. *J Sex Med* 2008; 5(7): 1694-1701.
87. Korda JB. Weibliche sexuelle Dysfunktion. *Urologe* 2008; 47: 77–91. doi : 10.1007/s00120-007-1618-9.
88. Elnashar AM, El-Dien Ibrahim M, El-Desoky MM, Ali OM, El-Sayd Mohamed Hassan M. Female sexual dysfunction in lower Egypt. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2007; 114(2): 201-216. doi : 10.1111/j.1471-0528.2006.01106.x.
89. Sidi H, Puteh SE, Abdullah N, Midin M. The prevalence of sexual dysfunction and potential risk factors that may impair sexual function in Malaysian women. *J Sex Med.* 2007; 4(2): 311-321.
90. Safarinejad MR. Female sexual dysfunction in a population-based study in Iran: Prevalance and associated risk factors. *International Journal of Impotence Research* 2006; 18: 382-395.
91. Abdo CHN, Oliveira WM, Moreira JED, Fittipaldi JAS. Prevalence of sexual dysfunctions and correlated conditions in sample of Brazilian women-results of Brazilian study on sexual behavior. *International Journal of Impotence Research* 2004; 16: 160-166.
92. Salonia A, Zanni G, Briganti A, Fabbri F, Rigatti P, Montorsi F. The role of the urologist in the management of sexual dysfunction. *Curr Opin Urology* 2004;14(6): 389-393.
93. McCabe MP, Sharlip ID, Lewis R, Atalla E, Balon R, Fisher AD, Laumann E, Lee SW, Segraves RT. Incidence and prevalence of sexual dysfunction in women and men: A consensus statement from the fourth international consultation on sexual medicine 2015. *J Sex Med* 2016; 13: 144-152. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsxm.2015.12.034>.

94. Turhan A. Üriner inkontinansın r prod ktif ve postmenopozal dönemde kadın cinsel fonksiyon bozuklukları üzerine etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Uzmanlık tezi, İstanbul, (Prof. Dr. Süleyman Engin Akhan), 2010.
95. Öztürk MO. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 10. Ankara: Feryal Matbaası, 2004.
96. Sungur MZ. Cinsel Eğitim.  inde: Cinsel İşlev Bozuklukları. Yetkin N, İncesu C, Editörler. İstanbul: Roche Müstaharları Sanayi A. ., 2001: 45-51.
97. Ergin z E. Halk sağlığı ve mental hastalıklar. İ. . Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi 2008; 62: 31-39.
98. Güleç C, Paksoy Erbaydar N. Toplum Ruh Sağlığı.  inde: Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Güler  , Akın L, Editörler. 3, 2, Ankara: H. . basımevi, 2012: 1822-1851.
99. Kaplan HI, Sadock BJ. Klinik Psikiyatri.  ev. Edit. Abay E. İstanbul: Nobel Matbaacılık, 2004.
100.  etinku  Okur İ. Ekonomik krizin ailelerin ruhsal durumuna etkisi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Yrd. Doç. Dr. Gül  nsal Barlas), 2011.
101. Yılmaz V. İnsan Hakları ve Kar ıla tırmalı Sosyal Politika Yaklaşımı Işığında Türkiye’de Ruh Sağlığı Politikaları: Tespitler ve  neriler. İstanbul: Karika Matbaacılık, 2012.
102. Köroğlu E. Psikiyatride Sınıflandırma ve DSM-IV-TR.  inde: Psikiyatri Temel Kitabı. Köroğlu E, Güleç C, Editörler. 2, Ankara: MedicoGraphics Matbaası, 2007: 25-31.
103. Sakarya  . Ergenlerin ruhsal belirtileri ile duygusal  zyeterlik düzeylerinin incelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, (Doç. Dr. F. Ebru İ iz), 2013.
104. Alkın T, Onur E. Anksiyete kavramı ve anksiyete bozukluklarına genel bir bakış.  inde: Psikiyatri Temel Kitabı. Köroğlu E, Güleç C, Editörler. 2, Ankara: MedicoGraphics Matbaası, 2007: 296-303.
105. Bal U. Anksiyete bozukluklarında cinsiyete göre semptom farklılıkları.  ukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Uzmanlık Tezi, Adana, (Doç. Dr.   kr  Uğuz), 2010.
106. Ertan T. Psikiyatrik bozuklukların epidemiyolojisi. İ. . Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi 2008; 62: 25-30.
107. Keskin A,  nl oğlu İ, Bilge U, Yenilmez  . Ruhsal bozuklukların yaygınlığı cinsiyetlere göre dağılımı ve psikiyatrik destek alma ile ilişkisi. Nöropsikiyatri Arşivi 2013; 50: 344-351. doi: 10.4274/Npa.y.6522.
108. Köroğlu E. Psikiyatri Elkitabı. 2, Ankara: HYB Basım Yayın Matbaası, 2009.
109.  nal S,  zcan E. Depresyonda hazırlayıcı, ortaya çıkarıcı ve koruyucu etkenler. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2000; 1(1): 41-47.
110. Kuehner C. Gender differences in unipolar depression: an update of epidemiological findings and possible explanations. Acta Psychiatrica Scandinavica 2003; 108(3): 163-174.
111. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Koretz D, Merikangas KR, Rush AJ, Walters EE, Wang PS. The epidemiology of major depressive disorder results from tahe national comorbidity survey replication(NCS-R). JAMA 2003; 289(23): 3095-3105.

112. Koç V. Kişilerarası tarz, kendilik algısı, öfke, depresyon. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Prof. Dr. Nesrin Hislişahin), 2008.
113. İlhan Ç. Ev kadınlarında sosyokültürel özelliklere bağlı olarak depresyon düzeyi ve kişilik özellikleri arası ilişkilerin incelenmesi. Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Yrd. Doç. Dr. Bayhan Üge), 2009.
114. Aras N. Erzurum il merkezinde doğurganlık çağındaki kadınlarda depresif bozuklukların yaygınlığı ve ilişkili etmenler. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Uzmanlık Tezi, Erzurum, (Yrd. Doç. Dr. Elif Oral), 2010.
115. Aşkan Parlakoğlu B. Depresif belirtilerin cinsiyete özgü farklılıkları. T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof.Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul, (Dr. Nesrin Buket Tomruk), 2010.
116. Cengiz Özyurt B, Deveci A. Manisa’da kırsal bir bölgedeki 15-49 yaş evli kadınlarda depresif belirti yaygınlığı ve aile içi şiddetle ilişkisi. Türk Psikiyatri Dergisi 2010; 21: 1-7. doi: 10.5080/u6350.
117. Yeşilçiçek Çalık K, Aktaş S. Gebelikte depresyon: Sıklık risk faktörleri ve tedavisi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2011; 3(1): 142-162.
118. Yücel B, Polat A. Somatizasyon bozukluğu ve farklılaşmamış somatoform bozukluk. İçinde: Psikiyatri Temel Kitabı. Köroğlu E, Güleç C, Editörler. 2, Ankara: MedicoGraphics Matbaası, 2007: 369-376.
119. Köroğlu E. Klinik Psikiyatri. Ankara: HYB Basım Yayın Matbaası, 2012.
120. Yetkin S, Özgen F. Uyku bozuklukları. İçinde: Psikiyatri Temel Kitabı. Köroğlu E, Güleç C, Editörler. 2, Ankara: MedicoGraphics Matbaası, 2007: 460-473.
121. Şahin D. Kişilik bozuklukları. Klinik Gelişim 2009; 22(4): 45-55.
122. Sorias S. Kişilik bozuklukları. İçinde: Psikiyatri Temel Kitabı. Köroğlu E, Güleç C, Editörler. 2, Ankara: MedicoGraphics Matbaası, 2007: 502-519.
123. Öztürk O, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları II. 11, Ankara: Tuna Matbaacılık, 2011.
124. Akdeniz F, Aldemir E. Kadınlara özgü ruhsal hastalıklar. Klinik Gelişim 2009; 22(4): 80-83.
125. Kısa S, Zeyneloğlu S. Güler N. Üniversite öğrencilerinde premenstrual sendrom görülme sıklığı ve etkileyen faktörler. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2012; 1(4): 284-297.
126. Türkçapar AF, Türkçapar MH. Premenstruel sendrom ve premenstruel disforik bozuklukta tanı ve tedavi: Bir gözden geçirme. Klinik Psikiyatri 2011; 14: 241-253.
127. Ayvaz S, Hocaoglu C, Tiryaki A, AK İ. Trabzon il merkezinde doğum sonrası depresyon sıklığı ve gebelikteki ilişkili demografik risk etmenleri. Türk Psikiyatri Dergisi 2006; 17(4): 243-251.
128. Taşpınar A. Normal Gebelik. İçinde: Kadın Sağlığı. Şirin A, Editörler. 1, İstanbul: Kenan Ofset Matbaası, 2008: 454-470.
129. Kılıçarslan S. Edirne şehir merkezindeki son trimester gebelerin sosyodemografik özellikleri, yaşam kaliteleri, kaygı düzeyleri. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Uzmanlık Tezi, Edirne, (Yrd. Doç. Dr. E. Melih Şahin), 2008.

130. Sevindik F, Oğuzöcül AF. Elazığ İlinde Yaşayan Gebelerde Depresif Semptomlar Prevalansı ve Etkileyen Faktörler. XI. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Denizli 2007.
131. Karataylı S. Gebelerde trimesterler arası depresyon, anksiyete, diğer ruhsal belirtiler ve yaşam kalitesi düzeyleri. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Uzmanlık Tezi, Konya, (Doç. Dr. Ali Savaşçilli), 2007.
132. Arslan B. Gebelerde anksiyete ve depresyonla ilişkili sosyodemografik özellikler. Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Uzmanlık Tezi, Isparta, (Yrd. Doç. Dr. Kurtuluş Öngel), 2010.
133. Bödecs T, Horvath B, Kovacs L, Diffellne NM, Sandor J. Prevalence of depression and anxiety in early pregnancy on a population based Hungarian sample. *Orvosi Hetilap* 2009; 150(41): 1888-1893.
134. Felice E, Saliba J, Grech V, Cox J. Prevalence rates and psychosocial characteristics associated with depression in pregnancy and postpartum in Maltese women. *Journal of Affective Disorders* 2004; 82: 297-301. doi:10.1016/j.jad.2003.11.011.
135. Faisal Cury A, Rossi Menezes P. Prevalance of anxiety and depression during pregnancy in a private setting sample. *Archives of Women's Mental Health* 2007; 10: 25-32. doi: 10.1007/s00737-006-0164-6.
136. Fisher J, Cabral de Mello, Patel V, Rahman A, Tran T, Holton S, Holmes W. Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low-and lower-middle-income countries: a systematic review. *Bull World Health Organ* 2012; 90: 139-149. doi:10.2471/BLT.11.091850.
137. Kocamanoğlu B. Postpartum dönemde görülen ruhsal sorunların sosyodemografik, psikiyatrik ve obstetrik özellikler yönünden değerlendirilmesi. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, Samsun, (Prof. Dr. Ahmet Rifat Şahin), 2008.
138. Aktaş D. Doğum sonu dönemde depresyon görülme durumu ve depresyon gelişmesini etkileyen risk faktörleri. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Prof. Dr. Kafiye Eroğlu, Doç. Dr. Füsün Terzioğlu), 2008.
139. Koyun A, Taşkın L, Terzioğlu F. Yaşam dönemlerine göre kadın sağlığı ve ruhsal işlevler: Hemşirelik yaşamlarının değerlendirilmesi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2011; 3(1): 67-99.
140. Ekuklu G, Tokuc B, Eskiocak M, Berberoğlu U, Saltik A. Prevalance of postpartum depression in Edirne, Turkey and related factors. *The Journal of Reproductive Medicine* 2004; 49(11): 908-914.
141. Nur N, Çetinkaya S, Bakır DA, Demirel Y. Sivas il merkezindeki kadınlarda postnatal depresyon prevalansı ve risk faktörleri. *C.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi* 2004; 26(2): 55-59.
142. Durukan E. Ankara il merkezinde birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuran 2 hafta-18 aylık bebeği olan annelerde postpartum depresyon sıklığı, etkileyen faktörler ve yaşam kalitesi. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara, (Prof. Dr. Mehmet Ali Bumin), 2007.
143. İnandı T, Çınar Elçi Ö, Öztürk A, Eğri M, Polat A, Şahin TK. Risk factors for depression in postnatal first year, in eastern Turkey. *International Journal of Epidemiology* 2002; 31: 1201-1207.

144. Arslan D. Doğum sonu depresyon riski ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Mersin, (Yrd. Doç. Dr. Mine Yurdakul), 2012.
145. Ho-Yen SD, Bondevik GT, Eberhard-Gran M, Bjorvatn B. The prevalence of depressive symptoms in the postnatal period in Lalitpur district, Nepal. *Acta obstetrica et Gynecologica* 2006; 85: 1186-1192. doi: 10.1080/00016340600753158.
146. Green K, Broome H, Mirabella J. Postnatal depression among mothers in the United Arab Emirates; socio-cultural and physical factors. *Psychology, Health&Medicine* 2006; 11(4): 425-431. doi: 10.1080/13548500600678164
147. Luo Y, He GP. Correlative analysis of postpartum depression. *Journal of Central South University. Medical Sciences* 2007; 32(3): 460-465.
148. Şahingöz M. Kadın hastalıkları polikliniğine başvuran menopoza sonrası dönemdeki kadınlarda duygudurum ve anksiyete bozukluklarının yaygınlığı ve ilişkili etkenler. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Uzmanlık Tezi, Konya, (Yrd. Doç. Dr. Faruk Uğuz), 2008.
149. Pacchierotti C, Castrogiovanni A, Cavicchioli C, Luisi S, Morgante G, De Leo V, Petraglia F, Castrogiovanni P. Panic disorder in menopause: a case control study. *Maturitas* 2004; 48: 147-154. doi:10.1016/j.maturitas.2003.08.003.
150. Upkong D, Orji EO. Nijeryada'ki infertil kadınlarda ruh sağlığı. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2006; 17(4): 259-265.
151. Özçelik B, Karamustafalıoğlu O, Özçelik A. İnfertilitenin psikolojik ve psikiyatrik yönü. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2007; 8: 140-148.
152. Kırca N, Pasinlioğlu T. İnfertilite tedavisinde karşılaşılan psikososyal sorunlar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2013; 5(2): 162-178. doi: 10.5455/cap.20130511.
153. Güleç G, Hassa H, Yalçın EG, Yenilmez Ç. Tedaviye başvuran infertil çiftlerde, infertilitenin cinsel işlev ve çift uyumuna etkisinin değerlendirilmesi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2011; 22(3): 166-176. doi: 10.5080 / U6362.
154. Sezgin H, Hocaoglu Ç. İnfertilitenin psikiyatrik yönü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2014; 6(2): 165-184. doi: 10.5455/cap.20131001091415.
155. Noorbala AA, Ramazanzadeh F, Abedinia N, Naghizadeh MM. Psychiatric disorders among infertile and fertile women. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2009; 44(7): 587-591. doi: 10.1007/s00127-008-0467-1.
156. Türkoğlu İ. Şiddet görmüş kadınların kişilik özelliklerinin somatik belirtiler ve depresyon üzerine etkisi. Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Yrd. Doç. Dr. P. Sevdâ Bıkmaz), 2013.
157. Karaboğa I. Şiddete maruz kalan kadınlarda psikolojik belirtiler: kişilik özellikleri ve sosyal destek algısı açısından bir inceleme. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Doç. Dr. Banu Yılmaz), 2013.
158. Ağçay G. Sakarya ilindeki kadınların aile içi şiddete uğrama durumları ve yasal sorumlulukları hakkındaki bilgi düzeyleri. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Prof. Dr. M. Akif İnanıcı, Doç. Dr. Başar Çolak), 2009.

159. Ünal S. Ankara ili Gölbaşı ilçesi 2'nolu sağlık ocağı bölgesinde 15-49 yaş dilimi şiddet gören ve görmeyen kadınlarda beck depresyon ölçeğine göre depresif öge yükü. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Prof. Dr. Ferda Özyurda), 2010.
160. Akyazı S. Kadın sığınmaevinde kalan aile içi şiddete maruz kalmış kadınlarda ruhsal bozukluklar. T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof.Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul, (Uzm. Dr. Abdülkadir Tabo), 2010.
161. Çakır Parmaksızoğlu A. Aile içi şiddete maruz olup boşanma sürecinde bulunan kadınlarda travma sonrası stres belirtileri ve ilişkili özellikler. Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Kocaeli, (Prof. Dr. A.Tamer Aker), 2011.
162. <http://www.tuik.gov.tr/PreTabloArama.do?metod=search&araType=vt> (Erişim Tarihi: 16.03.2016).
163. Naçar M, Baykan Z, Porazoğlu S, Çetinkaya F. Kayseri ilindeki iki sağlık ocağı bölgesinde kadına yönelik aile içi şiddet. TAF Preventive Medicine Bulletin 2009; 8(2): 131-138.
164. Kelleci M, Gölbaşı Z, Erbaş N, Tuğut N. Eş şiddetinin kadınların ruh sağlığına etkileri. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2009; 29(6): 1587-1593.
165. Güler Çetin F. 15-49 yaş evli kadınların ruhsal durumları ve şiddet üzerine bir çalışma. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Yrd. Doç. Dr. Ayşe Yıldız), 2013.
166. Yang MS, Yang MJ, Chang SJ, Chen SC, Ko CY. Intimate partner violence and minor psychiatric morbidity of aboriginal taiwanese women. Public Health Reports 2006; 121(4): 453-459.
167. Deyessa N, Berhane Y, Alem A, Ellsberg M, Emmelin M, Hogberg U, Kullgren G. Intimate partner violence and depression among women in rural Ethiopia: a cross-sectional study. Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health 2009; 5(8): 1-10. doi:10.1186/1745-0179-5-8.
168. Sezgin H. Partneri tarafından şiddet görmüş ve kadın sığınmaevinde barınan kadınların kullandıkları başetme yöntemleri ile algıladıkları sosyal desteğin ruhsal sağlıkları ile ilişkisinin incelenmesi. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Doç. Dr. Nevzat Alkan), 2007.
169. Akpınar O. Aile içi şiddete maruz kalan kadınlarda aile içi şiddetle başa çıkma özyeterliliği. Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi 2013; 4(39): 24-36.
170. Küey L, Cimilli C. Psikiyatrik Epidemiyoloji. İçinde: Psikiyatri Temel Kitabı. Köroğlu E, Güleç C, Editörler. 2, Ankara: MedicoGraphics Matbaası, 2007: 87-102.
171. Kelleci M, Aştı N, Küçük L. Bir sağlık ocağına başvuran kadınların genel sağlık anketine göre ruhsal durumları. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2003; 7(2): 11-14.
172. Şimşek Z, Ak D, Altındağ A, Güneş M. Prevalance and predictors of mental disorders among women in Sanliurfa, southeastern Turkey. Journal of Public Health 2008; 30(4): 487-493. doi:10.1093/pubmed/fdn025.
173. Ghuloum S, Bener A, Abou-Saleh MT. Prevalence of mental disorders in adult population attending primary health care setting in Qatari population. Journal of Pakistan Medical Association 2011; 61: 216-221.

174. Grandes G, Montoya J, Arietaleanizbeaskoa M.S, Arce V, Sanchez A. The burden of mental disorders in primary care. *European Psychiatry* 2011; 26: 428-435. doi:10.1016/j.eurpsy.2010.11.002.
175. Steel Z, Marnane C, Iranpour C, Chey T, Jackson JW, Patel V, Silove D. The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980-2013. *International Journal of Epidemiology* 2014; 1-18. doi: 10.1093/ije/dyu038.
176. Çalıyurt O. Psikiyatride Laboratuvar ve Diğer Tanısal Testler. İçinde: Psikiyatri Temel Kitabı. Köroğlu E, Güleç C, Editörler. 2, Ankara. MedicoGraphics Matbaası, 2007: 72-86.
177. Aydemir Ö. Psikiyatrik Ölçekler. İçinde: Psikiyatri Temel Kitabı. Köroğlu E, Güleç C, Editörler. 2, Ankara. MedicoGraphics Matbaası, 2007: 62-75.
178. Kılınç S, Torun F. Türkiye’de klinikte kullanılan depresyon değerlendirme ölçekleri. *Dirim Tıp Gazetesi* 2011; 86(1): 39-47.
179. Alataş G, Kahiloğulları AK, Yanık M. T.C. Sağlık Bakanlığı Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı(2011-2013). Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayını, 2011.
180. Fidanoğlu O. Evlilik uyumu, mizah tarzı ve kaygı düzeyi arasındaki ilişki. Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Prof. Dr. Betül Aydın), 2006.
181. Güleç G. Aile ve Evlilik. İçinde: Aile Yapısı ve İlişkileri Yenilmez Ç, Editör. 5, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi web-ofset tesisleri, 2014: 62-79.
182. Tüfekçi Hoşgör E. Evli çiftlerin öfke ifade tarzları ile evlilik uyumunun incelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, (Prof. Dr. Ferda Aysan), 2013.
183. Soylu Y, Kağnıcı DY. Evlilik uyumunun empatik eğilim, iletişim ve çatışma çözme stillerine göre yordanması. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi* 2015; 5(43): 44-54.
184. Çelik M, Yazgan İnanç B. Evlilik doyumu ölçeği: Geçerlik ve güvenirlik çalışmaları. *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 2009; 18(2): 247-269.
185. Ertop NG, Altay B. 15-49 yaş arası evli kadınların kullandıkları aile planlaması yönteminin eş uyumuna etkisinin incelenmesi. *Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2012; 14(3): 1-8.
186. Temeloğlu E. Çiftlerden birisi eksen I tanısı almış evli bireylerin evlilik uyumlarının patolojiye dair atıfları, kontrol odakları ve baş etme yolları açısından incelenmesi. Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Yrd. Doç. Dr. Esin Uzun Oğuz), 2014.
187. Işıloğlu B. Anksiyete ve depresyon tanısı ile izlenen evli kadınlarda aile içi şiddetin sosyodemografik faktörler, çift uyumu ve hastalıkla ilişkisi. T.C. Sağlık bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mahzar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2006.
188. Şengül Öner D. Evli bireylerin evlilik çatışması, çatışma çözüm stilleri ve evlilik uyumlarının incelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, (Yrd. Doç. Dr. Zekavet Kabasakal), 2013.

189. Özaydınlık Ş. Evli çiftlerin evlilik uyumu ile kişilik özellikleri ve romantik ilişkilerindeki sosyal ilginin incelenmesi. Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Yrd. Doç. Dr. Azize Nilgün Canel), 2014.
190. Gülererli N. Öğretmenlerin evlilik uyumları ile yaratıcılıkları arasındaki ilişkinin incelenmesi (Beylikdüzü örneği). Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Yrd. Doç. Dr. Mustafa Otrar), 2014.
191. Tutarel Kışlak Ş, Göztepe I. Duygu dışavurumu, empati, depresyon ve evlilik uyumu arasındaki ilişkiler. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2012; 3(2): 27-46.
192. Kahraman Z. Bir evlilik ve aile hayatı eğitim programının evli kadınlarda evlilik uyumuna ve aile sistemine etkisi. Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Prof. Dr. Halil Ekşi), 2011.
193. Bıyıkoglu EB. Evlilik uyumunun mükemmeliyetçilik özellikleri, stresle başa çıkma stratejileri ve cinsiyet açısından incelenmesi. Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Yrd. Doç. Dr. İlke Sine Egeci), 2012.
194. Şendil G, Korkut Y. Evli çiftlerdeki çift uyumu ve evlilik çatışmasının demografik özellikler açısından incelenmesi. Psikoloji Çalışmaları Dergisi 2012; 28: 15-34.
195. Erbek E, Beştepe E, Akar H, Alpkan L, Eradaamlar N. Cinsellik ve çift uyumu arasındaki ilişki: Üç grup evli çiftte karşılaştırmalı bir çalışma. Düşünen Adam 2005; 18(2): 72-81.
196. Beştepe E, Erbek E, Saatçioğlu Ö, Akar Özmen H, Eradaamlar N. Psikiyatrik yardım talebi olan, olmayan ve boşanma aşamasındaki çiftler arasında cinsiyet yönünden uyum, problem çözme becerisi, boyun eğici davranış ve öfke tutumunun karşılaştırılması. Nöropsikiyatri Arşivi 2010; 47: 15-22.
197. Akar H. Psikiyatrik yardım talebi olanlar ile yardım talebi olmayan ve boşanma aşamasında olan çiftlerde; çift uyumu ve kişilik özellikleri arasındaki ilişkinin karşılaştırılması. T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi 12. Psikiyatri Birimi, Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2005.
198. Lafcı P. Evli bireylerin aşka ilişkin tutumları ile evlilik uyumları arasındaki ilişkinin incelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, (Yrd. Doç. Dr. Şüheda Özben), 2014.
199. Demiray Ö. Evlilikte uyumun demografik özelliklere göre incelenmesi. Dicle Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Diyarbakır, (Prof. Dr. Remzi Oto), 2006.
200. Özbey S. Ebeveynlerin evlilik uyumu ve algıladıkları sosyal destek ile altı yaş çocukların problem davranışları arasındaki ilişkinin incelenmesi. Kastamonu Eğitim Dergisi 2012; 20(1): 43-62.
201. Yüksel Ö. Kadınlarda evlilik uyumu ve psikolojik belirtiler arasındaki ilişki: Stresle baş etme biçimleri ve toplumsal cinsiyet rolü tutumlarının aracı rolleri. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Prof. Dr. İhsan Dağ), 2013.
202. Yalçın H. Evlilik uyumu ile sosyodemografik özellikler arasındaki ilişki. Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi 2014; 3(1): 250-261.

203. Erdoğan S. Evlilik uyumu ile psikiyatrik hastalıklar, bağlanma stilleri ve mizaç ve karakter özellikleri arasındaki ilişkilerin incelenmesi. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Uzmanlık Tezi, Ankara, (Doç. Dr. Aslı Çepik Kuruoğlu), 2007.
204. Erbek E, Beştepe E, Akar H, Eradamlar N, Alpkan L. Evlilik uyumu. Düşünen Adam 2005; 18(1): 39-47
205. Düzgün G. Evli kişilerde depresyon, ilişkiye ilişkin inanç, kendini ayarlama düzeyinin evlilik uyumu ile ilişkisi. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Doç. Dr. Şennur Tutarel Kışlak), 2009.
206. Çakmak Tolan Ö. Evlilik uyumunun kişilik özellikleri, ilişkiye dair inançlar ve çatışma çözüm stilleri bağlamında yordanması (Diyarbakır ili örneği). İnönü Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Malatya, (Prof. Dr. Mustafa Kılıç), 2015.
207. Ayseçkin Yılmaz C, Eryılmaz HY. Kadın Cinsel Fonksiyon Sorgulama İndeksinin (IFSFI) Geçerlilik-Güvenilirlik Çalışması. Androloji Bülteni 2004; 18: 275-276.
208. Özerdoğan N, Sayiner FD, Köşgeroğlu N, Ünsal A. 40-65 yaş grubu kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu prevalansı, depresyon ve diğer ilişkili faktörler. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi 2009; 2(2): 46-59.
209. Demirtaş B, Pınar G. Determination of sexual problems of Turkish patients receiving gynecologic cancer treatment: a cross-sectionanal study. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention 2014;15:6657-6663. doi: 10.7314/APJCP.2014.15.16.6657.
210. Akkuzu G, Ayhan A. Sexual functions of Turkish women with gynecologic cancer during the chemotherapy process. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention 2013; 14: 3561-3564. doi: 10.7314/APJCP.2013.14.6.3561.
211. Koyun A. Gebelikte cinsel fonksiyonların değerlendirilmesi. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2012; 3(3): 170-175.
212. Gölbaşı Z, Tuğut N, Şentürk Erenel A, Eroğlu K. Jinekoloji polikliniğine başvuran evli kadınlarda cinsel işlev bozukluğu yaygınlığı ve ilişkili bazı faktörler. Cumhuriyet Tıp Dergisi 2014; 36: 1-10. doi: 10.7197/1305-0028.2434.
213. Erol B, Tefekli A, Özbey İ, Salman F, Dinçay N, Kadioğlu A, Tellaloğlu S. Sexual dysfunction in type II diabetic females: a comparative study. Journal of Sex&Marital Therapy 2002; 28:55-62. doi: 10.1080/00926230252851195.
214. Erol B, Şanlı Ö, Korkmaz D, Seyhan A, Akman T, Kadioğlu A. A cross-sectional study of female sexual function and dysfunction during pregnancy. J Sex Med 2007; 4: 1381-1387. doi: 10.1111/j.1743-6109.2007.00559.x.
215. Aydemir Ö. Psikiyatride Değerlendirme Araçları: Özellikleri, Türleri, Kullanımı. İçinde: Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler. Aydemir Ö, Köroğlu E, Editörler. 3., Ankara: MedicoGraphics Matbaası, 2007: 21-385.
216. Tutarel Kışlak Ş. Evlilikte uyum ölçeğinin (EUÖ) güvenirlik ve geçerlik çalışması. 3P Psikoloji, Psikiyatri ve Psikofarmakoloji Dergisi 1999;7(1):50-57.

217. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Kalkınma Bakanlığı, T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Bilimsel ve Teknolojik Araştırma Kurumu (TÜBİTAK). 2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Ankara: Elma Teknik Basım Matbaacılık Ltd.Şti., 2014: 17-192.
218. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Kalkınma Bakanlığı, TÜBİTAK. 2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması İleri Analiz Çalışması Sonuçları Toplantısı. Türkiye Aile Yapısının Değişimi: 1968-2013. Ankara. 10 Eylül 2015.
219. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye 2012. Ankara. 2014.
220. Yılmaz A. 15-49 Yaş grubu kadınların evlilik uyumları ve toplumsal baskı yaşama durumları arasındaki ilişki. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Samsun, (Yrd. Doç. Dr. İlknur Aydın Avcı), 2009.
221. Taysi E. Evlilikte bağışlama: Evlilik uyumu ve yüklemelerin rolü. Türk Psikoloji Dergisi 2010; 25(65): 40-52.
222. Güvel S, Yaycıoğlu Ö, Bağış T, Savaş N, Bulgan E, Özkardeş H. Evli kadınlarda cinsel fonksiyonlara etkin faktörler. Türk Üroloji Dergisi 2013; 29(1): 43-48.
223. Demir Ö, Parlakay N, Gök G, Esen AA. Hastane çalışanı bayanlarda cinsel işlev bozukluğu. Türk Üroloji Dergisi 2007; 33(2): 156-160.
224. Oniz A, Keskinoglu P, Bezircioglu I. The prevalence and causes of sexual problems among premenopausal Turkish women. J Sex Med 2007; 4(6): 1575-1581.
225. Baldwin DS. Depression and sexual dysfunction. British Medical Bulletin 2001; 57: 81-99.
226. Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, Ferguson D, D'Agostino R. The female sexual function index (FSFI): A multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. Journal of Sex&Marital Therapy 2000; 26: 191-208.doi: 10.1080/009262300278597.
227. Dilek E. Diyabetli kadınlarda cinsel işlev bozukluğunun incelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, (Prof. Dr. Ayfer Karadakovan), 2007.
228. Kadri N, McHichi Alami KH, McHakra Tahiri S. Sexual dysfunction in women: population based epidemiological study. Arch Womens Ment Health 2002; 5: 59-63. doi : 10.1007/s00737-002-0141-7.
229. Bayoğlu Tekin Y, Mete Ural Ü, Üstüner I, Balık G, Güvendağ Güven ES. Evaluation of female sexual function index and associated factors among married women in north eastern black sea region of Turkey. J.Türk Soc Obstet Gynecol 2014; 3: 153-158. doi: 10.4274/tjod.43815.
230. Temel S. Geri çekme yöntemi ile korunan çiftlerin cinsel fonksiyonlarının değerlendirilmesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Yrd. Doç. Dr. Hatice Yıldız), 2012.
231. Mert DG, Erberk Özen N. Genel psikiyatri polikliniğine başvuran kadın hastalarda cinsel işlev bozukluğu ve ilişkili sosyokültürel parametrelerin değerlendirilmesi. Klinik Psikiyatri 2011; 14: 85-93.

232. Kudiaki Ç. Cinsel doyum ve evlilik uyumu arasındaki ilişki. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Doç. Dr. Ceylan Tuğrul Daş), 2002.
233. Çağ P, Yıldırım İ. Evlilik doyumunu yordayan ilişkisel ve kişisel değişkenler. Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi 2013; 4(39): 13-23.
234. Kıray Vural B, Bayık Temel A. Cinsel doyumun yordanmasında bazı faktörlerin incelenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2010; 13(1): 24-34.
235. Şafak Öztürk C, Arkar H. Evli çiftlerde evlilik uyumu ve cinsel doyum arasındaki ilişkiler. Literatür Sempozyum 2014; 1(3): 16-24.
236. Kankaya D. Evli bireylerde aldatma eğilimi ve cinsel yaşantılar. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Yrd. Doç. Dr. Samuray Özdemir), 2015.
237. Uzel A. Evlilik ilişkisi içerisinde çiftler arasında cinsel doyumun, evlilik uyumu ve benlik saygısı üzerindeki etkilerinin incelenmesi. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Prof. Dr. Kerem Doksat), 2015.
238. Metz ME, Epstein N. Assessing the role of relationship conflict in sexual dysfunction. Journal Of Sex & Marital Therapy 2002; 28: 139-164. doi: 10.1080/00926230252851889.
239. Kadioğlu H, Ergün A, Yıldız A. Screening of mental health problems with GHQ-28 in a sample of Turkish community dwelling adult people. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2013; 3(3): 115-120. doi: 10.5455/musbed.20130703085152.
240. Duran B, Sanders M, Skipper B, Waitzkin H, Malcoe LH, Paine S, Yager J. Prevalence and correlates of mental disorders among native American women in primary care. American Journal of Public Health 2004; 94(1): 71-77.
241. Graaf R, Have M, Gool C, Dorsselaer S. Prevalance of mental disorders and trends from 1996 to 2009. Results from the Netherlands mental health survey and incidence study-2. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2012; 47: 203-213. doi: 10.1007/s00127-010-0334-8.
242. Karabilgin ÖS. Balatçık sağlık ocağı bölgesinde 15-49 yaş kadınlarda depresyon prevalansı ve WHOQOL-BREF ölçeği ile yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İzmir, (Doç. Dr. Aliye Mandıracıoğlu), 2001.
243. Çilli AŞ, Kaya N, Bodur S, Özkan İ, Kucur R. Ev kadınlarında ve çalışan evli kadınlarda psikolojik belirtilerin karşılaştırılması. Genel Tıp Dergisi 2004; 14(1): 1-5.
244. Bilgili Aykut ÜN. Yunus Emre Sağlık Ocağı bölgesinde kadınlarda bazı ruh sağlığı sorunlarının prevalansı ve kadına yönelik aile şiddetin buna etkisinin saptanması. Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara, (Doç. Dr. Şevkat Bahar Özvarış), 2005.
245. Oğuz HD. İnfertilite tedavisi gören kadınlarda infertilitenin ruh sağlığına, evlilik ilişkileri ve cinsel yaşama etkileri. Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi 12. Psikiyatri Birimi, Uzmanlık Tezi, İstanbul, (Uzm. Dr. Latif R. Alpan), 2004.

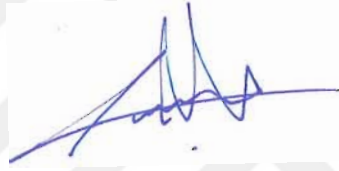
246. Rich JL, Byrne JM, Curryer C, Byles JE, Loxton D. Prevalence and correlates of depression among Australian women: a systematic literature review, January1999-January 2010. BMC Research Notes 2013; 6: 424-439.
247. Yüksel Ö, Dağ İ. Kadınlarda evlilik uyumu ve psikolojik belirtiler arasındaki ilişki: Stresle baş etme biçimleri ve toplumsal cinsiyet rolü tutumlarının aracı rolleri. Türk Psikiyatri Dergisi 2015; 26(3): 181-188.



BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.



Tezi Hazırlayan

Banu ASLAN YILMAZ



Danışman

Doç. Dr. Yonca SÖNMEZ

EKLER

Ek 1. Özgeçmiş

Ek 2. Anket Soruları

Ek 3. Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi

Ek 4. Genel Sağlık Anketi

Ek 5. Evlilik Uyum Ölçeği

Ek 6. Etik Kurul İzni

Ek 7. Isparta Valiliği İl Mahalli İdareler Müdürlüğü ve Isparta İl Emniyet
Müdürlüğü İzin Yazıları

Ek 8. Ölçek Kullanma İzinleri

Ek 9. Anket Geri Bildirim Örnekleri

Ek 10. Araştırma Yerinin Fotoğrafları

Ek 1. Özgeçmiş

Kişisel Bilgiler

Adı : Banu	Soyadı : ASLAN YILMAZ
Doğum Yeri : Isparta	Doğum Tarihi : 21.03.1978
Uyruğu : TC	Tel : 0 554 588 95 18
Email : banuaslan@sdu.edu.tr	

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurum	Mezuniyet Yılı
Doktora		
Yüksek Lisans	SDÜ Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD	18.07.2002
Lisans	SDÜ Sağlık Yüksekokulu Ebelik Bölümü	15.07.1999
Lise	Isparta Sağlık Meslek Lisesi	09.06.1995

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre(Yıl-Yıl)
Ebe	Isparta Sağlık Meslek Lisesinde Eğitim Hemşiresi	1996
Ebe	SDÜ Araştırma ve Uygulama Hastanesi Kadın Doğum ve Pediatri Servisleri	1997-98
Ebe	SDÜ Araştırma ve Uygulama Hastanesi Genel Cerrahi Servisi	1998-00

Okutman	SDÜ Isparta Sağlık Yüksekokulu	2000
Öğretim Görevlisi	SDÜ Sağlık Yüksekokulu/ Sağlık Bilimleri Fakültesi	2001-.....

Yabancı Dili	KPDS/ÜDS Puanı	Diğer Puanı
İngilizce	63,750	

Yüksek Lisans Tezi :

Yenice Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan 20-50 Yaş Arası Kadınların Hipertansiyonla İlgili Bilgi, Tutum, Davranışları ve Hipertansiyon Prevalansları, Eğitimin Hipertansiyon Prevalansına Etkisi.

AKADEMİK FAALİYETLER

Alanında Uluslararası Bilimsel Nitelikli Ödül

1. Mansiyon Ödülü:_Aslan B, Kışioğlu AN, Öztürk M, Kırbıyık S. Isparta'nın bir kenar semtinde (meskun) 20-50 yaş kadınlarda hipertansiyon prevalansı ve sağlık eğitiminin bu prevalansa etkisi. 3. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi. 20-23.04.2003. Sheraton Hotel, Ankara. 193.

SCI ve SSCI tarafından taranan dergilerde yayımlanan teknik not, editöre mektup, tartışma, vaka takdimi ve özet türünden yayınlar dışındaki makale

1. Kışioğlu AN., Aslan B., Öztürk M., Aykut M., İlhan I. Improving Control of High Blood Pressure among Middle-aged Turkish Women of Low Socio- economic Status through Public Health Training. Croatian Medical Journal (CMJ). 45(4):477-482,2004.

Ulusal Toplantıda Sunularak Özet Metin Olarak Yayımlanan Bildiri

1. Çakmak A, Özkahraman Ş, Şen S, Aslan B, Öztürk M. Sağlık çalışanlarının Hepatit-B ile ilgili bilgi tutum ve davranışları. Sağlık Çalışanlarının Sağlığı 1. Ulusal Kongresi. 26-28.11.1999; Ankara. 165.
2. Öztürk M, Aslan B, Güleç Y, Kişioğlu A.N. 1999 yılında Isparta Doğumevi'nde gerçekleşen normal ve müdahaleli doğumların karşılaştırılması.1. Ulusal Ana - Çocuk Sağlığı Kongresi.29-31.03.2001, Ankara. 294.
3. Özbaş S., Orhan H., Kavak G., Aslan B., Kaleli N. Isparta İlindeki 15-49 Yaş Arası Kadınların Kullandıkları Aile Planlaması Yöntemleri. 1. Ulusal Ebelik Kongresi. 20-22.06.2007, İstanbul. 64.
4. Aslan B, Zengin E, Kişioğlu AN, Uskun E, Pamuk A, Ongun G. Süleyman Demirel Üniversitesi Isparta Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinde depresyon sıklığını etkileyen faktörler XI. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi 23-26.10.2007, Denizli.
5. Aslan B., Kişioğlu A.N., Mungan M.T., Çırağan G., Koçhisarnazık Y., Akgün M., Oral H.B., İnfertil ve Fertil Kadınlarda Depresyon, Çift Uyumu ve Cinsel Fonksiyonunun Karşılaştırılması. Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi, 2009;6.

Uluslararası Toplantıda Sunularak Özet Metin Olarak Yayımlanan Bildiri

1. Öztürk M, Güleç Y, Aslan B, Çetin H. Isparta'da prematüre ve gestasyon yaşına göre düşük doğum ağırlıklı doğum sıklığı. 44. Milli Pediatri Kongresi İki binli Yıllarda Çocuk Sağlığı 1. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi, 1. Pediatri Asistanları Toplantısı Özet Kitabı (Uluslararası katılımlı) 04-08.09.2000, Bursa. 206.
2. Öztürk M, Aslan B, Güleç Y, Örmeci A.R. 1999 yılında Isparta Doğum ve Çocuk Hastanesi, yenidoğan servisine yatan bebeklerin özelliklerinin tanımlanması. 44. Milli Pediatri Kongresi İki binli Yıllarda Çocuk Sağlığı 1. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi, 1. Pediatri Asistanları Toplantısı Özet Kitabı (Uluslararası katılımlı). 04-08.09.2000, Bursa. 207.

3. Kişioğlu A.N., Aslan B, Öztürk M. Yenice Sağlık Ocağı bölgesi 20-50 yaş kadınlara yapılan eğitimin obezite ile ilgili bilgi, tutum ve davranışlara etkisi.3. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi. 20-23.04.2003. Sheraton Hotel, Ankara. 193.

4. Aslan B, Kişioğlu A.N., Öztürk M, Kırbıyık S. Isparta'nın bir kenar semtinde (meskun) 20-50 yaş kadınlarda hipertansiyon prevalansı ve sağlık eğitiminin bu prevalansa etkisi. 3. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi. 20-23.04.2003. Sheraton Hotel, Ankara.193. (Mansiyon ödülü aldı.)

Proje

1. Isparta Valiliği-Halk Eğitim Merkezi ve Akşam Sanat Okulu Müdürlüğü'nün açmış olduğu 'Yaşlılara Bakım ve Refakatçi Sağlama' kursunda öğretici olarak.

Ek 2. Anket Soruları

Aşağıda yer alan sorular Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalında yapılacak olan bir doktora tezi için sorulacaktır. Bilimsel nitelikli olarak kullanılacaktır. Veriler kişisel düzeyde değil topluca değerlendirilecektir. Ad-soyad istenmemektedir. Bilgiler kesinlikle gizli kalacaktır. Sorular kapalı zarf usulü dağıtılıp bir kutu içinde toplanacaktır. Araştırmadan doğru sonuçlar elde edebilmek için samimiyetle cevap vermeniz önemle rica olunur. Anlayışınız ve sabrınız için teşekkür ederim.

SOSYODEMOGRAFİK DURUM İLE İLGİLİ SORULAR

1. Kaç yaşındasınız?.....

2. Eğitim durumunuz nedir?

- 1) Okuma-yazma yok 2) Sadece okuryazar 3) İlkokul mezunu
4) Ortaokul mezunu 5) Lise mezunu 6) Üniversite ve üstü eğitimi

3. Aile tipi?

- 1) Çekirdek aile (Sadece siz, eşiniz ve çocuklarınız)
2) Geniş aile (Siz, eşiniz, çocuklarınız, sizin ya da eşinizin aile fertlerinden biri/birileri)

4. Herhangi bir işte çalışıyor musunuz?

- 1) Ev hanımı
2) Çalışmıyor, iş arıyor
3) Evde gelir getiren bir iş yapıyor (dikiş, nakış vb.)
4) Düzensiz işler (evlere temizliğe gitme, çocuk ve/veya yaşlı bakımı vb.)
5) Memur
6) Esnaf
7) İşçi
8) Emekli
9) Diğer.....

5. Ekonomik durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?

1) İyi

2) Orta

3) Kötü

6. Herhangi bir sağlık güvenceniz var mı?

1) Evet

2) Hayır

JİNEKOLOJİK DURUM İLE İLGİLİ SORULAR

7. Toplam kaç kez gebe kaldınız?

8. Canlı doğum sayısı ?

9. Kendiliğinden düşük sayısı?

10. İsteyerek düşük sayısı?

11. Ölü doğum sayısı?

12. Yaşayan çocuk sayısı?

13. Çocuk sahibi olmak istediğiniz halde çocuk sahibi olmakla ilgili bir sorun yaşıyor musunuz?

1) Evet (14. soruya geçiniz)

2) Hayır (17. soruya geçiniz)

14. Kaç yıldır çocuk sahibi olamıyorsunuz?

15. Bu konu ile ilgili doktora başvurduunuz mu?

1) Evet

2) Hayır

16. Çocuğunuzun olmaması kimden kaynaklanıyor?

1) Kendim

2) Eşim

3) Her ikimizden

4) Nedeni bilinmiyor

17. Adet görüyor musunuz?

1) Evet (19. soruya geçiniz)

2) Hayır (18. soruya geçiniz)

18. Ne kadar süredir adet görmüyorsunuz?

19. Yakın zamanda çocuk sahibi olmayı istiyor musunuz?

1) Evet

2) Hayır

20. Aile planlaması yöntemi kullanıyor musunuz?

1) Evet (21. soruya geçiniz)

2) Hayır (22. soruya geçiniz)

21. Hangi aile planlaması yöntemini kullanıyorsunuz?

- 1) Oral kontraseptif (doğum kontrol hapı)**
- 2) RİA (spiral, tel)**
- 3) Hormonal Enjeksiyon (hormon iğnesi)**
- 4) Prezervatif (kılıf)**
- 5) Kadın kondomu**
- 6) Diyafram**
- 7) Geri çekme yöntemi**
- 8) Takvim yöntemi**
- 9) Diğer.....**

SAĞLIK DURUMU İLE İLGİLİ SORULAR

22. Doktor tarafından teşhis edilmiş herhangi bir kronik hastalığınız var mı?

1) Evet (23. soruya geçiniz)

2) Hayır (24. soruya geçiniz)

23. Ne tür bir hastalığınız var?

- 1) Kalp-damar hast.**
- 2) Solunum sistemi hast.**
- 3) Sindirim sistemi hast.**
- 4) Üriner sistem hast.**
- 5) Endokrin sistem hast.**
- 6) Sinir sistemi hast.**
- 7) Üreme sistemi hast.**
- 8) Hematolojik hast.**
- 9) Psikiyatrik hast.....**
- 10) Diğer.....**

24. Eşinizin doktor tarafından tanı konulmuş herhangi bir kronik hastalığı var mı?

1) Evet (25. soruya geçiniz)

2) Hayır (26. soruya geçiniz)

25. Ne tür bir hastalığı var ?

- 1) Kalp-damar hast. 2) Solunum sistemi hast. 3) Sindirim sistemi hast.
4) Üriner sistem hast. 5) Endokrin sistem hast. 6) Sinir sistemi hast.
7) Üreme sistemi hast. 8) Hematolojik hast. 9) Psikiyatrik hast.
10) Diğer.....

**26. Çocuğunuz veya çocuklarınız varsa herhangi bir kronik rahatsızlığı var mı?
(Çocuğunuz yoksa 29. soruya geçiniz)**

- 1) Evet (27. soruya geçiniz) 2) Hayır (28. soruya geçiniz)

27. Ne tür bir hastalığı var ?

- 1) Kalp-damar hast. 2) Solunum sistemi hast. 3) Sindirim sistemi hast.
4) Üriner sistem hast. 5) Endokrin sistem hast. 6) Sinir sistemi hast.
7) Üreme sistemi hast. 8) Hematolojik hast. 9) Psikiyatrik hast.
10) Diğer.....

28. Çocuğunuzun ya da çocuklarınızın herhangi bir özür durumu var mı?

- 1) Evet 2) Hayır

29. Sizin herhangi bir özür durumunuz var mı?

- 1) Evet (30. soruya geçiniz) 2) Hayır (31. soruya geçiniz)

30. Özür durumunuz nedir?.....

31. Sigara içiyor musunuz?

- 1) Her gün en az bir tane (32. soruya geçiniz)
2) Her gün olmasa da ara sıra içiyorum (32. soruya geçiniz)
3) Hayır içmiyorum (33. soruya geçiniz)

32. Günde kaç paket sigara içiyorsunuz?

- 1) Yarım paket ve daha az (10 adet ve daha az)
- 2) Yarım-1 paket arası (11-20 adet arası)
- 3) 1-1,5 paket arası (21-30 adet arası)
- 4) 1,5-2 paket arası (31-40 adet arası)
- 5) 2 paket ve üstü (41 adetten daha fazla)

33. Uyku durumunuz nasıldır?

- 1) Düzenli
- 2) Ara sıra düzensiz
- 3) Çoğu zaman düzensiz

EVLİLİK İLE İLGİLİ SORULAR

34. Eşinizle kaç yıldır evlisiniz?

35. Eşinizle aranızdaki yaş farkı nedir?

36. Eşinizle nasıl evlendiniz?

- 1) Kendimiz tanışarak
- 2) Görücü usulü/ isteyerek
- 3) Görücü usulü/istemedi
- 4) Mecburiyet nedeni ile

37. Evliliğiniz nasıl değerlendiriyorsunuz?

- 1) Çok mutlu
- 2) Mutlu
- 3) Orta derecede
- 4) Kötü
- 5) Çok kötü

38. Eşinizle sorun yaşıyor musunuz?

- 1) Evet (39. soruya geçiniz)
- 2) Hayır (40. soruya geçiniz)

39. Eşinizle sorun/sorunlarınızın kaynağı genellikle ne ya da kimdir? (birden çok seçenek işaretleyebilirsiniz)

- 1) İkimizden kaynaklanan sorunlar
- 2) Eşimden kaynaklanan sorunlar
- 3) Benden kaynaklanan sorunlar
- 4) Benim ailemden kaynaklanan sorunlar
- 5) Eşimin ailesinden kaynaklanan sorunlar
- 6) Maddi sorunlar
- 7) Diğer.....

40. Bu evliliğiniz kaçınıcı evliliğiniz?

- 1) Birinci 2) İkinci 3) Üçüncü ve üstü

41. Evliliğinizde eşinizden şiddet (fiziksel, psikolojik, cinsel ve ekonomik) görüyor musunuz?

- 1) Evet (42. soruya geçiniz) 2) Hayır (51. soruya geçiniz)

42. Ne sıklıkla şiddet görüyorsunuz?

- 1) Ara sıra 2) Oldukça sık 3) Sürekli

43. Fiziksel şiddet (vurma, tokat atma, itme, kol bükme, yaralama vb.) görüyor musunuz?

- 1) Evet (44. soruya geçiniz) 2) Hayır (45. soruya geçiniz)

44. Ne sıklıkla fiziksel şiddet görüyorsunuz?

- 1) Çok nadir 2) Ara sıra 3) Oldukça sık

45. Psikolojik/duygusal/sözel şiddet (aşağılama, dalga geçme, karar verme hakkını elinden alma, kişisel gelişimine engel olma, ailesiyle/arkadaşlarıyla konuşma hakkını elinden alma vb.) şiddet görüyor musunuz?

- 1) Evet (46. soruya geçiniz) 2) Hayır (47. soruya geçiniz)

46. Ne sıklıkla psikolojik/duygusal/sözel şiddet görüyorsunuz?

- 1) Çok nadir 2) Ara sıra 3) Oldukça sık

47. Cinsel şiddet (zorla birliktelik vb.) görüyor musunuz?

- 1) Evet (48. soruya geçiniz) 2) Hayır (49. soruya geçiniz)

48. Ne sıklıkla cinsel şiddet görüyorsunuz?

- 1) Çok nadir 2) Ara sıra 3) Oldukça sık

49. Ekonomik şiddet (zorla çalıştırma, çalışmaktan alıkoyma vb.) görüyor musunuz?

- 1) Evet (50. soruya geçiniz) 2) Hayır (51. soruya geçiniz)

50. Ne sıklıkla ekonomik şiddet görüyorsunuz?

- 1) Çok nadir 2) Ara sıra 3) Oldukça sık

51. Evde kararlar ortak mı alınır?

- 1) Her zaman birlikte karar alırız.
2) Bazen benim dediklerim olur.
3) Her zaman eşimin dedikleri olur.
4) Her zaman benim dediklerim olur.

EŞİNİZLE İLGİLİ SORULAR

52. Eşinizin eğitim durumu nedir?

- 1) Okuma-yazma yok 2) Sadece okuryazar 3) İlkokul mezunu
4) Ortaokul mezunu 5) Lise mezunu 6) Üniversite ve üstü eğitimi

53. Eşinizin mesleği nedir?

- 1) İşsiz 2) Evde gelir getiren bir iş yapıyor
3) Düzensiz işler (inşaat işleri, pazarcılık vb.) 4) Memur 5) Esnaf
6) İşçi 7) Emekli 8) Diğer.....

54. Eşinizin aile düzeninizi bozacak düzeyde alkol alışkanlığı var mı?

- 1) Evet 2) Hayır

CİNSELLİK İLE İLGİLİ SORULAR

55. Cinsellik ile ilgili bilginiz var mı?

- 1) Evet (56. soruya geçiniz) 2) Hayır (57. soruya geçiniz)

56. Cinsellik ile ilgili bilgilerinizi hangi kaynaktan öğrendiniz? (birden çok seçenek işaretleyebilirsiniz)

- 1) Eş 2) Aile 3) Arkadaş 4) TV 5) İnternet
6) Kitap/Dergi 7) Okul/Dersler 8) Diğer.....

57. Eşinizle aranızda cinsellikle ilgili bir sorun olduğunu düşünüyor musunuz?

- 1) Evet (58. soruya geçiniz) 2) Hayır (61. soruya geçiniz)

58. Cinsellikle ilgili bir sorunuz olduğunda yardım alıyor musunuz?

- 1) Evet (59. soruya geçiniz) 2) Hayır (61. soruya geçiniz)

59. Bu yardımın kaynağı nedir? (birden çok seçenek işaretleyebilirsiniz)

- 1) Doktor 2) Psikolog 3) Aile 4) Arkadaş
5) Kardeş 6) İnternet 7) Diğer.....

60. Eşinizle birlikte mi destek alıyorsunuz?

- 1) Evet 2) Hayır

61. Doktor tarafından teşhis edilmiş bir cinsel sorunuz var mı?

- 1) Evet (62. soruya geçiniz) 2) Hayır (63. soruya geçiniz)

62. Teşhis edilen bu sorunuz nedir?.....

63. Eşinizin doktor tarafından teşhis edilmiş bir cinsel sorunu var mı?

- 1) Evet (64. soruya geçiniz) 2) Hayır (65. soruya geçiniz)

64. Eşinizin teşhis edilen bu sorunu nedir?.....

65. Eşinizle aranızdaki cinsel hayatı nasıl değerlendiriyorsunuz?

- 1) Mükemmel bir cinsel hayatımız var.
2) İyi bir cinsel hayatımız var.
3) Orta derecede nitelendirebilirim.
4) Eşimle cinsel hayatımın kötü olduğunu düşünüyorum.
5) Çok kötü bir cinsel hayatımız var.

66. Evlenmeden önce ailenizin cinsel konulara karşı tutumu nasıldı?

- 1) Bu konularda asla konuşmazdık/konuşamazdık.
2) Ailemle ancak bazı konuları konuşabilirdik.
3) Ailemle rahatlıkla her türlü konuyu konuşabiliyorduk.

GEÇMİŞ YAŞANTINIZ İLE İLGİLİ SORULAR

67. Çocukluğunuzu kimin/kimlerin yanında geçirdiniz?

- 1) Anne, baba ve kardeş ortamında
- 2) Tek anne ya da baba yanında (anne ve baba ayrı)
- 3) Tek anne ve varsa kardeşler yanında (baba vefat)
- 4) Tek baba ve varsa kardeşler yanında (anne vefat)
- 5) Kardeş/kardeşlerle birlikte (baba ve anne vefat)
- 6) Akrabalarımın yanında (baba ve anne vefat)
- 7) Çocuk yuvası/yurtta
- 8) Diğer.....

68. Çocukluğunuzda şiddet görüyor muydunuz?

- 1) Evet (69. soruya geçiniz)
- 2) Hayır (71. soruya geçiniz)

69. Ne tür şiddet görüyordunuz?

- 1) Fiziksel şiddet (vurma, tokat atma, itme, kol bükme, yaralama vb.)
- 2) Psikolojik/duygusal/sözel şiddet (aşağılama, dalga geçme, karar verme hakkını elinden alma, kişisel gelişimine engel olma, arkadaşlarıyla konuşma hakkını elinden alma vb.)
- 3) Cinsel şiddet (mahrem yerlerine dokunma, taciz, tecavüz vb.)
- 4) Ekonomik şiddet (zorla çalıştırılma)

70. Gördüğünüz şiddetin sıklığı nedir?

- 1) Çok nadir
- 2) Ara sıra
- 3) Oldukça sık

71. Çocukluğunuzda başınıza gelen sizi derinden etkileyen bir olayla karşılaştınız mı?

- 1) Evet
- 2) Hayır

RUHSAL DURUMUNUZ İLE İLGİLİ SORULAR

72. Ruhsal sorunlarınız olduğunu düşünüyor musunuz?

- 1) Evet (73. soruya geçiniz)
- 2) Hayır (74. soruya geçiniz)

73. Tıbbi bir yardım almayı düşünüyor musunuz?

- 1) Yardım almam çünkü yanlış anlaşılacağımdan korkarım
- 2) Kararsızım
- 3) Yardım almakta bir sakınca görmüyorum

74. Doktor tarafından teşhis edilmiş bir ruhsal sorunuz var mı?

- 1) Evet (75. soruya geçiniz)
- 2) Hayır (76. soruya geçiniz)

75. Teşhis edilen bu sorunuz nedir?.....

76. Eşinizin doktor tarafından teşhis edilmiş bir ruhsal sorunu var mı?

- 1) Evet
- 2) Hayır

77. Anne/Baba/Kardeşlerinizden birinde teşhis edilmiş bir ruhsal sorunu olan var mı?

- 1) Evet
- 2) Hayır

78. Son bir ay içerisinde sizi derinden etkileyen bir olay yaşadınız mı?

- 1) Evet
- 2) Hayır

79. Genel olarak gelecek ile ilgili kaygılarınız var mı?

- 1) Evet
- 2) Hayır

TEŞEKKÜR EDERİM

Ek 3. Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi

(Index of Female Sexual Function-IFSF)

1. Son 4 hafta içinde eşinizle cinsel birleşme sırasında ne sıklıkla rahatsızlık yaşadınız?

- a) Cinsel birleşme girişiminde bulunmadım. (0 puan)
- b) Hemen her zaman ya da her zaman. (1 puan)
- c) Çoğu zaman (yarıdan çok daha fazlasında). (2 puan)
- d) Bazen (yaklaşık yarısında). (3 puan)
- e) Birkaç kere (yarıdan çok daha azında). (4 puan)
- f) Hemen hemen hiç. (5 puan)

2. Son 4 hafta içinde eşinizle cinsel birleşme sırasında ne sıklıkla vajinal kuruluştan yakındınız?

- a) Cinsel birleşme girişiminde bulunmadım. (0 puan)
- b) Hemen her zaman ya da her zaman. (1 puan)
- c) Çoğu zaman (yarıdan çok daha fazlasında). (2 puan)
- d) Bazen (yaklaşık yarısında). (3 puan)
- e) Birkaç kere (yarıdan çok daha azında). (4 puan)
- f) Hemen hemen hiç. (5 puan)

3. Son 4 hafta içinde ne sıklıkla cinsel birleşme girişiminde bulundunuz?

- a) 0 (0 puan)
- b) 1-2 (1 puan)
- c) 3-4 (2 puan)
- d) 5-6 (3 puan)
- e) 7-10 (4 puan)
- f) 11+ (5 puan)

4. Son 4 hafta içinde ne sıklıkla cinsel istek duydunuz?

- a) Neredeyse hiç ya da hiç (1 puan)
- b) Birkaç kere (yarısından çok daha azında) (2 puan)
- c) Bazen (yaklaşık yarısında) (3 puan)
- d) Çoğu zaman (yarıdan çok daha fazlasında) (4 puan)
- e) Hemen hemen her zaman ya da her zaman (5 puan)

5. Son 4 hafta içinde cinsel istek düzeyinizi nasıl buluyorsunuz?

- a) Çok düşük ya da hiç yok (1 puan)
- b) Düşük (2 puan)
- c) Orta (3 puan)
- d) Yüksek (4 puan)
- e) Çok yüksek (5 puan)

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

- a) Hiç doyurucu değil (1 puan)
- b) Pek doyurucu değil (2 puan)
- c) Yarı yarıya (3 puan)
- d) Orta derecede doyurucu (4 puan)
- e) Çok doyurucu (5 puan)

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

- a) Hiç doyurucu değil (1 puan)
- b) Pek doyurucu değil (2 puan)
- c) Yarı yarıya (3 puan)
- d) Orta derecede doyurucu (4 puan)
- e) Çok doyurucu (5 puan)

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

- a) Neredeyse hiç ya da hiç (1 puan)
- b) Birkaç kere (yarısından çok daha azında) (2 puan)
- c) Bazen (yaklaşık yarısında) (3 puan)
- d) Çoğu zaman (yarıdan çok daha fazlasında) (4 puan)
- e) Hemen hemen her zaman ya da her zaman (5 puan)

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

- a) Çok düşük ya da hiç yok (1 puan)
- b) Düşük (2 puan)
- c) Orta (3 puan)
- d) Yüksek (4 puan)
- e) Çok yüksek (5 puan)

Ek 4. Genel Sağlık Anketi

Lütfen Bu Açıklamayı Dikkatlice Okuyunuz

Son birkaç hafta içinde herhangi bir şikayetiniz olup olmadığını, genel olarak sağlığınızın nasıl olduğunu öğrenmek istiyoruz. Lütfen soruların tamamını cevaplayınız. Kendinize en uygun seçeneğin üzerini çarpı (x) işareti koyunuz.

Teşekkür Ederiz

SON ZAMANLARDA

S.N		0	0	1	1
1	Endişeleriniz nedeni ile uykusuzluk çekiyor musunuz?	hayır , hiç çekmiyorum	her zamanki kadar	her zamankinden sık	çok sık
2	Kendinizi sürekli zor altında hissediyor musunuz?	hayır, hissetmiyorum	her zamanki kadar	her zamankinden sık	çok sık
3	Yaptığınız işe dikkatinizi verebiliyor musunuz?	her zamankinden iyi	her zamanki kadar	her zamankinden kötü	her zamankinden çok kötü
4	Çevrenizde yararlı bir rol oynadığınızı düşünüyor musunuz?	her zamankinden çok	her zamanki kadar	her zamankinden az	her zamankinden çok daha az
5	Sorunlarınızla başa çıkabilmek için kendinizi yeterli görüyor musunuz?	her zamankinden çok	her zamanki kadar	her zamankinden az	her zamankinden çok daha az
6	Karar vermekte güçlük çekiyor musunuz?	hayır hiç çekmiyorum	her zamanki kadar	her zamankinden sık	çok sık
7	Karşılaştığınız güçlüklerin üstesinden gelemediğinizi hissediyor musunuz?	hayır hiç hissetmiyorum	her zamanki kadar	her zamankinden sık	çok sık

8	Değişik yönlerden baktığınızda kendinizi mutlu hissediyor musunuz?	her zamankinden çok	her zamanki kadar	her zamankinden az	her zamankinden çok az
9	Günlük işlerinizden zevk alabiliyor musunuz?	her zamankinden çok	her zamanki kadar	her zamankinden az	her zamankinden çok az
10	Kendinizi mutsuz ve çökkün hissediyor musunuz?	hayır hiç hissetmiyorum	her zamanki kadar	her zamankinden çok	çok sık
11	Kendinize güveninizde azalma var mı?	hiç yok	her zamanki kadar	her zamankinden çok	çok fazla
12	Kendinizi değersiz biri olarak görüyor musunuz?	hayır hiç görmüyorum	her zamanki kadar	her zamankinden sık	çok sık

Ek 5. Evlilik Uyum Ölçeği

1. **Bu maddede** yer alan ölçeği kullanarak, bütün yönleri ile evliliğinizdeki mutluluk düzeyini en iyi temsil ettiğine inandığınız noktayı **daire** içine alınız. Ortadaki “mutlu” sözcüğü üzerindeki nokta, çoğu kişinin evlilikten duyduğu mutluluk derecesini temsil eder ve ölçek kademeli olarak sol ucunda evliliği çok mutsuz olan küçük bir azınlığı, sağ ucunda ise evliliği çok mutlu küçük bir azınlığı temsil etmektedir.

0	1	2	3	4	5	6
Çok mutsuz			Mutlu			Çok mutlu

Aşağıdaki maddelerde verilen konulara ilişkin olarak, siz ve eşiniz arasındaki anlaşma ya da anlaşmazlık derecesini yaklaşık olarak belirtiniz. Lütfen her maddeyi değerlendiriniz.

	Her zaman anlaşırız	Hemen her zaman anlaşırız	Ara sıra anlaşamıyoruz	Sıklıkla anlaşamayız	Hemen her zaman anlaşamayız	Her zaman anlaşamayız
	5	4	3	2	1	0
2. Aile Bütçesini İdare Etme	()	()	()	()	()	()
3. Boş Zaman Etkinlikleri	()	()	()	()	()	()
4. Duyguların İfadesi	()	()	()	()	()	()
5. Arkadaşlar	()	()	()	()	()	()

	Her zaman anlaşırsınız	Hemen her zaman anlaşırsınız	Ara sıra anlaşamadığımız olur	Sıklıkla anlaşamayız	Hemen her zaman anlaşamayız	Her zaman anlaşamayız
	5	4	3	2	1	0
6. Cinsel İlişkiler	()	()	()	()	()	()
7. Toplumsal kuralları uyma (doğru, iyi veya uygun davranış)	()	()	()	()	()	()
8. Yaşam Felsefesi	()	()	()	()	()	()
9. Eşin Akrabalarıyla Anlaşma	()	()	()	()	()	()

Lütfen evliliğinizi en iyi ifade ettiğine inandığınız bir cevabın altını çiziniz.

10. Ortaya çıkan uyumsuzluklar genellikle:

Erkeğin susması ile (0)

Kadının susması ile (0)

Karşılıklı anlaşmaya (1)
varılarak sonuçlanır

11. Ev dışı etkinliklerinizin ne kadarını eşinizle birlikte yaparsınız?

Hepsini (3)

Bazılarını (2)

Çok azını (1)

Hiçbirini (0)

12. Boş zamanlarınızda genellikle aşağıdakilerden hangisini tercih edersiniz?

dışarıda bir şeyler yapmayı

evde oturmayı

Eşiniz genellikle aşağıdakilerden hangisini tercih eder?

dışarıda bir şeyler yapmayı

evde oturmayı

* Anlaşmazlık (0)

* Her ikisi de
dışarıda bir şeyler yapar (1)

* Her ikisi de
evde oturur (1)

13. Hiç evlenmemiş olmayı istediğiniz olur mu?

Sık sık (0)

Arada sırada (1)

Çok seyrek (2)

Hiçbir zaman (3)

14. Hayatınızı yeniden yaşayabilseydiniz;

Aynı kişiyle evlenirdiniz (2)

Farklı bir kişiyle evlenirdiniz (1)

Hiç evlenmezsiniz (0)

15. Eşinize güvenir, sırlarınızı ona açar mısınız?

Hemen hemen hiçbir zaman (0)

Nadiren (1)

Çoğu konuda (2)

Her konuda (2)

Ek 6. Etik Kurul İzni

T.C.
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı
Sayı : 72867572-050- 310
Konu : Etik Kurul Kararı

23 Ocak 2015

Sayın Yrd. Doç. Dr. Yonca SÖNMEZ
Süleyman Demirel Üniversitesi
Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Sorumlu araştırmacı olduğunuz "Isparta İl Merkezinde Yaşayan 15-49 Yaş Evli Kadınlarda Cinsel Fonksiyon ve Ruhsal Sorunların Görülme Sıklığı ile Evlilik Uyumu ve Diğer Etkenlerle Olan İlişkinin Araştırılması" isimli çalışmanızın kurulumuz tarafından uygun görüldüğüne ilişkin 21/01/2015 tarih ve 31 sayılı Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Kararı yazımız ekinde gönderilmiştir. Bilgilerinizi rica ederim.

Prof. Dr. Mustafa AKÇAM
Başkan

Ek : Etik Kurulu Kararı (2 Sayfa)

S.D.Ü. Tıp Fakültesi Dekanlığı Doğu Kampusu 32260 - ISPARTA
Tel : 0 (246) 2113704 Faks : 0 (246) 2371165
e-posta : tipetik@sdu.edu.tr İnternet Adresi : www.tip.sdu.edu.tr

Bilgi için : İ.Etem YETİŞEN
Bilgisayar İşletmeni
Tel : 0 (246) 2113704

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

Araştırmanın Açık Adı Araştırmanın Protokol Kodu		Isparta İl Merkezinde Yaşayan 15-49 Yaş Evli Kadınlarda Cinsel Fonksiyon ve Ruhsal Sorunların Görülme Sıklığı ile Evlilik Uyumu ve Diğer Etkenlerle Olan İlişkisinin Araştırılması. (21.01.2015 tarih ve 31 sayılı karar)			
ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı			
	AÇIK ADRESİ	S.D.Ü. Doğu Kampüsü Tıp Fakültesi Dekanlığı Binası – ISPARTA			
	TELEFON	246.2113704			
	FAKS	246.2371165			
	E-POSTA	tipetik@sdu.edu.tr			
BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Yrd. Doç. Dr. Yonca SÖNMEZ			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Halk Sağlığı			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı			
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI				
	DESTEKLEYİCİ				
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1 : ☐	FAZ 2 : ☐	FAZ 3 : ☐	FAZ 4 : ☐
		Gözlemsel ilaç çalışması		☐	
		Tıbbi cihaz klinik araştırması		☐	
İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları		☐			
İlaç dışı klinik araştırma		☐			
Diğer ise belirtiniz : Anket					
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☒	ULUSLARARASI ☐	
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili	
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐	
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐	
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐	
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐	
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama			
	SİGORTA	☐			
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐			
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐			
	İLAN	☐			
	YILLIK BİLDİRİM	☐			
	SONUÇ RAPORU	☐			
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐			
DİĞER	☒	Anket örneği ve ölçekleri			

Prof. Dr. Mustafa AKÇAM
Etik Kurul Başkanı

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

Araştırmanın Açık Adı		Isparta İl Merkezinde Yaşayan 15-49 Yaş Evli Kadınlarda Cinsel Fonksiyon ve Ruhsal Sorunların Görülme Sıklığı ile Evlilik Uyumu ve Diğer Etkenlerle Olan İlişkinin Araştırılması						
Araştırmanın Protokol Kodu								
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 31	Tarih: 21.01.2015						
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.							
	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.							
	SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU							
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI		İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu						
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:		Prof. Dr. Mustafa AKÇAM						
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişkisi		Katılım *	İmza
Prof. Dr. Mustafa AKÇAM	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	SDÜ Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Mustafa TÜZ	Kulak Burun Boğaz Hast.	SDÜ Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Fatih GÜLTEKİN	Tıbbi Biyokimya	SDÜ Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Serpil DEMİRCİ	Nöroloji	SDÜ Tıp Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Metin TOPÇUOĞLU	Hukuk	SDÜ Hukuk Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Mekin SEZİK	Kadın Hast. ve Doğum	SDÜ Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒ H ☐	
Doç. Dr. Zeynep Dilek AYDIN	İç Hastalıkları	SDÜ Tıp Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒ H ☐	
Yrd. Doç. Dr. Halil AŞCI	Farmakoloji	SDÜ Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒ H ☐	
Yrd. Doç. Dr. Derya YILDIRIM	Ağız Diş ve Çene Radyoloji	SDÜ Diş Hek. Fak.	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒ H ☐	
Yrd. Doç. Dr. Derya CEYHAN	Pedodonti	SDÜ Diş Hek. Fak.	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒ H ☐	
Yrd. Doç. Dr. Yonca SÖNMEZ	Halk Sağlığı	SDÜ Tıp Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☒	H ☐	E ☐ H ☒	Sorumlu Araştırmacı
Uzman Dr. Ahmet Rıfık ÇORA	Kalp Damar Cerrahisi	Isparta Kamu Hastaneleri Birliği	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐ H ☒	GÖREVLİ
Uzman Dr. Serpil CANPOLAT	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	Isparta Kamu Hastaneleri Birliği	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐ H ☒	GÖREVLİ
Bilgi İşlem Daire Başkanı Halil KARAKOÇ	Biyomedikal	SDÜ Rektörlüğü	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐ H ☒	GÖREVLİ
Osman PARÇAOĞLU	Sivil Üye	Esnaf	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒ H ☐	

* : Toplantıda Bulunma

Ek 7. Isparta Valiliği İl Mahalli İdareler Müdürlüğü ve Isparta İl Emniyet Müdürlüğü İzin Yazıları



T.C.
ISPARTA VALİLİĞİ
İl Mahalli İdareler Müdürlüğü



Sayı : 99308250-517.04.01-774

Konu : Doktora Öğrencisi Banu Aslan YILMAZ'ın Tez Çalışması

DAĞITIMLI
04/02/2015

**MODERNEVLER MAHALLE MUHTARLIĞINA
ISPARTA**

İlgi : Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğünün 02.02.2015 tarihli ve 84 sayılı yazı

İlgide kayıtlı yazıda; Halk Sağlığı Anabilim Dalında Doktora öğrencisi Banu ASLAN YILMAZ'ın "Isparta İl Merkezinde Yaşayan 15-49 Yaş Evli Kadınlarda Cinsel Fonksiyon ve Ruhsal Sorunların Görülme Sıklığı ile Evlilik Uyumu ve Diğer Etmenlerle Olan İlişkisinin Araştırılması" konulu doktora tezi çalışmasında anket ve ölçeklerin doldurulması hususunda Modernevler, Bahçelievler ve Zafer Mahalle Muhtarlarının destek sağlaması istenmektedir.

Bahsedilen konuyla ilgili yazı ve ekleri ilişikte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Taceddin ÖZEREN
Vali a.
Vali Yardımcısı

EK :
İlgi yazı ve ekleri (4 sayfa)

DAĞITIM :
MODERNEVLER MAHALLE MUHTARLIĞINA

*Bu belge elektronik imzalıdır. İmzalı suretinin aslını görmek için <https://www.e-icisleri.gov.tr/EvrakDogrulama> adresine girerek (ChdJ3o-YLX157-evyV1H-mUm007-p1N1K1r1) kodunu yazınız.

Isparta Valiliği Hükümet Konağı - Ayrıntılı bilgi için irtibat: S.DOĞAN
Telefon: (246)223 80 80 Dahili: 150 - 151 Faks: (246)232 86 49
e-posta: mahalli@isparta.gov.tr Elektronik Ağ: <https://www.e-icisleri.gov.tr/>



T.C.
ISPARTA VALİLİĞİ
İl Mahalli İdareler Müdürlüğü



Sayı : 99308250-517.04.01-774

Konu : Doktora Öğrencisi Banu Aslan YILMAZ'ın Tez Çalışması

DAĞITIMLI
04/02/2015

BAHÇELİEVLER MAHALLE MUHTARLIĞINA
ISPARTA

İlgi : Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğünün 02.02.2015 tarihli ve 84 sayılı yazı

İlgide kayıtlı yazıda; Halk Sağlığı Anabilim Dalında Doktora öğrencisi Banu ASLAN YILMAZ'ın "İsparta İl Merkezinde Yaşayan 15-49 Yaş Evli Kadınlarda Cinsel Fonksiyon ve Ruhsal Sorunların Görülme Sıklığı ile Evlilik Uyumu ve Diğer Etmenlerle Olan İlişkisinin Araştırılması" konulu doktora tezi çalışmasında anket ve ölçeklerin doldurulması hususunda Modernevler, Bahçelievler ve Zafer Mahalle Muhtarlarının destek sağlaması istenmektedir.

Bahsedilen konuyla ilgili yazı ve ekleri ilâikte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Tacettin ÖZEREN
Vali a.
Vali Yardımcısı

EK :
İlgi yazı ve ekleri (4 sayfa)

DAĞITIM :
MODERNEVLER MAHALLE MUHTARLIĞINA

*Bu belge elektronik imzalıdır. İmzalı suretinin aslını görmek için <https://www.e-icisleri.gov.tr/EvrakDogrulama> adresine girilerek (ChdJ3o-YLX157-evyV1H-mUm007-plNik1r1) kodunu yazınız.

İsparta Valiliği Hükümet Konağı - Ayrıntılı bilgi için irtibat: S.DOKÖAN
Telefon: (246)223 80 80 Dahili: 150 - 151 Faks: (246)232 86 49
e-posta: mahalli@isparta.gov.tr Elektronik Ağ: <https://www.e-icisleri.gov.tr/>



T.C.
ISPARTA VALİLİĞİ
İl Mahalli İdareler Müdürlüğü



Sayı : 99308250-517.04.01-774

Konu : Doktora Öğrencisi Banu Aslan YILMAZ'ın Tez Çalışması

DAĞITIMLI
04/02/2015

ZAFER MAHALLE MUHTARLIĞINA
ISPARTA

İlgi : Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğünün 02.02.2015 tarihli ve 84 sayılı yazı

İlgide kayıtlı yazıda; Halk Sağlığı Anabilim Dalında Doktora öğrencisi Banu ASLAN YILMAZ'ın "İsparta İl Merkezinde Yaşayan 15-49 Yaş Evli Kadınlarda Cinsel Fonksiyon ve Ruhsal Sorunların Görülme Sıklığı ile Evlilik Uyumu ve Diğer Etmenlerle Olan İlişkisinin Araştırılması" konulu doktora tezi çalışmasında anket ve ölçeklerin doldurulması hususunda Modernevler, Bahçelievler ve Zafer Mahalle Muhtarlarının destek sağlaması istenmektedir.

Bahsedilen konuyla ilgili yazı ve ekleri ilişikte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Tacettin ÖZEREN
Vali a.
Vali Yardımcısı

EK :
İlgi yazı ve ekleri (4 sayfa)

DAĞITIM :
MODERNEVLER MAHALLE MUHTARLIĞINA

*Bu belge elektronik imzalıdır. İmzalı suretinin aslını görmek için <https://www.e-icisleri.gov.tr/EvrakDogrulama> adresine girilerek (GhdJ3o-YLX157-evyV1H-mUm007-p1N1K1r1) kodunu yazınız.

İsparta Valiliği Hükümet Konağı - Ayrılmış bilgi için irtibat S.DÖĞAN
Telefon : (246)223 80 80 Dahili: 150 - 151 Faks: (246)232 86 49
e-posta : mahalli@isparta.gov.tr Elektronik Ağ: <https://www.e-icisleri.gov.tr/>



T.C.
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü



Sayı : 40095571-302.01.09/ 85
Konu : Doktora Öğrencisi Banu Aslan YILMAZ'ın Tez
Çalışma İzni

02/02/2015

ISPARTA VALİLİĞİNE
(İl Emniyet Müdürlüğü)

İlgi : Halk Sağlığı Anabilim Dalının 29.01.2015 tarih ve 85244159-020/3 sayılı yazısı.

Enstitümüz Halk Sağlığı Anabilim Dalında Doktora öğrencisi 1240307001 numaralı Banu ASLAN YILMAZ "Isparta İl Merkezinde Yaşayan 15-49 Yaş Evli Kadınlarda Cinsel Fonksiyon ve Ruhsal Sorunların Görülme Sıklığı ile Evlilik Uyumu ve Diğer Etmenlerle Olan İlişkisinin Araştırılması" isimli doktora tezi çalışmasında Modernlevler, Bahçelievler ve Zafer Mahallelerinde 01 Şubat-30 Eylül 2015 tarihleri arasında anket ve ölçekler dolduracaktır.

Bu hususta İl Emniyet Müdürlüğünce gereğinin yapılması konusunda;
Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Doç. Dr. Nejder ADANIR
Enstitü Müdürü

Ekler :

- Ek 1- Yazı Sureti (1 sayfa)
- Ek 2-SDÜ Tıp Fakültesi Etik Kurul Başkanlığı Onayı
- Ek 3- Anket ve Ölçekler

T.C.	
ISPARTA VALİLİĞİ	
Havale Yeri	İl Emniyet Müd.
Havale Tarihi	02 Şubat 2015
Kayıt No.	4509 Vali

Adres : Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Doğu Kampüsü Dış Hekimliği Fakültesi Binası 32260/Isparta
Tel: 0-(246) 211 87 71 Fax : (246) 237 03 63 E-mail : saglik@sdu.edu.tr

Ayrıntılı bilgi için irtibat: Mevlüt TUFAN Enstitü Sekreteri
Telefon: 0 (246) 211 87 75

Ek 8. Ölçek Kullanım İzinleri

https://eposta.sdu.edu.tr/owa/?ae=Item&it=IPM.Note&id=RgAZ

Dosya Düzen Görünüm Sık Kullanılanlar Araçlar Yardım

X Dönüştür Seç

Sayfa Güvenlik Araçlar

Tüm klasörleri görmek için tıklayın

Klasörleri Yönet...

Sayın Banu Aslan,
Türkçe geçerlilik güvenilirliğini Canan Yılmaz ile birlikte yaptığımız
IFSF'i (Index Female Sexual Function) çalışmanızda kullanabilirsiniz.
Kolaylıklar dilerim

--
Assoc. Prof. Hatice YILDIZ
Marmara University, Faculty of Health sciences,
Nursing Department, Division of Obstetrics and Gynecology Nursing
Istanbul - Turkey

Microsoft Exchange

14.12.2014

Sayın Banu Aslan,

Tez çalışmanızda geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yaptığım Evlilikte Uyum Ölçeği'ni
kullanmanız uygundur.

Çalışmanızda başarılar dilerim.



Prof.Dr. Şennur T. Kışlak
Ankara Üniversitesi
DTCF Psikoloji Bölümü
Sıhhiye-Ankara

Ek 9. Anket Geri Bildirim Örnekleri

14. Hayatınızı yeniden yaşayabilseydiniz,

Aynı kişiyle evlenirdiniz (2)

Farklı bir kişiyle evlenirdiniz (1)

Hiç evlenmezsiniz (0)

15. Eşinize güvenir, sırlarınızı ona açar mısınız?

Hemen hemen hiçbir zaman (0)

Nadiren (1)

Çoğu konularda (2)

Her konuda (2)

Mahrem konular herkezele
paylaşılmaz ankette isim
olmadığına güzel olmuş.
Eşimle dostunla bile konuşulmuyor.
Hemen dedi kodu olur.
Soruları yaparken rahat hisset
tim sıkıntılarımı paylaşıp gibi.
Sizce teşekkür ederim.
Kadınların sorunlarını
araştırıyor sunuz.

14. Hayatınızı yeniden yaşayabilseydiniz,

Aynı kişiyle evlenirdiniz (2)

Farklı bir kişiyle evlenirdiniz (1)

Hiç evlenmezsiniz (0)

15. Eşinize güvenir, sırlarınızı ona açar mısınız?

Hemen hemen hiçbir zaman (0)

Nadiren (1)

Çoğu konularda (2)

Her konuda (2)

Bu tür sorunlarımı kimseye eşime bile
anlatmam. İçimde yaşadım. Soruları
yaparken dertleşmiş gibi oldum sağ olsun.

14. Hayatınızı yeniden yaşayabilseydiniz,

Aynı kişiyle evlenirdiniz (2)

Farklı bir kişiyle evlenirdiniz (1)

Hiç evlenmezsiniz (0)

15. Eşinize güvenir, sırlarınızı ona açar mısınız?

Hemen hemen hiçbir zaman (0)

Nadiren (1)

Çoğu konularda (2)

Her konuda (2)

Kaçamla sorunlarım var genelde o istekleri
ni yaptırmaya çalışıyor. Bu sebeple çok mutlu
sayılmam ama işte kadınız mecburen
yapıyoruz. Bunları yazmak istedim,
Paylaşmak istedim. Araştırmamız çok
iyi olmuş teşekkürler.

14. Hayatınızı yeniden yaşayabilseydiniz,

Aynı kişiyle evlenirdiniz (2)

Farklı bir kişiyle evlenirdiniz (1)

Hiç evlenmezsiniz (0)

15. Eşinize güvenir, sırlarınızı ona açar mısınız?

Hemen hemen hiçbir zaman (0)

Nadiren (1)

Çoğu konularda (2)

Her konuda (2)

Kadınlar için bu soruları sorduğunuz için
mutlu oldum. Teşekkür ederim

14. Hayatınızı yeniden yaşayabilseydiniz,

Aynı kişiyle evlenirdiniz (2)

Farklı bir kişiyle evlenirdiniz (1)

Hiç evlenmezsiniz (0)

15. Eşinize güvenir, sırlarınızı ona açar mısınız?

Hemen hemen hiçbir zaman (0)

Nadiren (1)

Çoğu konularda (2)

Her konuda (2)

Önce sorular çok diye düşündüm yapmak istemedim sizi kıramadım. Ancak yapmaya başlayınca sabacak bitti. Çünkü çok zevkliydi. Sorularınız çok güzel olmuş. Şu ana kadar kimseye anlatamadığım sıkıntılarımla seni anlatmış ve rahatlamış gibi hissettim ellinize sağlık. Yaklaşımınız da çok güzel. Teşekkür ederim başarılar.

14. Hayatınızı yeniden yaşayabilseydiniz,

Aynı kişiyle evlenirdiniz (2)

Farklı bir kişiyle evlenirdiniz (1)

Hiç evlenmezsiniz (0)

15. Eşinize güvenir, sırlarınızı ona açar mısınız?

Hemen hemen hiçbir zaman (0)

Nadiren (1)

Çoğu konularda (2)

Her konuda (2)

Hocam kusura bakmayın misafirlerim
vardı çok harika muhtesem bi
eşe ve çocuğa sahibimmm..
Anteliniz muhtesem..
Size terinizde basıyır
dilem..
iyi günler..

14. Hayatınızı yeniden yaşayabilseydiniz,

Aynı kişiyle evlenirdiniz (2)

Farklı bir kişiyle evlenirdiniz (1)

Hiç evlenmezsiniz (0)

15. Eşinize güvenir, sırlarınızı ona açar mısınız?

Hemen hemen hiçbir zaman (0)

Nadiren (1)

Çoğu konularda (2)

Her konuda (2)

Esimle sevecik erlendim internette tanıştım ama olumsuz
yöntemlerin farkına yeni vardım adı çalışıyor ben de
ilk sıralar bir dükkanım yahu Şaydi var ve ben bundan
Düğünesine kadar hem evimi hemde dükkanımı idare ettim
masraflarını karşıladım Sesimi ilk başlarda çıkarmadım ama
artık olmuyor ben onu hep düzeltmeye çalıştım düzelttim
ama ben çok yoruldum ve pas ettim ayulmat istediğimi
dileme söyledim benimtimlerde sıkıntı yok artık sıkıntı
çıkıyor ben çok yoruldum esim içki içiyor sigara kullanıyor
gü geldi benoda zorla içirdi o hergün olsa hergün içecek evi
gecindiremiyor

14. Hayatınızı yeniden yaşayabilseydiniz,

Aynı kişiyle evlenirdiniz (2)

Farklı bir kişiyle evlenirdiniz (1)

Hiç evlenmezsiniz (0)

15. Eşinize güvenir, sırlarınızı ona açar mısınız?

Hemen hemen hiçbir zaman (0)

Nadiren (1)

Çoğu konularda (2)

Her konuda (2)

Bu plastik Bazı sorunların var insanlara söyleyemezsin kocana bile
Kendi işinde gersin. Sayenizde işim açtı. Kadın olmak zor
Ev işleri, kocam, çocuklar kendi derdlerini umutuyorsun.
Kadınları düşünüp bu araştırmayı yapmanız güzel olmuş
Size başarılar.

14. Hayatınızı yeniden yaşayabilseydiniz,

Aynı kişiyle evlenirdiniz (2)

Farklı bir kişiyle evlenirdiniz (1)

Hiç evlenmezsiniz (0)

15. Eşinize güvenir, sırlarınızı ona açar mısınız?

Hemen hemen hiçbir zaman (0)

Nadiren (1)

Çoğu konularda (2)

Her konuda (2)

İsme güvenirim, ama sırlarımı açmam
(hoş sırrımda yok ama)

Çünkü bana, çocuklara vakit ayırmıyor
Hoş muhabbeti yok, konuşma eksikliği
var bize karşı o yüzden ben de kırıyorum
~~Bende~~ konuşmak istemiyorum ama
yinede çocuklar olunca konuşma-
da da olmuyor -

Benimle günlük hayatta pek münasebeti
olmayan birinin diğer türlü münasebeti
nin de olmasını istemiyorum.

14. Hayatınızı yeniden yaşayabilseydiniz,

Aynı kişiyle evlenirdiniz (2)

Farklı bir kişiyle evlenirdiniz (1)

Hiç evlenmezsiniz ~~(0)~~

15. Eşinize güvenir, sırlarınızı ona açar mısınız?

Hemen hemen hiçbir zaman (0)

Nadiren ~~(1)~~

Çoğu konularda (2)

Her konuda (2)

Biz kadınları düşünüp kimseye anlatamadığımız
soruları sordunuz kin teşekkürler.

14. Hayatınızı yeniden yaşayabilseydiniz,

Aynı kişiyle evlenirdiniz (2)

Farklı bir kişiyle evlenirdiniz (1)

Hiç evlenmezsiniz (0)

15. Eşinize güvenir, sırlarınızı ona açar mısınız?

Hemen hemen hiçbir zaman (0)

Nadiren (1)

Çoğu konularda (2)

Her konuda (2)

Şimdiye kadar kimse ayağıma kadar gelip
sorunlarımı sormadı. Tışını dökmüş oldum.
Bana iyi geldi biraz da güldüm.

Kendimi ve evliliğimi düşündüm. Size de
faydalı olur inşallah. kadınların sorunlarını düşün-
nen birilerin olması güzel bir şey
Teşekkürler ve başarılar

Ek 10. Araştırma Yerinin Fotoğrafları



Modern Evler Mahallesi



Zafer Mahallesi



Bahçelievler Mahallesi