

**T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ
ANABİLİM DALI**

Tez Yöneticisi
Dr. Öğr. Üyesi Önder SEZER

**EDİRNE İL MERKEZİNDE YAŞAYAN 18-49 YAŞ
ARASI EVLİ KADINLARIN CİNSEL YAŞAM
KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

(Uzmanlık Tezi)

Dr. Selen BAL

EDİRNE-2020



TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca ve tezimin hazırlanmasında gösterdiği her türlü destek ve yardımlarından dolayı Trakya Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi ve tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Önder Sezer'e, yardımlarını ve katkılarını esirgemeyen Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. H. Nezh Dağdeviren'e, Prof. Dr. Serdar Öztora'ya, Prof. Dr. Ayőe Çaylan'a, eğitimimde emeği geçen tüm hocalarıma, sevgili aileme ve birlikte çalıştığım tüm asistan arkadaşlarıma sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ VE AMAÇ	1
GENEL BİLGİLER	4
CİNSELLİKLE İLGİLİ KAVRAMLAR	5
EVLİLİKTE CİNSELLİK	8
KADIN CİNSEL SİSTEM ANATOMİSİ	10
KADINLARDA NORMAL CİNSEL YANIT FİZYOLOJİSİ	12
KADIN CİNSEL İŞLEVİNDE HORMONLARIN ROLÜ	14
KADINLARDA GÖRÜLEN CİNSEL FONKSİYON BOZUKLUKLARININ SINIFLANDIRILMASI	15
DSM-IV VE DSM-V SINIFLAMASI FARKLARI	16
CİNSEL İŞLEV BOZUKLUKLARI (DSM-4)	16
CİNSEL ÖYKÜ NE ZAMAN VE NASIL ALINMALI?	19
DEPRESYON VE CİNSELLİK	20
KRONİK HASTALIKLARDA CİNSELLİK	20
GEREÇ VE YÖNTEMLER	24
BULGULAR	27
TARTIŞMA	49
SONUÇLAR	61
ÖZET	64
SUMMARY	66
KAYNAKLAR	68
EKLER	

SİMGE VE KISALTMALAR

ACEİ	: Anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörü
CFB	: Cinsel Fonksiyon Bozukluğu
CİSED	: Cinsel Sağlık Enstitüsü Derneği
CYKÖ	: Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
FSFI	: Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi
NSAİİ	: Non-Steroid Anti-İnflamatuar İlaçlar
ÜS	: Üreme Sistemi

GİRİŞ VE AMAÇ

Cinsellik insanın var oluşundan beri süregelen, içgüdüsel bir davranıştır. Fizyolojik, psikolojik ve biyolojik iyilik halinin en temel taşlarından biridir. Çok uzun yıllardır insan soyunun haz, sevgi ve doyum için temel ihtiyaçlarındandır. Ve bunun dışı vurum hali “cinsel ilişki” olarak görülür. İlkel toplumlar için öncelikli amaç üreme olmasına rağmen, daha gelişmiş toplumlar için öncelikli durum olarak haz ve zevk gelmektedir. Tarih boyunca çok merak edilen bir konu olmasına rağmen cinsellik konuşulması, yasaklanan tabulardan da biri olmuştur (1).

Cinsellik hem kişiler için hem de toplumsal açıdan insanlığın yaşamının önemli bir parçasıdır. Ve bu nedenle aile hayatı ve mutluluğu için çok önemli bir etkidir. Bulunduğu toplumun ahlak kuralları içinde izin verilen ölçüde değişik biçimlerde yaşanmaktadır (2).

Dünya sağlık örgütü cinsel sağlığı hastalık veya fonksiyon bozukluğu olmamasıyla değil bir çok faktör birleşimi ile birlikte sosyal ve ruhsal iyilik halini de kapsadığını belirtmiştir (3). Cinsel işlevlerimiz genital organlarımızla beraber, tüm duyularımızın ve sinir sistemimizin de katıldığı hormonlarla, ürettiğimiz kimyasal maddelerle beraber yürüyen fonksiyonlardır. Bu yüzden vücudumuzdaki işleyişi etkileyen tüm hastalıklar, hormonal durumlar, kullandığımız ilaçlar, menopoz ve benzeri durumlar da cinselliğimizi de etkilemektedir. Cinselliği yaşama şeklimiz fiziksel etkenlerle şekillendiği gibi cinselliğe bakış açımızı ve yaşayış biçimimizi ise kişiliğimiz, yaşadığımız travmalar, yaşadığımız toplum, tutumlarımız, davranış modellerimiz belirlemektedir (4).

Kadınlarda cinsel işlev bozuklukları hem çevresel hem de bireysel birçok faktörden etkilenen sorunlardan meydana gelmektedir. Yapılan çalışmalarda kadınların yaklaşık yarısının

cinsel işlev bozukluklarını hayatının herhangi bir döneminde yaşadıkları belirlenmiştir. Yaygın olduğu bilinmesine rağmen göz ardı edilen bir konudur (5). Cinsellik kadının genel sağlık durumuyla beraber yaşam kalitesini etkileyen önemli unsurlardan biridir (6). Hem bireyler arası duygusal iletişimi sağlayıp haz veren bir işlev hem de neslin devamını sağlayan biyolojik bir olaydır (7). Cinsel yaşamla ilgili sıkıntılar önemli bir sağlık sorunu teşkil etmekte olup yaşam kalitesinin sağlanması için gerek faktörlerden biridir (8).

Evlilik kadının ve erkeğin belirli kurallar çerçevesinde resmi cinsel birlikteliği olarak tanımlanmıştır. Kişilerin evlenmek için birçok sebebi vardır ve bunlardan birisi de cinsel doyum sağlamak amacıyla (9). Kişilerin cinsellik konusundaki yanlış bilgileri ve inanışları cinsel doyumlarını ve dolayısıyla evlilikteki uyumlarını olumsuz yönde etkilemektedir (9).

Öztürk ve Arkar (10) 2014'te, Khazaei, Rostami ve Zaryabi (11) 2011'de yaptıkları çalışmalarda evlilik kalitesiyle cinsel doyumun paralel olduğunu ve olumlu yönde etkilediğini göstermişlerdir. Evlilik birliğinin toplumlara göre gerçekleştirilme amacı çok da farklılık göstermemektedir; cinsel yaşamı denetlemek, yönlendirmek ve sınırlandırmak için kurumsallaşmış ve böylece aile denilen kavram oluşmuştur.

Herkesin cinsel davranışı kendine özgü ve özeldir, farklıdır. Bu nedenle eşlerden birinin diğerine cinsel açıdan uyum sağlayamadığı durumlarda birbirlerinden uzaklaşmalar, tartışmalar, öfke durumlarına yol açıp boşanmalara sebep olabilir (12). Örnek verecek olursak, Abalı'nın (2) 2006 yılında yaptığı boşanmak için mahkemeye başvuran kadınlarla yaptığı çalışmada, çalışmaya katılan kadınların neredeyse tamamının eşleriyle yaşadıkları tartışmaların ve problemlerin cinselliklerini etkilediğini ve boşanma nedeni olarak gördüklerini ifade etmişlerdir. Evlilikte doyum eşler arasındaki yakınlık derecesiyle ilgilidir. Cinsellik açısından yakınlığı ifade şekli erkek ve kadınlarda farklıdır. Erkek evlilikte cinselliği duygusal olarak yakınlığı artırmak için kullanırken, kadınlar için duygusal yakınlık öncelikle gelmektedir, cinsellik için duygusal yakınlığa ihtiyaç duyar (13).

Evlilik kurumu içinde eşler arasındaki ilişki ekonomik, kültürel, sosyal açıdan etkileşimin yanı sıra cinselliğin yaşanma şekli ile de şekillenir. Tüm bu konulardaki uyumun tamamıyla bütünleşmediği durumlarda ilişkilerde zorluklar yaşanmaktadır. Duygusal yaklaşmanın yeteri kadar olmadığı ve iletişimin eksik olduğu eş ilişkilerinde cinsel doyum ve işlevin yeterliliği de azalmaktadır. Eşinin isteklerini onu kırmaktan korktuğu için konuşmak yerine kendi kararıyla hareket ederek gerçekleştirmeye çalışılan durumlarda istekler bağdaşmadığı zaman, cinsel açıdan yeterli doyum sağlanamayacaktır (14).

Cinsellik aile kurumu içinde bu kadar önemliken hem birçok soruna sebep olup hem de mutlu evliliğin etkenlerinden biriyken, birinci basamaktaki sağlık çalışanlarına çok iş

düşmektedir. Bireylerle yakın ilişki halindeki sağlıkçıların onları yönlendirme, eğitim verme, danışmanlık yapma gibi birçok görevi bulunmaktadır (15).

Kadınların cinsel sıkıntıları ve evlilik doyumu arasında ilişki paralel seyretmektedir ve ülkemizde bu konuda çalışmalar sınırlı sayıdadır. Bu nedenle üzerinde durulması gereken bir araştırma alanıdır. Bu çalışmada kadınların cinsel yaşam kalitelerini ve bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi, sonrasında olası çözümlere ışık tutmak amaçlanmıştır.



GENEL BİLGİLER

DSÖ' ne göre cinsel sağlık sadece hastalık, işlevde bozukluk ya da sakatlık olmaması değil, ruhsal, zihinsel ile sosyal alanda da cinsellikle ilgili iyilik halidir. Cinsel sağlık, cinsel ilişkilerde zorlama, ayrımcılık ve şiddet olmadan, hem konforlu hem de güvenli cinsel deneyimlere sahip olma isteğinin sonucu olarak, olumlu ve saygı çerçevesi içerisinde bir yaklaşım gerektirir. Ayrıca cinsellik sevgi, haz ve doyum üretimiyle beraber sosyal olarak etkileşimin güçlenmesi ve yaşamın anlamlandırılmasıdır (1). Cinsel sağlığın sağlanması ve gerekli bakımın yerine getirilmesi için kişilerin cinselliğinin korunması, cinsel haklarına saygı duyulması ve bunun sağlanması gerekmektedir gerekli kılar (3).

Cinsel sağlığı da içine alacak şekilde İnsan hakları evrensel bildirisinde “tüm kadın ve erkekler ayrımcılığa uğramadan yaşama, sağlık, eğitim ve çalışma haklarından eşit olarak yararlanma hakkına sahiptirler” denilmektedir (16).

Cinsel haklar, insan hakları camiasında da olması gerektiği gibi büyük ölçüde kabul görmüştür. Uluslararası İnsan Hakları Politikası Konseyi'ne göre, cinsel haklar, kimsenin hiçbir zulüm korkusu, özgürlük kısıtlaması veya sosyal olarak etki korkusu olmadan, başkalarının iyiliği ve hakları da göz önünde bulundurularak cinsel yönelimlerini ifade etme hakkını içerir (17).

Sağlıklı olmak tüm bireylerin en doğal ve en temel haklarından biridir. İnsan yaşamında sağlık halinin ve sağlık bakımının kapsamlı ve tamamlayıcı bir yaklaşımla ele alınmasının gerekliliği ta ki 20. yüzyılın sonlarında ancak anlaşılabilmiştir. Bu konuyla ilgili Kahire'de 1994 yılında yapılan Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı'nda Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından yapılan sağlık tanımı içerisinde, üreme sağlığı kavramı da eklenmiştir.

Üreme sağlığı üreme sistemindeki fonksiyon ile süreçle ilgili sadece herhangi bir hastalık varlığının ya da sakatlığın olmamasıyla birlikte; bedensel, psikolojik ve sosyal açıdan tamamı ile bütün olarak iyi olma durumudur. Üreme sağlığı bu sebepten dolayı kadınların ve erkeklerin güvenli ve tatmin olacakları, sağlıklı bir cinsel yaşama ve çoğalma becerisine, bu beceriyi kullanıp kullanmamaya, kullandığında ise hangi sıklıkta gerçekleştireceklerine karar verebilme özgürlüğüne sahip olmaları demektir. Cinsel sağlık konusu üreme sağlığı kavramının içinde yer almakla birlikte, bedensel, duygusal ve toplumsal açıdan tümüyle bir iyilik hali olup cinselliğin hepsiyle bütünleşmesi olarak ifade edilmiştir (18).

Cinsellik, hayati olmayan fakat canlı yaşamının sürekliliği için gerekli olan en temel, üremeye yönelik birincil dürtülerimizdendir ve üreme ve haz ile ilgilidir (17, 19).

CİNSELLİKLE İLGİLİ KAVRAMLAR

Cinsiyet

Cinsiyet erkek ya da kadın olarak kişinin sahip olduğu cinsel organını, baskın olan hormon türünü, doğurma ve bununla beraber emzirme yetisini, ovum veya sperm üretebilme yetisinin de yer aldığı fizyolojik özellikleri içerir (4).

Biyolojik olarak cinsiyet: Kişinin genetik olarak kadın ya da erkek olarak gösterdiği biyolojik ve fizyolojik özellikleri olarak tanımlanmaktadır.

Toplumsal cinsiyet: Kadın ya da erkek cinsin toplumdaki yerini, rollerini, görevlerini ve gerçekleştirmesi gereken sorumluluklarını, sosyal olarak konumunu, toplumun bireyi nasıl görüp algıladığını ve cinsiyetinin gerektirdiği beklentilerini kapsar (20). Cinsiyete özgü olarak yaygın olarak kabul edilen düşünceleri ve olması gereken beklentileri ifade eder (4). Toplumsal alanda cinsiyet rolleri kadın ve erkek için evlilik, çalışma alanında, aile hayatında ve toplumsal yaşamda farklı farklı rollerde ortaya çıkmaktadır. Aile yaşamına bakıldığında bu fark birçok şekilde karşımıza çıkar. Örnek verecek olursak kadınların şiddet görmeleri halinde bunu saklamaları gerektiği, çocuk bakımını tek başlarına üstlenmeleri durumu, temizlik işleri, kadının evlenmeden cinsel ilişkide bulunmaması gerektiği olarak görülmektedir (20). Uzun yıllardır süregelen şekilde toplumsal yaşamda kadına ve erkeğe yüklenen roller kadınların aleyhinde genelde ayrımcılık yaratmıştır, kadınların ikinci plana düşürülmesine ve erkeğe daha fazla önem veren eşitsizlik modeline neden olmuştur. Kadınların aleyhindeki bu eşitsizlik

çalışma alanında, seçme özgürlüğü konusunda, meslek ve eğitim alanında özellikle belirgin olarak göze çarpmaktadır (16).

Kadın Cinselliği

Kadın cinselliğini anlatacak olursak anatomik, fizyolojik, tıbbi ve sosyal bileşenleri olan multifaktöriyel durumdan oluşur (21). Arzu etme ve edilme, çocuk doğurma, beden imajını içermeye, psikolojik, entelektüel, sosyal ve kültürel bileşenleri olan geniş bir kavramdır. Cinsel yaşamda önemli bir yeri olan beden imajı benliğin önemli bir parçasıdır. Yaşam boyu sosyal ve kültürel etkenlerle şekillenen dinamik bir süreçtir. Kişinin kendi vücuduyla ilgili düşünceleri ve algısıdır. Bu da hem yaşam kalitesi hem de cinsellik üzerinde oldukça etkilidir (22).

Üreme Sağlığı

Üreme sağlığı kadınların ve erkeklerin üreme fonksiyonlarını istedikleri her şekilde, istedikleri yer ve zamanda mutlu ve güvenli cinsel yaşam içinde yaşama hakkı ve özgürlüğü olmasını gerektirir. Bunun için de cinsel sağlık çok önemli bir husustur (4).

Üreme sağlığı üreme sistemi, işlevleri ve süreci ile ilgili yalnızca herhangi bir hastalık ya da sakatlığın olmamasıyla birlikte; fiziksel, psikolojik ve sosyal açıdan tamamı ile bütün olarak iyi olma durumudur. Üreme sağlığı bu nedenle kadın ve erkeklerin doyurucu ve güvenli, sağlıklı bir cinsel yaşama ve çoğalma yeteneğine, bu yeteneği kullanıp kullanmamaya, kullandığında ise sıklığına karar verebilme özgürlüğüne sahip olmaları anlamına gelmektedir. Cinsel sağlık konusu da üreme sağlığı kavramının içinde yer almakla beraber, bedensel, duygusal ve toplumsal açıdan tam bir iyilik hali olup cinselliğin hepsiyle bir bütün olarak tamamlanması şeklinde tanımlanmıştır (18).

Cinsellik Tanımıyla İlgili Tarihteki Görüşler Ve Yaşanma Şekilleri

Cinsellik 19.yy başlarında terim olarak oldukça geç dönemde karşımıza çıkmaktadır. Yunan ve Latinlerde bunu karşılayabilecek düzeyde bir kavram bulunamamış olup cinsel temas durumu için sunousia, homilia, plesiasmos, mixis, ocheia gibi sözcükler kullanılmıştır (23).

Tarihin ilk dönemlerinde anaerkil düzenden ötürü üstün cins dişi olarak görülmüşken daha sonra ataerkil düzen yaşanmaya başlayınca erkek egemen anlayış hakim olmuştur (23). İlk toplumlar üreme ve cinselliği fark ettiklerinde bu durum karşısında oldukça etkilenip efsaneleştirmişlerdir. Hatta cinsel birleşmeyi tanrıyla kaynaşma olarak görüp dini törenlerden saymışlardır (23). Hipokrat, Aristo ve Plato cinsel konulardaki araştırmalarıyla ve gözlemleriyle bu konunun mimarları sayılabilmektedirler (23). Daha sonra Roma'da Soranus

ve Galen gibi Yunan hekimler çalışmalarıyla cinsellikle ilgili bilinenleri araştırmışlardır. Bu alışmalar İşlam bilimcileri de bu konuyla ilgili çalışmaya itmiştir. 19.yy'da ise artık nüfus artışı, insanların bu konuyla ilgili merakını arttırmış olup çalışmaların daha da fazlalaşmasını gerekli kılmıştır (23).

Cinsellik insan psikolojisinde hep yer eden bir kavram iken; Sigmund Freud ile bambaşka bir bakış açısı da kazanılmıştır. Freud'a göre erken çocukluk dönemlerinde hemcins olan ebeveyn rakip olarak sayılır ve yerine geçmek için çabalar. Bu rekabetin altında yatmakta olan neden karşıt cinsteki ebeveyne hissedilen cinsel yatkınlıktır. Psikoseksüel görüş evrelerinde doyurulmayan erotizm hissinin, ilerleyen yaşlarda açığa çıkan nevrotik durumlara bu çatışmaların yetersiz düzeyde çözümüne ve gelişimdeki aksaklığa neden olarak bağlamıştır. Freud daha sonra insanın yaşamı için motivasyon çeşidi olarak öne sürdüğü cinsel enerji anlamına gelen libido terimini ortaya koymuştur. Freud'a göre libido bilinçaltında bastırılan cinsel istekleri ortaya çıkaran ve insanı yaşama bağlayan en önemli şeydir. Libidonun tatmin edilememesinin insanı psikolojik olarak hasta ettiğini belirtmiştir. Libido yoğunluğu değişmeyen veya sabit bir şekilde ilerleyen bir durum olmamakla birlikte zaman zaman artan ve azalan bir olgudur. Günlük yaşamda her şey libidoya etkilidir; sevinç, heyecan libidoyu arttırırken, stres ve üzüntü gibi benzeri negatif durumlar libidoyu düşürür (1). Freud'a göre üreme isteği cinsel hazdan sonra gelmektedir (23).

İngiltere'de Viktorya dönemi kadın cinselliği açısından çok önemli yere sahip bir dönemdir. Viktorya döneminde toplumda yaygınlaşan ahlak anlayışı, kadınların cinsellik yaşamamasının erdemlilik olduğu düşüncesidir. Kadınların cinsel arzulara sahip olmadığı bile ne sürülmüştür. Bu tarz yargılardan dolayı o dönemin kadınları, cinsel içgüdülerini yok saymak zorunda hissetmişlerdir. Kısaca Viktorya döneminde kadın için cinsellik hayatın bir eğlencesi ya da rengi olarak görülmemiş, daha çok eşine karşı yerine getirilmesi için mecbur kalınan bir görev olarak görülmüştür. Bu nedenle saygıdeğer bir kadının cinsel eylem sırasında zevk alması bile yadırganan bir davranış olarak kabul edilmiştir (24).

Kadın sünneti Mısır firavunlarından beri olan Sahra altı Afrika lkelerinde yüzyıllardır devam eden yaklaşık 2 milyon kadının maruz kaldığı baskı altında gerçekleşen uygulamalardan biridir. Kadın sünnetinde yapılan işlem klitorisin kısmen veya tamamen çıkarılmasıyla ve bununla birlikte labium minusların bazen majuslarla beraber çıkarılma durumudur. Kadın sünnetinin yapılış şekline göre derinliği ve biçimi topluluklar arasında değişiklik gösterebilir. Komplikasyon olarak kanama, ileri derecede enfeksiyon, yapılma şartlarındaki uygun olmayan koşulların getirdiği ve anestezi yokluğu nedenleriyle ağrı şokları görülebilir. Dış genital organların olmaması veya kısmen olması, kadının cinsel haz bölgelerinde çok büyük oranda

eksiklik olması istek, uyarılma, haz ve memnuniyet üzerine olumsuz etkiler yaratmaktadır. Bu kadar riskli ve komplikasyonlu bir işlemin uzun süre devam etmesinin sebebi kadın sünnetinin ailenin onurunu koruduğunun düşünülmesi ve kadının olası kötülüklerden uzak kalmasını sağladığı fikri ve inanışıdır. Çünkü inanışa göre klitorisin alınıp libidosu azaltılan/yok edilen kadın ailesine utanç verecek ve onurunu kıracak davranışlardan uzak kalabilecektir (24).

Bunların hepsi kadınların yok sayılması ve değersizleştirilmesine örnek olarak verilebilir. Afrika'da bazı kabilelerde kadınların eşlerinin ölüm töreni, eşlerin bir veya daha fazla akrabası ile cinsel ilişkiye girmesi ile tamamlanarak kadının değersizleştirilmesine örnek olarak yapılan uygulamalara örnek olarak verilebilir. Bu şekilde yapılan merasim ile kadın erkeğinden serbest kalmış olur ve yaşadıkları yer fenalıklardan, kötülüklerden ve olası hastalıklardan korunmuş olur (25).

EVLİLİKTE CİNSELLİK

Evlilik, ailelerin meydana gelmesiyle sonraki gelecek nesillerin devamını sağlayan en temel insan ilişkisi olarak tüm topluluklarda ve tüm kültürlerde kabul gören önemli bir kurum sayılmaktadır (26).

Eşler arasında yaşanacak sağlıklı ilişkilerin oluşmasında cinsel tatminin önemli etkisi vardır ve evlilikte gerçekleşen cinselliğin temel fonksiyonu hazzın paylaşılması, eşler arasında yakınlığın artması ve derinleşmesi, yaşamda karşılaşılan ve evlilikte görülen güçlüklerle karşı baş etmede gerilimi azaltmasıdır (27). Bu nedenle evlilikte cinsel yaşamın etkisini çiftlerin genel iletişiminden ayrı düşünmek mümkün değildir (14).

Cinsel işlev bozukluklarının evlilik yaşamını etkileyip etkilemediğinin araştırıldığı çalışmaların sonuçlarına göre, cinsel işlev bozukluğu yaşadığı saptanan eşlerin evlilik yaşamının cinsel işlevinde bozukluk olmayan kontrol grubuna göre daha fazla bozulduğu; sonuç olarak da evlilik yaşamında cinsel işlev bozukluğunun evliliği olumsuz olarak etkilediği ortaya çıkmıştır(14). Tutku ve cinsel tatmin genellikle uzun vadeli ilişkilerde azalır, ancak bu düşüş kaçınılmaz değildir (28).

Kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu kadınların %30 ile %50'sini etkileyen yaşla birlikte arttığı saptanan oldukça yaygın bir sorun olduğu belirtilmekte fakat gün geçtikçe genç kadınlar arasında da sıklığının epey yüksek görülmeye başlandığı bilinmektedir (6). Yapılan çalışmalarda cinsel fonksiyon bozukluğunun kadınlar arasında sık görülen çok faktörlü bir sağlık sorunu olduğu, kadınların psikolojisi üzerinde, sosyal alandaki sağlığı ve eş ilişkileri üzerinde olumsuz etkiler yaratacağı sonucuna varılmıştır(6).

Toplumlarda; Evlilikte cinsellikle ilgili düşünceler bolluk ve bereketin, kutsanmışlığın simgesi olmakla birlikte, yasaklarla ve tabularla da olabildiğince sınırları çizilmiştir. Bu sınırları çizilen durum dışında yaşanan cinsellik, düzeni bozmak için bir başkaldırı sayılmış, kutsal olan duruma karşı olma ve tehdit olarak görülmüştür. Üreme açısından değerlendirildiğinde kutsal bir olgu olarak görülmüş fakat haz da dahil olunca kötü gözle bakılan bir olgu olarak hala bazı toplumlarda o inanışla değerlendirilmiştir. Bu sebepten dolayı yapılan çalışmalarda bazı doğu toplumlarında hala kadının ilişkiden zevk alması utanç sayılmakta, kadın sünneti gibi gerçekleştirilen ilkel yöntemler dini bir zorunluluk olarak kabul edilebilmektedir (14).

Toplumun ve ailenin cinselliğe bakışı, yaklaşmayla ilgili sorunlar, eksik öğrenilen yanlış cinsel bilgiler, cinselliğin dindarlıkla bağdaştırılmaya çalışılması, anne-baba arasındaki olumsuz olan ilişkiler, travma geçmişi, kadın ve erkeğin aralarındaki ilişki şekli, uyarılma eşiğinin yüksekliği, sahip olunan kişilik özellikleri, istismar durumu, ayrılık korkusu, cinsel işlev bozukluğuna zemin hazırlayan sebeplerden bazılarıdır (29).

Yanlış bilgi ve sahip olunan inançlar; eşler arasında cinsel beklentilerin abartılı olmasına, abartılı beklentiler ise cinsel performansla ilgili endişelerin oluşmasına neden olarak çeşitli cinsel işlev bozukluklarına neden olabilmektedir (30). Her iki cinsin de kaynağı belirsiz eksik ve yanlış bilgiler yerine, kaynağı belirli olan yaş gruplarına en uygun şekilde uyarlanmış, iyi planlanmış olan, basit ve kolay anlaşılır eğitim programlarına ihtiyaç vardır (31). Fakat bu yanlış ve eksik bilgi durumunun yalnızca halk düzeyinde olduğunu düşünmek yanlış olur. Daha çekirdekten başlamak gerekirse eğitim gören tıp öğrencilerinin ve çeşitli tıp görevlendirmelerinde çalışan hekimlerin cinsel eğitim programları içine dahil edilmeleri gerekmektedir. Cinsel problemler yaşadığını belirten kişilerin cinsel yaşamla ilgili yaşadığı bu problemlerini çözme süreci içinde, sağlık çalışanlarına danışması doğal olarak onun en temel olması gereken hasta haklarından biridir. Diğer yandan bu tür bir yardım ihtiyacına çözüm olabilecek bir bilgi donanımı içinde bulunmak, sağlık çalışanları için mecburi olan en temel görevlerden biri olmaktadır. Halka verilmesi planlanan cinsel eğitim ise daha organize ve geniş bir planlamayı zorunlu kılar. Çünkü her şeyden önce eğitimi verecek kişilerin sağlıkçı ya da hangi meslek grubundan olursa olsun kendilerinin standart bir eğitimden geçmeleri gereksinimi ortaya çıkacaktır (30).

Cinsel sağlık eğitiminin gerekli olduğu ve içerik konusu ilk kez 1995 yılında IV. Dünya Kadın Konferansı'nda gündeme gelmiştir. Konferansa katılan ülkelere cinsel sağlık eğitiminin yaygınlaştırılması ve kurumsallaştırılması önerisinde bulunulmuş; Türkiye'nin de içinde yer aldığı birçok ülkede bu kararların yerine getirileceği konuşulmuştur. Bu sözleşme kapsamında

Sağlık Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı ve bazı ulusal ve uluslararası kuruluşlar programlar ve eğitimler başlatmışlardır. Bu programlar ülke açısından cinsel sağlık eğitiminde atılmış önemli bir adımdır. Fakat bu eğitimlerin içeriği incelendiğinde daha çok Üreme Sağlığı konusu ve Aile Planlaması gibi konuları kapsadığı görülmüştür ve bu çalışmalar, sürekliliği olmayan çalışmalar olduğu için devamlılığı da olamamıştır (31).

Kadınların yaşadığı problemlerin anlaşılabilmesi ve çözüm olabilecek sonuçlara odaklanabilmek için önce kadınların genital sistem anatomisine ve kadın cinsel işlev fiziyojisine göz atmamız gerekmektedir.

KADIN CİNSEL SİSTEM ANATOMİSİ

Üremeye yardımcı kadın genital organları iç ve dış genitaller olmak iki kısma ayrılmaktadır (Şekil 1, Şekil 2). Dış genital bölge önde simfisis pubisin arkada anal sfinkterin oluşturduğu alan arasında labiumlar, klitoris, vestibuler bulbuslar ve interlabial alandan oluşur İç genital organlar ise vajina, uterus, tuba uterina ve ovaryumdan meydana gelmektedir (32).

Dış Genital Sistem

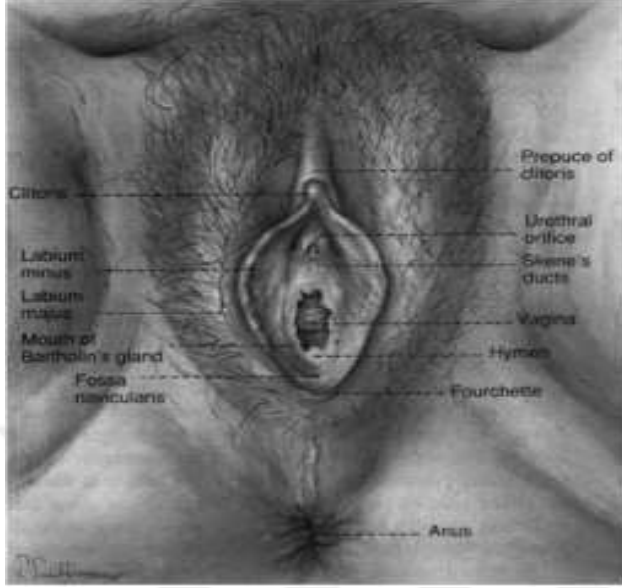
Mons pubis: Gevşek bağ dokusundan oluşan cinsel birleşme sırasında pelvis kemiğini koruyan ve yuvarlak dış hatların oluşmasına yardımcı olan perinenin ön bölgesindeki alandır (33).

Labia major: Damar ve sinir yönünden zengin olan labia majör, mons pubisten aşağıya doğru uzanan yağ ve bağ dokusundan oluşan bir kıvrımdır. Ürogenital yarığın lateralinde yer alır. Labia minör, klitoris, üretra ve vajinal açıklığı korur. Uyarılma esnasında öne ve yukarı doğru yassılaşılarak oldukça yükselir (33).

Labia minör: Labia majörlerin altında yer alan labia minörler damar ve sinirleriyle epeyce zengindir. Kıl ve subkutan yağ dokusu içermemektedir. Labia minörler önde birleşerek üst kısımda klitoral prepsiyumu alt kısımda ise klitoral frenilumu oluşturur. Cinsel uyarılma sırasında çapı artar, genişler, labia majöre doğru çıkıntı yapar. Plato esnasında rengi koyulaşarak kırmızıya dönüşür. Çözülme esnasında ise normal renk ve boyutuna dönüşür (33).

Klitoris: Kadının en hassas cinsel bölgesi olup damar ve sinir yönünden zengin, erektil dokudan meydana gelen, düz kas demetlerinden oluşan silindirik bir organdır. Embriyolojik olarak erkekte penise karşılık gelmektedir. Anatomik olarak baş kısmı ve gövdesi olmak üzere iki kısımdan oluşmaktadır. Baş bölümü yüksek oranda cinsel uyarılara duyarlıdır. Uyarılma

sırasında klitoris başında büyüme, gövdesinde uzama görülür. Çözülme esnasında ise eski pozisyonuna geri döner (33). (Şekil 1).



Şekil 1. Kadın dış genital sistem (32)

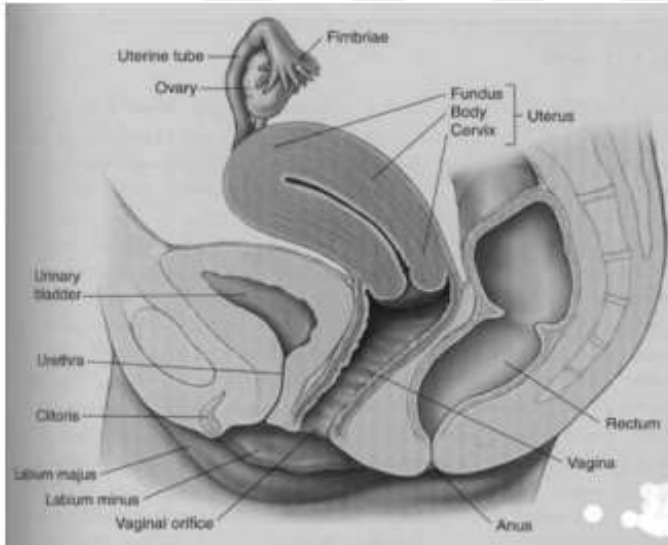
İç Genital Sistem

Vajina: Latince kılıf anlamına gelmektedir. Serviksten vajinal açıklığa kadar uzanan ince duvarlı, genişleyebilen, ön duvarı yaklaşık 5-7 cm, arka duvarı 8-9 cm uzunluğunda olan cinsel birleşmenin meydana geldiği organdır. Vajinanın sadece 1/3 dış kısmı cinsel yönden uyarılabilir, geri kalan kısmın işlevi basıncı hissetmektir. Cinsel uyarı ile birlikte vulvadaki en büyük gland olan ve vajinanın her iki tarafında yer alan Bartolin bezleri ve vajinayı besleyen damarlarda kanın göllenmesinden süzülen sıvı seksüel uyarılarda vajinanın kayganlığını sağlar. Bulbokavernöz ve iskiokavernöz kaslar ile kaplı olduğundan orgazm sırasında penis etrafında kasılabilmektedir. Uyarılma esnasında lubrikasyon, genişleme ve uzama, plato esnasında ileri derecede vazokonjesyon ve genişleme, orgazm sırasında dış 1/3'ünde kasılmalar görülür. Çözülme esnasında ise kabarma ve genişlemeler kaybolur (33).

Grafenberg noktası (G-noktası): Ernest Grafenberg tarafından 1944 yılında tanımlanan G-noktasının jinekolojik muayene esnasında saptanması mümkün değildir. Cinsel uyarılma ile kendini belli eder. Penetrasyonla birlikte meydana gelen kanlanma ve basınç, G noktasını uyararak vajinal orgazma neden olur (33).

Uterus: : Pelvisin içinde, rektum ile mesanenin arasına girmiş, kalın duvarlı, içi boşluklu, müsküler yapıda bir organdır. Cinsel uyarılmada uterin ve servikal gland sekresyonları ile vajinal kayganlaşmaya katkıda bulunur. Uyarılma esnasında pelvis içinde yükselerek boyutu yaklaşık iki katına çıkmaktadır. Orgazm esnasında ise fundustan servikse doğru kasılmalar olmaktadır (33).

Overler: Cinsel ilişkide doğrudan etkileri olmamasına rağmen kadınlık hormonları olarak bilinen östrojen ve progesteron hormonlarının salgılanması görevi vardır. Orgazm esnasında fallop tüpleriyle beraber overlerde de kasılma meydana gelmektedir. Erkeklerde testislerin karşılığıdır. Cinsel ilişkiye direkt etkisi olmasa da kadın genital organlarının cinsel beraberliğe elverişli olmasında ovaryal fonksiyonlar önemli yer tutmaktadır. Bu nedenle postmenopozal dönemde fonksiyonlarının durmasıyla birlikte gelişen hipoöstrojenik durumun neden olduğu genital atrofi ve vajinal kuruluk gibi sorunlar cinsel yaşamda sıkıntılara neden olabilmektedir (33). (Şekil 2).



Şekil 2. Kadın iç genital sistem (32)

KADINLARDA NORMAL CİNSEL YANIT FİZYOLOJİSİ

Cinsel İstek Evresi

Erotik duygu ve düşüncelerin belirdiği, vajinal ıslanmanın (lubrikasyon) ortaya çıktığı ve kişinin bedeninde yaygın olarak kanlanmada artış (vazokonjesyon) görülmesi ile karakterize olan ilk evredir (33).Cinsel döngünün en önemli istek evresidir. Cinselliğin birey tarafından

istenmesiyle birlikte arzulanmasını içerir. Cinsel istek cinselliğin psikojenik tarafını ve bireysel uyarılmayı içeren bir evredir (34).

Uyarılma Evresi

Kadında ıslanma (lubrikasyon) meydana gelir ve cinsel organda kabarıklığın meydana geldiği evredir. Uzun süren bir evre olmakla birlikte eğer cinsel ilişki sırasında uygunsuz bir etken oluşursa azalabilir (34). Klitoriste hafif bir büyüme görülür (33). Bu evrede cinsel uyarının artmasıyla birlikte büyüyen uterusun pozisyonu değişir ve pelvise doğru yükselir (33). Kadının memelerinde kanlanma artışı ve büyüme görülür (33). Uyarılma evresinin süresi çok değişken olabilmekte birlikte yeterli süre ve derecede devam eden bir cinsel uyarı karşısında bu evre çok kısa sürebileceği gibi; kişiye fiziksel ya da psikolojik açıdan uygun olmayan rahatsız edici cinsel uyarı durumunda ya da aralıklı uyarı durumunda uzayabilir ya da kaybolabilir (35).

Plato Evresi

Bu evrede konjesyon ve fizyolojik değişiklikler devam eder. Labia majörde pek bir değişiklik olmazken labia minörde renk değişikliği gerçekleşir ve kırmızıya döner. Klitoris bölgesinde belirgin değişiklik meydana gelir. Büzülerek geri çekilir. Vajinanın özellikle dış 1/3 ünde ileri derecede vazokonjesyon ve genişleme görülür.

Orgazm Evresi

Hazzın en yoğun yaşandığı ancak diğer fizyolojik evrelere göre en kısa süren evre olmaktadır. Orgazm sırasında vajinal kaslarda şiddeti, sıklığı ve sayısı değişen ritmik kasılmalar meydana gelir (34). Özellikle bu kasılmalar pelviste hissedilir (35). Dışı orgazmı uterus ve anal kasılmalarla birlikte istemsiz ve ritmik kasılmaların eşlik ettiği, bilinç değişikliği yaratan, geçici bir zirve hissidir. Kadınların orgazm yeteneği ile ilgili olarak tartışılan psikososyal faktörler arasında yaş, eğitim durumu, bulunduğu sosyal sınıf, dini değerleri, kişilik ve ilişki konuları yer almaktadır (36). Bugüne kadar, kadınlarda orgazmik fonksiyonun artırılmasında plaseboda başka faydalı olduğu kanıtlanmış hiçbir farmakolojik ajan veya etken yoktur (36).

Çözülme Evresi

Bu evre cinsel döngünün son evresidir. Cinsellik yaşandıktan sonra orgazm sonrası bedende ve cinsel organlardaki uyarılmanın azalması ve ortadan kaybolmasıdır (34). Orgazm sonuçlanan veya orgazm gerçekleşmeden sonlanan cinsel ilişki sonrası plato evresinden sonra,

kadın veya erkeğin genital bölgelerinde ve bedenın diğer bölgelerinde gerçekleşmiş olan fizyolojik değişimlerin aynı sırayla ortadan kaybolması ile karakterize bir evredir (37).

KADIN CİNSEL İŞLEVİNDE HORMONLARIN ROLÜ

Kadınlaraın feminen davranışları ve kadın cinselliğinin oluşması hipotalamus, hipofiz ve over aksı, östrojen ve serotonin hormonlarının etkisiyle oluşmaktadır (33). Hipotalamustan salınan gonadotrop relasing hormon hipofizden gonadotrop hormonların salınımını sağlamaktadır (Bu hormonlar folikül stimüle edici hormon, luteinleştirici hormon ve prolaktindir.). Bu hormonlarda FSH ve LH endomterial siklusa ve overlere etkilidir. Overlerden FSH etkisi ile östrojen, LH etkisi ile de progesteron hormonu salgılanır. Bu iki hormon kadın tipi kılınma, göğüste gelişme, kalça ve bel kıvrımları gibi ikincil seks karakterlerinin oluşmasından ve menstrual döngüden sorumludur (33). Östrojen vajına mukozasının nemliliği, asiditesi, yapısının korunması gibi hem genital organların sağlığı ile hem de cinsel istekle alakalı bir hormondur. Cinsel ilişki sırasındaki vajinal yanıtta östrojen sorumludur (33). Periferik ve merkezi sinir sistemindeki iletimde estradiol seviyelerinin etkisi vardır. Hayvanlarda yapılan çalışmalarda uygulanan estradiolun, pudental sinir dağılımındaki dokunma reseptörlerinin duysal eşiklerini etkilediği görülmüştür. Menopoza girmiş kadınlarda östrojen takviyesinin kadınların klitorisi ve vajinal bölgesindeki titreşimi ve hissedilen basınç oranını menopoza girmemiş kadınlarınkine yakın seviyeye getirdiği görülmüştür. Östrojenin bununla beraber klitoral, vajinal bölgedeki ve üretral arterdeki kanlanmayı artırma ve damar genişletme etkilerinin olduğu bilinmektedir.

Kadınlaraın yaş alması ile menopoza girmeleri ve bunun neticesinde östrojen seviyelerindeki azalma sonucu cinsel fonksiyonlarında bir takım değişiklikler görülmektedir. Genellikle bu değişiklikler olumsuz sonuçlar olarak görülmektedir. İlişki sırasında ağrı, istekte azalma, istek azlığına bağlı olarak cinsel aktivitenin de sayısında azalma, cinsel yanıt tepkisinde düşme, genital duyuuda zorluk görülür (38).

Nitrik oksit nöronlarda sentezlenir ve kasların güçlü bir gevşeticisidir. Yapılan çalışmalarda vajendeki atrofinin, apopitozun, azalan cinsel fonksiyonun nitrik oksit azalmasına bağlı olabileceği düşünülmektedir. Bu hormonu sentezleyen sentaz enzimi östrojen kontrolündedir. Çalışmalar, östrojene cevap olarak dişi üreme sisteminde yükselen nitrik oksit, nitrik oksit sentaz gen ekspresyonu ve nitrik oksit sentaz aktivitesi olduğunu göstermiştir (39).

Kadınlardaki cinsel davranışlardan sorumlu bir diğer hormon grubu da over ve adrenal korteks tarafından üretilen androjenlerdir. Östrojen ve progesteron dönemsel olarak değişiklik

gösterirken testosteron da bu şekilde değişiklik görülmemektedir. Bu hormon grubunun görevi istek ve arzu ile ilgilidir (33).

KADINLARDA GÖRÜLEN CİNSEL FONKSİYON BOZUKLUKLARININ SINIFLANDIRILMASI

Cinsellik genel sağlığın ayrılmaz parçalarından biri olmakla yaşamımızdaki diğer alanların içerisinde de önemli bir yer tutmaktadır. Kadın sağlığını ilgilendiren tüm faktörler birbiri ile etkileşimde olduğu için sağlığı olumsuz etkileyen faktörler cinsel yaşamı da olumsuz yönde etkileyerek kadın cinsel disfonksiyonuna sebep olmaktadır (40). Diğer insani etkinlikler gibi cinsel yaşam da genel yaşamın bir parçası olduğu için toplumsal ve kültürel etkilere açık olarak etkilenmektedir. Cinsellikle ilgili inanışların birçoğu abartılı, yanlış ve genellikle taraflıdır(41).

Kadın cinsel fonksiyon bozukluğunu Amerikan Ürolojik Hastalıklar Kurumu (American Foundation of Urologic Disease) 1998 yılında yedi ayrı sınıfta incelemiştir. 2003 yılındaki Uluslararası Kadın Cinsel Sağlık Çalışmaları Derneği (International Society for Study of Women's Sexual Health, Amsterdam 2003) yaptıkları yıllık kongrede bu sınıflandırma yeniden değiştirilip düzenlenmiştir (21). Buna göre;

- *Cinsel istek bozuklukları (hipoaktif cinsel istek, tiksinti)
- *Uyarılma bozuklukları
- *Subjektif cinsel uyarılma bozukluğu
- *Genital uyarılma bozukluğu
- *Kombine uyarılma bozukluğu, (subjektif+genital)
- *Persistan uyarılma bozukluğu
- *Orgazm bozuklukları
- *Disparoni
- *Vajinismus
- *Cinsel aversiyon (tikinti) bozuklukları
- *Non-koital genital ağrı bozukluğu olarak sınıflandırılmıştır (21).

DSM-IV' te yer alan kadın cinsel fonksiyon bozuklukları ise hipoaktif cinsel istek bozukluğu, cinsel uyarılma bozukluğu, orgazm bozukluğu, disparoni, vajinismus ve diğer cinsel işlev bozuklukları olarak sınıflandırılmış olup; DSM-V te ise bu gruplar kadın cinsel ilgi/uyarılma bozukluğu, orgazm bozukluğu, genitopelvik ağrı/penetrasyon bozukluğu olarak 3 ana başlıkta toplanmış ve semptomlara süre, sıklık ve şiddet gibi nesnel ölçütler de eklenmiştir. Diğer cinsel işlev bozukluklarından ise tiksinti bozukluğu çıkarılmıştır (42).

DSM-IV VE DSM-V SINIFLAMASI FARKLARI

DSM-IV Kategorileri

*İstek Bozuklukları

1-Hipoaktif cinsel istek bozuklukları

2-Cinsel tiksinti bozukluğu

*Uyarılma Bozuklukları

*Orgazm Bozukluğu

*Ağrı

1-Disparoni: Koitusta pelvik ağrı

2-Vajinismus: Penetrasyonda ağrıya neden olan pelvik taban kas spazmı

*Diğer Cinsel İşlev Bozuklukları

DSM-V KATEGORİLERİ

*İstek/Uyarılma Bozuklukları

Hipoaktif İstek bozukluğu ve uyarılma bozukluğu aynı kategoride birleştirilmiştir.

*Kadın Orgazm Bozuklukları

*Genitopelvik Ağrı/Penetrasyon Bozukluğu

Disparoni ve vajinismus birleştirilmiştir (43)

*Diğer cinsel işlev bozukluklarından tiksinti bozukluğu kaldırılmıştır (31).

CİNSEL İŞLEV BOZUKLUKLARI (DSM-4)

Cinsel İstek Bozuklukları

***Cinsel istekte azalma bozukluğu:** Kadında azalmış cinsel istek bozukluğu belli bir süre boyunca tekrarlayan cinselliğe karşı duyarsızlık, cinsel fantezilerin azalması, cinsel arzunun azalmış olması ya da hiç olmaması durumlarında ortaya çıkmaktadır. Cinsel olarak uyarılmak için gerekli motivasyonlar ve tetikleyiciler yeterli değildir veya yoktur. İsteksizlik hali hazzı da olumsuz olarak etkiler. Orgazm da genelde meydana gelmez. Etyolojisinde çeşitli etkenler yer almaktadır. Bunlar arasında mutsuz yaşam, taciz, travma, stres, yorgunluk gibi psikolojik etkenler, ilaçlar (özellikle Selektif serotonin reuptake inhibitör grubu), diyabet, hipertansiyon, hipotiroidi, meme kanseri gibi kronik hastalıklar, androjen azalması, eş ile ilişki durumu yer almaktadır (44). Aile ilişkisinde memnuniyetsizlik, eşin erektil disfonksiyonu, cinsel ilişki ile ilgili ihtiyaçlar, korkular ve istekleri ifade etmede ve seks konusunda zayıf iletişim içinde bulunma cinsel istekte azalmaya yol açar. Cinsel istek durumunda erişkinlikte

bir problem yaşamayıp sonradan yaş ilerledikçe azalma durumlarında tedaviye daha olumlu sonuç alınırken, istekle ilgili uzun zamandan beri sıkıntı yaşayanların tedavi süreci de daha uzun ve zorlu olmaktadır (1). Tedavisinde psikolojik problemlerin ortadan kaldırılması için danışmanlık ve ilaca bağlı durumlarda değiştirilmesi, doz azaltılması veya kesilmesi gibi çözümler bulunabilir (44).

***Cinsel tiksinti bozukluğu:** Bu bozukluğun olduğu kadınlarda cinsel ilişkiye tiksinti derecesinde soğukluk vardır. Çok sık görülmesine de sebebi genellikle yaşanmış travma sebebiyledir (1). Tiksinti bozukluğu azalmış cinsel isteğe ve diğer cinsel işlev bozukluklarına göre daha nadir olarak görülür. Ülkemizde sık rastlanan bozukluklardan biridir (35). Fakat cinsel tiksinti bozuklukları, cinsel arzu bozuklukları içinde nadir görüldüğünden ve yapılan çalışma sayılarının az olması sebebiyle DSM-V' te çıkarılmıştır (45).

Cinsel Uyarılma Bozuklukları

Sürekli olarak yineleyici şekilde azalmış cinsel istek ve orgazm sorunlarıyla beraber cinsel uyarılara karşı herhangi bir tepki oluşmaması durumudur. Cinsel uyarılara karşı vücutta herhangi bir fizyolojik tepki oluşmaz. Hastalığa bağlı, ilaçların yan etkisi olarak veya psikolojik problemlere bağlı olarak oluşabilir (1). Psikolojik etkenler, mutsuz yaşam, sosyal problemler, depresyon, ilaçlar, otonom sinir sistemini etkileyen nörolojik hastalıklar, diyabetik ve komplikasyonları, jinekolojik hastalıklar, dokuları etkileyen radyoterapi hasarı gibi nedenler, cinsel uyarılma bozukluğuna tek başına ya da birlikte zemin hazırlayabilmektedir. Etyolojide birçok etken olduğu için tedavisi de nedene yöneliktir.

Orgazm Bozuklukları

Sağlıklı ve tatminkar cinsel yaşam için orgazm, cinsel yaşamın en önemli parçalarından biridir. Kadının cinsel birleşimde bu evreye geçememesi veya bu evrede çok az kalabilmesidir. En sık ikinci işlev bozukluğu hastalığıdır (46). Kadınların yaklaşık üçte birinde orgazm bozuklukları görülmektedir. Tutucu değer yargıları, travma geçmişi, cinsellikle ilgili yetersiz bilgi ve deneyim, eşle olan iletişim yetersizliği, cinsel uyarının ve ön sevişmenin yetersiz olması, eşin cinsel sorunları en sık psikolojik nedenlerdendir (35).

Cinsel Ağrı Bozuklukları

***Disparoni:** Disparoni, cinsel birleşme sırasında vajina bölgesinde hissedilen ağrıdır (1). Psikolojik etkenler nedeniyle görülebilir. Bunun yanı sıra idrar yolları enfeksiyonları,

genital sisteme ait enfeksiyon gibi patolojik nedenleri de olabilir. Disparoninin tedavisi cinsel terapi yolu ile yüksek oranda çözülebilmektedir (1).

***Vajinismus:** Vajinismus, vajinada meydana gelen cinsel birlikteliği önleyecek şekilde belirli bir kısımda sürekli ve istemsiz olarak kaslarda meydana gelen kasılmaların olması durumudur. Vajinadaki kasılmadan dolayı giriş oldukça zorlanır. Bu kasılmanın meydana gelmesi için cinsel birleşmeye gerek yoktur. Fiziksel olarak cinsel birleşme olmadan sadece fikri bile bu kasılmaya sebep olabilir. Vajinismus potansiyeli kadında cinsel birleşme olmadan çok daha önce başlamış olabilir. Genellikle evlilik döneminde farkedilir. Vajinismus kadınların yetiştiği kültürdeki tutuculuk ve buna bağlı psikolojik etkilerine bağlı olabilir. Vajinismusun meydana geldiği kadınların genel olarak toplum içerisinde pasif yaşayan, otoriteye karşı koyamayan, kırılabilir yapıdaki ve uyumlu davranan kişilikteki bireyler olduğu görülmüştür. Toplumdaki cinselliğe karşı mitler ve tabular kadını pasifleştirmekte ve cinselliğe karşı negatif yönlendirmektedir. Böyle bir durumda kadın cinselliği yaşamaktan korkar. Cinsellik zihninde “tikinti” uyandırır. Bilinçaltında cinsel ilişki bir “saldırı” olarak yer eder ve aktif bir cinsel ilişki sırasında savunma mekanizması olarak vajinismus ortaya çıkar. Doğru tedavi ile bu durumun iyileşme oranı yüzde yüze yakındır (1).

Diğer Bozukluklar;

Genel tıbbi bir duruma bağlı CFB

Madde ve ilaç kullanımının yol açtığı CFB

Başka türlü adlandırılmayan CFB: Diğer tanımlanmış cinsel işlev bozuklukları ve tanımlanmamış cinsel işlev bozukluğu olarak DSM-V’ te değiştirilmiş olup,

Bu kategori Cinsel İşlev Bozukluğu için herhangi bir kritere uymayan cinsel işlev bozukluklarını içerir. Hastanın cinsel işlev bozukluğu olduğu sonucuna varılmıştır fakat fakat ya belirtiler karışık, atipiktir; ya da primer nedenin genel bir tıbbi durum ya da madde kullanımı mı olduğunu belirlemediştir (42).

Günümüzde cinsel işlev bozukluklarına oldukça sık rastlanmaya başlanmıştır. Kadın veya erkek farketmeden yapılan çalışmalar doğrultusunda en az 3 kişiden birinde hayatlarının herhangi bir döneminde cinsel işlev bozukluğuna maruz kaldığını gösterilmektedir (35). Ülkemizde yaşanan cinsel fonksiyon bozuklukları ile ilgili kadınların yaşadığı problemlerin gösterildiği çalışmalar yetersiz olduğu için yeteri kadar veri bulunmaktadır. Fakat son yıllarda gerçekleştirilen çalışmalar ülkemizde kadın cinsel fonksiyon bozukluklarına gereken önemin verilmeye başlandığını göstermekte olup yapılan çalışma sayısı gün geçtikçe artmaktadır.

Ülkemizde Yılmaz ve ark. (47) yaptığı çalışmada kadınlardaki vajinismus görülme oranı %15,3 ve orgazm olamama oranı ise %5,3 olduğu bulunmuştur. 1990'lı yılların başında National Health and Social Life Survey (NHSLs), kadın cinsel fonksiyon bozuklukları ile ilgili verilerini sunmuştur. Yapılan Bu çalışmada yaşları 18 ile 59 arasında olan, 1749 kadın ve 1410 erkek hasta değerlendirilmiştir. Cinsel fonksiyon bozukluğu kadınların %43'ü, erkeklerin ise yaklaşık olarak %31'inde bildirilmiştir (15).

CİNSEL ÖYKÜ NE ZAMAN VE NASIL ALINMALI ?

Birinci basamağa başvuran hastanın cinsel sağlığı ile ilgili öyküsü, hastanın doğrudan cinsel fonksiyon bozukluğu olduğunda, cinsel fonksiyon bozukluğuna yol açabilecek bir problemi olduğunda, belirttiği problemin cinsel fonksiyon bozukluğuna yol açabileceği düşünüldüğünde mutlaka alınmalı (48). Birinci basamakta cinsel öykü almak cinsel yolla bulaşan hastalıkların önünü kesmeye, kulaktan dolma bilgiler yerine hastayı tıbbi bilgilerle yönlendirilmeye, eğer ilaç kullanıyorsa bununla ilişkisinin varlığına bakılarak çözüm bulmaya yarar (48). Cinsel işlev problemleriyle ilgili konuşmak için uygun ortam sağlanmalı. Bu ortam rahat, dışardan çok ses iletimi olmayan, mümkünse eş de dahil edilerek, ucu açık sorularla, tıbbi kelimeler yerine daha anlaşılır bir dille, yumuşak ve sakin bir ses tonu ile yapılmalı (48).

Cinsel işlev problemleri olduğunu söyleyen hasta muayenesi yapıldıktan sonra bu tetkiklerle değerlendirilir; jinekolojik muayene, hormon tetkikleri (FSH ve LH, Serbest ve total Testosteron, Prolaktin düzeyi, Östradiol düzeyi), tiroid fonksiyon testleri, lipid profili, karaciğer fonksiyon testleri, böbrek fonksiyon testleri, hemogloblin A1c, kortikosteroid düzeyi, vajinal PH ölçümü, doppler USG (genital organlardaki kan akışı değerlendirilir.) , nörofizyolojik açıdan değerlendirmek için de MR görüntülemesi yapılmalıdır (15, 33). Fizik muayene için iç genital organlar ve dış genital organlar enfeksiyon, atrofi varlığı, herhangi bir tümoral yapı açısından değerlendirilip, vajen duvar kalınlığı, prolapsus, tiroid bez muayenesi yapılarak tamamlanmalı (33).

Birinci basamakta hasta değerlendirildikten sonra hastanın tatmin olmadığı düşünülüyorsa, yapılan tedavi başarılı olmadıysa, anatomik olarak bir problem varsa, hastada travma durumu görüldüyse, nörolojik bir sorun olduğu düşünülüyorsa mutlaka sevk edilmeli (48). Birinci basamakta yapacağımız öykü alma ile görüşme sayesinde çözülebilecek problemler gereksiz tetkik istenmeden ve zaman kaybedilmeden çözülmüş olur, hastanın bir problemi yoksa bile cinsellikle ilgili verilen bilgiler neticesinde yeterince bilgi sahibi olması sağlanır, daha sonra olabilecek risk faktörleri de belirlenmiş olur (48).

DEPRESYON VE CİNSELLİK

Yapılan çalışmalarda genel popülasyonla kıyaslandığında depresyon hastalarında daha fazla oranda cinsel işlev bozukluğu görüldüğü ile ilgili ortak görüş vardır. İsviçre’de yapılan bir çalışmada depresyon hastalarında cinsel işlev bozukluğu yaygınlığı normal kontrol grubundan iki kat fazla bulunmuştur (49).

Hastalardaki rahatsızlıkları sıklık olarak özelleştirecek olursak tedavi edilmemiş depresyon hastalarında en sık görülen bozukluk cinsel istekte azalmadır (49).

Cinsel işlev bozukluğu hem depresyonun belirtisi olarak ve hem de pek çok antidepresan ilacın yan etkisi olarak hastalık ya da tedavi yan etkisi şeklinde karşımıza çıkar. Yaşanan çıkan sorunlar istek, uyarılma ve orgazmda azalma şeklinde meydana gelebilir (49).

Depresyonun, azalmış cinsel işlev ile kuvvetli bir şekilde ilişkili olduğu görülmüştür (50). Özellikle depresyon başlamadan önce düşük cinsel zevk seviyesine sahip hastalar arasında cinsel işlev bozukluğu yapması nedeniyle, antidepresan kullanımının olumsuz etkilendiği söylenebilir (51). Cinsel işlev bozukluğu ayrıca antidepresanlarla tedavinin sık görülen yan etkilerinden biridir (51).

Depresyonun görüldüğü hastalarda, hastaların bildirdiği cinsel işlev bozukluğu ve sorgulanarak saptanan cinsel işlev bozuklukları arasında önemli fark olduğu görülmüştür. Fransa’da 4557 depresyon hastası üzerinde gerçekleştirilen büyük bir çalışmada hastalar tarafından kendilerince saptanıp bildirilen cinsellikle ilgili problemlerin oranı %35 olarak bulunmuştur. Doktorun sorgulamasıyla bu oranın %69 olduğu fark edilmiştir. Yapılan bu çalışmada tedavide çeşitli antidepresan ilaçların kullanımı sonrası hastaların %71’inde cinsel fonksiyonda bozukluk olduğu saptanmıştır (52). Bu nedenle antidepresanlarla tedavide cinsel işlev bozukluğu, atlanmadan hastalarda sorgulama yapılması, izlenmesi ve tedavi edilmesi gereken bir yan etkidir (52).

KRONİK HASTALIKLARDA CİNSELLİK

Bir kadının cinsel işlevinin, cinsel geçmişi, tıbbi geçmişi, hastalığı ve buna bağlı olarak kullandığı ilaçların etkilerinin çerçevesinde yaşanabileceği düşünülmelidir. Ayrıca cinsel işlevde mevcut psikososyal ve kişiler arası ilişkilerin de etkili olacağı atlanmamalıdır. Bu nedenle hekimin cinsel işlev bozukluğuna sebep olabilecek üç etkeni tanıması önerilir. Bunlar geçmiş psikoseksüel gelişim, güncel yaşam durumu ve komorbid hastalık, ilaçlar ve önceki geçirilmiş cerrahi dahil tıbbi durumlardır (50).

Kronik hastalığı olan bireylerin hem günlük yaşamı idame ettirme şekilleri, hem de psikolojik durumları etkilendiği için cinsel yaşamlarını bunlardan ayrı tutmak ve etkilemediğini

düşünmek imkansızdır. Çünkü cinsellik her yönden tam bir sağlık halini gerektirir. Cinsel fonksiyon bozuklukları da hastalıkların sadece biyolojik etkilerinden dolayı değil, psikolojik ve kişiler arası etkileşimden dolayı da olabilmektedir. Cinsel işlev bozuklukları sebep olarak araştırıldığında hastalık habercisi olabilirken, tedavi veya hastalık sonucu da gelişebileceği unutulmamalıdır (53). Bu nedenle cinsel problemi olan hastaları sorgularken kronik hastalık ve kullanılan ilaçların buna sebep olabileceği düşünülerek mutlaka irdelenmelidir. Kadioğlu ve ark. (54) yaptıkları çalışmada metabolik sendrom ve obezitenin kadınların cinsel fonksiyonu üzerine etkili görünmediğini, fakat metabolik sendromun en çok lubrikasyonla alakalı olduğunu bildirmişlerdir. Çayan ve ark. (55) ise kadın cinsel disfonksiyonu ve kronik hastalıklar arasında saptanan anlamlı ilişkiyi ortaya koymuşlardır. Metabolik sendrom ve obezitede görülen aşırı inflamasyondan kaynaklanabilen endotelial disfonksiyon, genitouriner organlara zayıf kan akışına yol açabilir, böylece bu hastalıklar ve cinsel işlev bozukluğu arasında patofizyolojik bir bağlantı sağlar.

Hastalıkların yanında, kullanılan ilaçlar da cinsel işlev bozukluğuna yol açabilir.

Cinsel İsteği Azaltan Hastalıklar (56)

- Pituitar/hipotalamik: İnfiltratif hastalıklar, tümörler
- Endokrin: Testosteron eksikliği (kastasyon, adrenal hastalıklar, her iki yumurtalığın alınması), tiroid hastalıkları, endokrin salgılayan tümörler, cushing hastalığı, adrenal yetmezlik
- Psikiyatrik: Depresyon, stres, madde kullanımı
- Nörolojik: Dejeneratif hastalıklar
- Ürolojik/jinekolojik: Peyronie, fimoz, jinekolojik ağrı sendromları
- Renal: Diyaliz, terminal dönem böbrek hastalığı
- Kronik ağrı ve yorgunluğa neden olan durumlar: Kanser, KOAH, artrit, karaciğer hastalıkları

Cinsel İsteği Azaltan İlaçlar (56)

- Antihipertansifler
- Diüretikler: tiazidler, spironolakton
- Sempatolitikler: metildopa, klonidin, rezerpin
- Alfa blokerler (özellikle seçici olmayanlar)
- Beta blokerler
- Psikiyatrik ilaçlar: antidepresanlar ,antipsikotikler, anksiyolitikler

- Antiandrojenik ilaçlar: digoksin, H-2resptör blokerleri
- Alkol
- Ketakonazol
- Niasin
- Fenobarbital

Kadınların cinsel fonksiyonlarındaki problemlerin çoğunlukla psikojenik olduğu düşünülse de, başka tıbbi durumların da sebep olacağı akılda tutulmalıdır. Östrojen replasman tedavileri, menopoz dönemindekilerin disparonisi ve vajinal kuruluk problemleri için metil testosteron kullanılabilir (38).

Günümüzde İntegratif uygulamalara insanlar,

*Bakımı ve tedavisi güç, kronik, malign hastalıkların artması

*Tedavi mümkün olsa bile yüksek teknolojiden dolayı yüksek maliyetin olması,

*Tedaviye ulaşabilmelerindeki güçlükler,

*Sağlık çalışanlarının yoğun çalışmasından dolayı kendilerine yeterince zaman ayıramayacaklarını düşünmeleri,

*Kullanılan tedavilerin olası yan etkilerine şüpheyle yaklaşmaları ve korku duymaları nedeniyle integratif tıp uygulamalarına daha fazla ilgi göstermeye başlamışlardır.

İntegratif tıp uygulamalarının birçok hastalıkta olduğu gibi cinsel fonksiyon bozukluklarında da insanlar tarafından kullanılmakta olduğu görülmektedir. Bu uygulamalara örnek verecek olursak akupunktur, egzersizler, biofeedback, yoga, diyet, besin desteği (vitamin ve mineraller), homeopati söylenebilir (57).

Orta-genç yaş grubunun ülkemizdeki cinsel tedavi merkezlerine başvurulardaki sıklığının arttığı dikkati çekmektedir. Cinsel tedavi merkezleri, ilgili poliklinikleri ve bu konuyla ilgili çalışma yapan sağlık çalışanlarının son yıllarda hızla artış göstermesine rağmen, hasta başvurularındaki yükseliş bunun önüne geçmiştir. Cinsellik alanında hem ilgi hem de bilincin artması, medyanın cinsellikte daha etkin olması ve insanlar üzerindeki etkisi, eskisine göre cinsel tedavi imkanlarında son zamanlardaki ciddi artış buna neden olarak gösterilebilmektedir. Cinsellikle ilgili tüm bu gelişmeler ve ilginin artmış olması tıp biliminin ve tüm sağlık çalışanlarının bu alanda daha bilgili ve hazırlıklı olmasını gerekli hale getirmiştir (35).

Cinsellikle ilgili gelişmelerin takip edilmesi cinsel sağlık alanında aktif olarak çalışan sağlık çalışanlarının görevidir. Çünkü sağlık personeli toplum içinde ve eğitim ve sağlık kuruluşlarında insanlarla ilk karşılaşan birimlerde görev almaktadır. Cinsel sağlıkla ilgili

toplumu eğitici, danışmanlık yapıcı ve araştırmacı roller üstlenmektedirler. Hastalarla gerektiği gibi yakın iletişim kuran, danışmanlık yöntemleriyle ilgili deneyimli ve cinsel sağlığın geliştirilmesi konularında fikri olan, insanlara konfor sağlayan ve problemlerini çözme konusunda destekleyici bir ortam sağlayan sağlıkçılarının toplumun genel olarak cinsellik de dahil olmak üzere sağlığının geliştirilmesine önemli faydaları olacaktır.



GEREÇ VE YÖNTEMLER

Çalışmamız 2019-2020 tarihlerinde Edirne İl Merkezinde yaşayan 18-49 yaş arası evli kadınlarla yapılmıştır. Etik kurul onayı Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulunun (TÜTF-BAEK) 23.12.2019 Tarihli 2019/454 sayılı kararı ile alınmıştır (Ek-1). Çalışma izni Edirne İl Sağlık Müdürlüğünden 2020/2 sayılı karar ile alınmıştır (Ek-2). İl merkezindeki çalışmaya gönüllü evli kadınlar dahil edilmiştir. Çalışmamızın evrenini yapılan 25,441 kadın oluşturmuştur. Örneklem ise hesaplamalar sonrası rastgele örneklem yöntemiyle 385 kişi olarak bulunmuş ve bu sayıya ulaşılmıştır.

Araştırmaya dahil edilme kriteri Edirne il merkezinde yaşıyor olmak, evli olmak, gönüllü olmak, okur yazar olmak olarak belirlenmiştir. Menopozda olmak, gebe olmak, son 4 hafta içinde doğum yapmış olmak, boşanmış veya eşi vefat etmiş olmak, Edirne il merkezinde yaşamıyor olmak, 18 yaş altı veya 49 yaş üzeri olmak, gönüllü olmamak ve okur yazar olmamak ise araştırmaya dahil edilmeme kriteri olarak belirlenmiştir.

Anket formuna yanıt vermeyen iki katılımcı çalışmadan çıkartılmış ve 385 veri formu üzerinden çalışma tamamlanmıştır.

Çalışmamızda katılımcıların kimlik bilgileri toplanmamıştır. Katılım onayları anket veri formunun girişinde yer alan, çalışmayı açıklayan ve çalışmaya katılımlarını talep eden içerik ile sağlanmıştır.

Etik kurul onayı ve İl Sağlık Müdürlüğü'nden gerekli onay alındıktan sonra çalışma araştırmacı tarafından hazırlanan anket (Ek-3) yardımıyla toplandı. Anket, katılımcıların sosyodemografik özellikleri, boy ve kilosunun, evlenme şeklinin, aile tipinin, çalışma durumunun, doğum/doğum şeklinin, gebelikte yaşamış olduğu problemlerin sorgulandığı,

kronik hastalık varlığı ve varsa kullandıkları ilaçların sorgulandığı ve cinsellikle ilgili bilgi veya düşüncelerin sorgulandığı sorularla beraber, 19 sorudan oluşan kadın cinsel fonksiyon indeksi,18 sorudan oluşan cinsel yaşam kalitesi kadın formu,7 sorudan oluşan birinci basamak için Beck Depresyon Tarama ölçek soruları olmak üzere toplam 79 sorudan oluşmuştur.

CİNSEL YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ – KADIN

Bu ölçek Symonds ve ark. (58) tarafından geçerlik ve güvenilirliği yapılmış bir ölçektir. Ölçek 18 yaşın üzerindeki tüm kadınlara uygulanabilir ancak ölçeğin orijinali 18-65 yaş grubundaki kadınlarda yapılmıştır. Ölçekte kadınların kendi kendine yanıtlayabilecekleri, uygulanışı kolay ve altılı likert tipinde olan 18 maddeden oluşmaktadır. Son dört hafta içindeki cinsel yaşamı düşünülerek cevaplanmalıdır. Ölçeğin orijinalinde her bir maddenin 1-6, ya da 0-5 arasında puanlanabileceği belirtilmektedir. Bu çalışmada 1-6 puan sistemi (1=Tamamen katılıyorum, 2=Büyük ölçüde katılıyorum, 3=Kısmen katılıyorum, 4=Kısmen katılmıyorum, 5=Büyük ölçüde katılmıyorum, 6=Hiç katılmıyorum) kullanılmıştır. Bu şekilde ölçekten alınabilecek puan aralığı 18-108 arasındadır [14]. Diğer taraftan 0-5 puanlama sisteminde ise puan aralığı 0-90 olmaktadır. Toplam puan hesaplanmadan önce 1, 5, 9, 13, 18 numaralı maddelerin puanlarının tersine çevrilmesi gerekmektedir. Ölçekten alınan toplam puan 100'e dönüştürülmelidir. Toplam ölçek puanının 100'e dönüştürülmesi için; (Ölçekten alınan ham puan-18)x100/90 formülünün kullanılması gerektiği belirtilmektedir. Örneğin ölçekten alınan ham puan toplamı 63 olan bir bireyin 100'e dönüştürülmüş ölçek puanı; (63-18)x100/90=50 olmaktadır. Ölçekten alınan puanın yüksek olması kadınların cinsel yaşam kalitesinin iyi olduğunu göstermektedir.

BİRİNCİ BASAMAK İÇİN BECK DEPRESYON TARAMA ÖLÇEĞİ

Birinci basamak için Beck Depresyon ölçeği yalancı pozitif depresyon oranlarını azaltan bir tarama testi olarak kullanılır. 7 başlık altında üzüntü, kötümserlik, geçmişteki başarısızlıklar, kendini beğenmeme, kendini suçlama, ilgi kaybı ve intihar düşüncesi veya isteği belirtileri sorgulanarak depresyon taraması yapılmaktadır. Her soru 0'dan 3'e kadar dört basamaklı bir derecelendirme içermektedir. BDÖ-BB puanı her başlıktaki en yüksek puanların toplanmasıyla elde edilir. Ölçekten toplam en fazla 21 puan elde edilebilir. Herhangi bir kesme puanı bildirilmemekle birlikte 4'ün üzerindeki puanlarda depresyon olasılığı %90 üzerindedir.

KADIN CİNSEL FONKSİYON İNDEKSİ

Ölçeğin yapısında; istek, uyarılma, kayganlaşma, orgazm doyum ve ağrı olmak üzere altı alt boyut bulunmaktadır. Her bir madde sıfırdan beş e kadar puanlanmaktadır. Cinsel istek seviyesi 1. ve 2. sorularda; uyarılma durumu 3-6. sorularda; kayganlaşma durumu 7-10. sorularda; orgazm seviyesi 11-13. sorularda; doyum, eşiyile yakınlık durumu 14-16. sorularda; ağrı veya rahatsızlık 17-19. sorularda değerlendirilmiştir. İstek için 0,6; uyarılma ve kayganlaşma için 0,3; orgazm doyum ve ağrı için 0,4 katsayıları kullanılmıştır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 2, en yüksek puan ise 36 olarak hesaplanmıştır. Testin iç tutarlılık ve test-tekrar test güvenilirliği Cronbach's alfa ile 6 alt boyut için ayrı ayrı belirlenmiş ve değerleri 0,82 ve daha yüksek bulunmuştur. FSFI puanı düşük olan grupta CFB görülme oranı yüksek, FSFI puanı yüksek olan grupta ise cinsel fonksiyon bozukluğu görülme oranı düşük olarak değerlendirilmektedir. Kısaca ters bir ilişki vardır. Puan düştükçe CFB görülme oranı yükselmektedir.

VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırma verileri SPSS 21.0 istatistik programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu görsel (histogram ve olasılık grafikleri) ve analitik yöntemler (Kolmogorov-Smirnov / Shapiro-Wilk testleri) kullanılarak araştırılmıştır. Araştırmanın tanımlayıcı istatistikleri için normal dağılıma uyan verilerde ortalama ve standart sapma, normal dağılıma uymayan verilerde ortanca ve minimum-maksimum kullanılarak gösterilmiştir. Bağımsız gruplarda sürekli değişkenlerin parametrik özellikleri taşıyanlarının karşılaştırılmasında Student-t Testi veya One Way Anova Varyans Analizi, bağımsız gruplarda sürekli değişkenlerin parametrik özellikleri taşımayanlarının karşılaştırılmasında Mann Whitney U Testi veya Kruskal Wallis Varyans Analizi kullanılmıştır. Sürekli değişkenlerin parametrik özellikleri taşıyanlarının korelasyonunda Pearson Testi, sürekli değişkenlerin parametrik özellikleri taşımayanlarının korelasyonunda Spearman Testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık için p değerinin 0,05'den küçük olması kabul edilmiştir.

BULGULAR

Edirne il merkezinde yaşıyan 18-49 yaş arası evli kadınların cinsel yaşam kalitelerinin değeriendirilmesi amacıyla yapmış olduğumuz çalışmamızdaki elde ettiğimiz bulgular aşağıda görüldüğü gibidir (Tablo 1, Tablo 2).

Çalışmaya 385 evli kadın dahil edilmiştir. Beşerli yaş gruplarına ayrıldığında 18-24 yaş arası 65 kadın (%16,9), 25-29 yaş arası 65 kadın (%16,9), 30-34 yaş arası 64 kadın (%16,4), 35-39 yaş arası 64 kadın (%16,6), 40-44 yaş arası 64 kadın (%16,6), 45-49 yaş arası 64 kadın (%16,6) çalışmaya katılmıştır. Yaş ortalaması $33,47 \pm 8,78$ idi. Kadınların yaşlarının ortanca değeri ise 33 olduğu saptanmıştır.

Çalışmaya katılan kadınların eşlerinin yaş ortalamalarının $37,58 \pm 10,04$ olduğu saptanmıştır. Ortanca değeri ise 36 olarak saptanmıştır.

Çalışmaya katılan kadınlar hem boy hem kilosunu belirtmiş olup, beden kitle indeksleri hesaplanmıştır. Ve beden kitle indeks ortalamalarının $24,98 \pm 4,30$ olduğu görülmüştür.

Çalışmaya katılan kadınların evlilik süresinin ortalama $9,01 \pm 7,61$ yıl olduğu görülmüştür. Evlilik yıllarının ortanca değeri ise 7 olarak hesaplanmıştır.

Çalışmaya katılan kadınlar kaç çocuk sahibi olduğu sayısına verdiği cevaplardan katılımcıların ortalama sahip olduğu çocuk sayısının ortanca değeri ise 1 olduğu görülmüştür.

Yaptıkları düşük sayısı sorgulandığında 77 kadının düşük yaptığını belirttiğini ve ortalama $1,31 \pm 0,54$ düşük sayısının olduğu görüldü. Düşük sayısı ortanca değeri de 1 olarak hesaplanmıştır.

Çalışmaya katılan kadınlardan eğitim durumları incelendiğinde verdikleri cevaplar 11 kadın ilkokul (%2,9), 39 kadın ortaokul (%10,1), 127 kadın lise (%33,0), 208 kadın ise yükseköğretim ve üzeri (%54,0) eğitim aldığını belirtmiştir.

Çalışma durumlarını sorguladığımız kadınların 174 kadın hiçbir işte çalışmadığını (%45,2), 211 kadın ise herhangi bir işte çalıştığını (%54,8) belirtmiştir.

Çalışmamıza katılan kadınların yaşadıkları aile tipi sorgulandığında 309 tanesinin aile tipinin çekirdek aile tipinde (%80,3), 76 kadının ise geniş aile tipinde (%19,7) olduğu belirtilmiştir.

Evlenme şeklinin sorguladığımızda çalışmaya katılan kadınlardan 67 tanesi görücü usulü evlendiğini (%17,4), 318 tanesi ise kendi tercihi sonucu (%82,6) evlendiğini belirtmiştir. Görücü usulü evliliğin oranının oldukça düşük olduğu saptanmıştır.

Ekonomik durumunu sorguladığımız kadınların verdikleri cevaplara göre evlerindeki gelir düzeylerinin gelir giderden az, eşit ve fazla olarak sınıflandırıldığında, 53 hanede gelirin giderden az (%13,7), 254 hanede eşit (%66,0) ve 78 hanede gelirin giderden fazla (%20,3) olduğu cevabı verildiği saptanmıştır.

Çalışmamıza katılan kadınların 308 tanesi hiç düşük yapmadığını (%80), 77 tanesinin ise daha önce en az bir kere (%20) düşük yaptığını belirtmiştir.

Yapılan küretajı sorguladığımızda ise kadınların 323 (%83,9) katılımcı daha önce hiç küretaj yaptırmadığını, 62 katılımcı ise en az bir kere (%16,1) küretaj yaptırdığını belirtmiştir.

Çalışmamıza katılanlardan 118 kadın (%30,6) henüz hiç doğum yapmamış olduğunu, 267 (%69,4) kadın ise doğum yaptığını belirtmiştir.

Yapılan doğum şekli sorgulandığında ise kadınların %26,2'si vajinal doğum, %73,8'i ise sezaryen doğum yaptığını belirtmiştir.

Çalışmaya katılan kadınların Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçek sorularına verdikleri cevaplar değerlendirildiğinde aldıkları puanların ortalama $72,55 \pm 29,11$ olarak hesaplanmıştır.

Çalışmaya katılan kadınların Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi sorularına verdikleri cevaplarının ortalama puanları $22,41 \pm 10,02$ olarak hesaplanmıştır (Tablo 1).

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımları (n=385)

Özellikler	Kişi Sayısı (n)	Yüzde(%)
Yaş		
18-24	65	16,9
25-29	65	16,9
30-34	63	16,4
35-39	64	16,6
40-44	64	16,6
45-49	64	16,6
Eğitim durumu		
İlkokul	11	2,9
Ortaokul	39	10,1
Lise	127	33,0
Yüksekokul ve üzeri	208	54,0
Çalışma durumu		
Çalışmıyor	174	45,2
Çalışıyor	211	54,8
Aile tipi		
Çekirdek aile	309	80,3
Geniş aile	76	19,7
Evlenme şekli		
Görücü usulü	67	17,4
Kendi isteği ile	318	82,6
Ekonomik durum		
Gelir giderden az	53	13,7
Gelir gidere eşit	254	66,0
Gelir giderden fazla	78	20,3
Kadına ait obstetrik ve jinekolojik özellikler		
Doğum		
Hayır	118	30,6
Evet	267	69,4
Doğum şekli		
Vajinal doğum	70	26,2
Sezaryen doğum	197	73,8
Yapılan Düşük		
Hayır	308	80,0
Evet	77	20,0
Kürtaj		
Hayır	323	83,9
Evet	62	16,1

Tablo 2. Katılımcıların sosyodemografik verilerinin ortalama ve standart sapma değerleri

	Kişi Sayısı (n)	Ortalama/ Ortanca	Ss
Yaş	385	33,47	8,78
BKİ	385	24,98	4,30
Evlilik süresi	385	9,01	7,61
Eşin yaşi	385	37,58	10,04
Düşük sayısı	77	1,31	0,54
Çocuk sayısı	267	1,59	0,68
CYKÖ	385	72,55	29,11
FSFI	385	22,41	10,02

BKİ: Beden kitle indeksi; **CYKÖ:** Cinsel yaşam kalitesi ölçeği; **FSFI:** Kadın cinsel fonksiyon indeksi

Katılımcıların eşlerinin öğrenim durumları değerlendirildiğinde 2 kişi ilkokul (%0,5), 13 kişi ortaokul (%3,4), 131 kişi lise (%34,0), 239 kişi yüksekokul ve üzeri (%62,1) olarak öğrenilmiştir.

Katılımcıların eşlerinin, yüksekokul ve üzeri eğitim alma oranlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Eşin çalışma durumu ve çalıştığı için sorgulandığı soruya katılımcı kadınların verdiği cevaplar değerlendirildiğinde 26 eşin çalışmadığı (%6,8), 109 eşin işçi statüsünde çalıştığı (%28,3), 139 eşin memur olarak görev aldığı (%36,1), 111 eşin ise serbest meslek (%36,1) olarak tariflenen mesleklerde çalıştıklarını belirtmişlerdir (Tablo 3).

Tablo 3. Katılımcıların eşlerine ait eğitim ve çalışma durumu

Özellikler	Kişi Sayısı	Yüzde
Eğitim durumu		
İlkokul	2	0,5
Ortaokul	13	3,4
Lise	131	34,0
Yüksekokul ve üzeri	239	62,1
Çalışma durumu		
Çalışmıyor	26	6,8
İşçi	109	28,3
Memur	139	36,1
Serbest meslek ve diğer	111	28,8

Çalışmamıza gebeler dahil edilmemiştir fakat katılımcılardan gebelik yaşadıysa, o dönemdeki yaşadıkları cinsel problemlerle ilgili sorular sorulmuştur. Gebeliğinizin hangi döneminde cinsel yaşamınızla ilgili daha fazla sorun yaşadığınızı düşünüyorsunuz sorusuna

kadınlar %50,6 oran ile cinsellikle ilgili problem yaşamadığını, sorun yaşayanlar ise en çok problemi % 27,3 oranında 6-9 aylık dönemlerinde yaşadıklarını belirtmişlerdir.

Gebelikte eşinizin cinsellikle ilgili sorun yaşadığını düşünüyor musunuz sorusuna ise kadınların %70,4' ü hayır cevabını vermiş olup, %29,6 kadın ise evet cevabını vermiştir. Evet diyenler değerlendirildiğinde ise "benim fiziksel rahatsızlık yaşamam, eşimin korkuları olması, doğumun yaklaştığını düşünmesi, benim vücudumun değişmesi, eşimin kültürel ve dini düşünceleri, eşimin gebelikte cinsel ilişki olup olmayacağı konusunda yeteri kadar bilgisinin olmaması ve eşimin bebeğimizin varlığını hissetmesi" şıkları yöneltilerek kadınların 120'si (%29,6) en yüksek oranda "benim fiziksel rahatsızlık yaşamam" cevabını vermişlerdir. En az verilen cevap ise 31 kadın ile (%7,7) eşimin gebelikte cinsel ilişki olup olmayacağı konusunda yeterli bilgisinin olmaması cevabı olmuştur (Tablo 4).

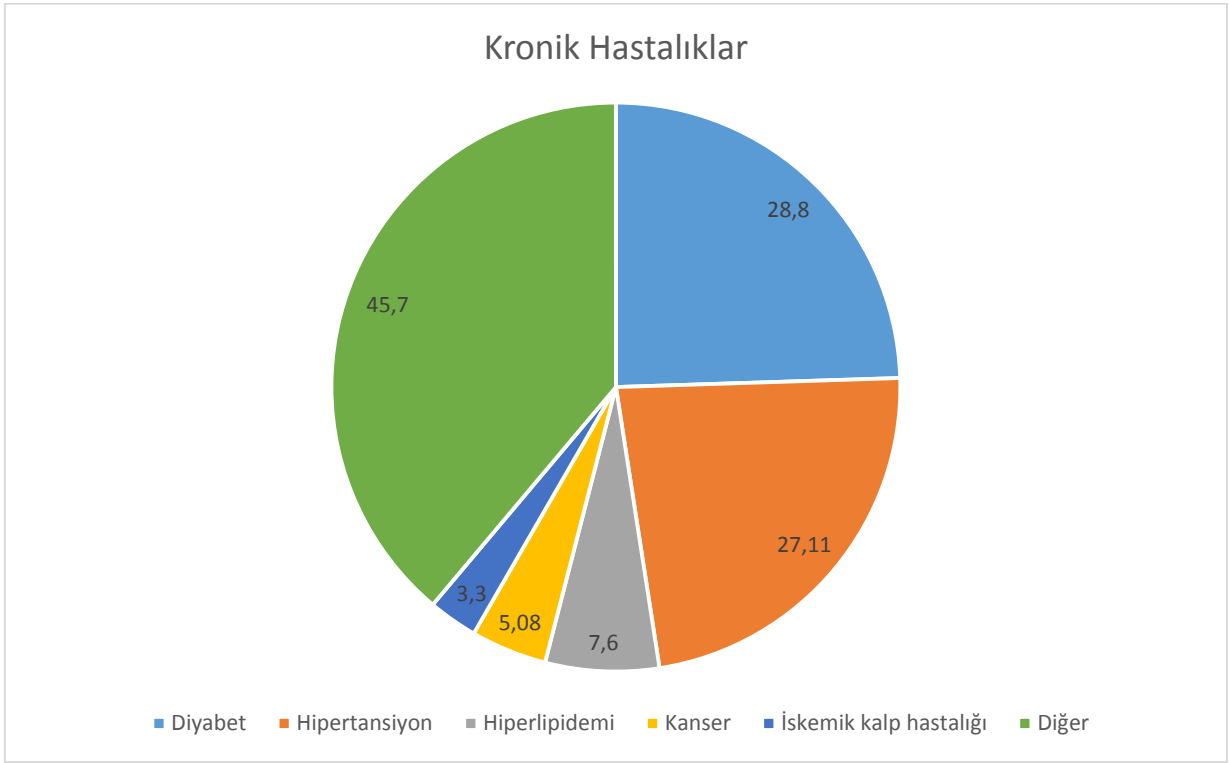
Tablo 4. Gebelikleri süresince kadınların eşlerinin yaşadıkları problemlerin dağılımları

	n	%	
Gebeliğiniz süresince eşinizin cinsellikle ilgili yaşadığı güçlükler nelerdir?	Benim fiziksel rahatsızlık yaşamam	120	29,6
	Eşimin korkularının olması	76	18,8
	Doğumun yaklaştığını düşünmesi	55	13,6
	Benim vücudumun değişmesi	41	10,1
	Eşimin kültürel ve dini (günah olması) düşünceleri	43	10,6
	Eşimin gebelikte cinsel ilişki olup olmayacağı konusunda yeterli bilgisinin olmaması	31	7,7
	Eşimin bebeğimizin varlığını hissetmesi	39	9,6

Çalışmamıza katılan kadınlara herhangi bir kronik hastalıklarının olup olmadığı sorusuna verdikleri cevaplar değerlendirilmiştir. 267 kadın (%69,4) kronik hastalığının mevcut olmadığını belirtmiştir. 118 kadın (%30,6) ise herhangi bir kronik hastalığının mevcut olduğunu belirtmiştir (Tablo 5). Hastalığı olduğunu söyleyenlerden ise 34 kadında (%28,8) diyabet, 32 kadında (%27,11) hipertansiyon, 9 kadında (%7,6) hiperlipidemi, 4 kadında (%3,3) iskemik kalp hastalığı, 6 kadında kanser (%5,08) ve 54 kadında (%45,7) diğer herhangi bir kronik hastalık olduğu saptanmıştır (Şekil 3).

Tablo 5. Katılımcıların kronik hastalık durumu

Kronik hastalığınız var mı?	Kişi Sayısı	Yüzde
Hayır	267	69,4
Evet	118	30,6



Şekil 3. Katılımcıların sahip oldukları kronik hastalıkların dağılımı

Çalışmamıza katılan kadınlara yönelttiğimiz ‘isteğiniz dışında cinsel birliktelik yaşadınız mı?’ sorusuna 372 kadın (%96,6) hayır, 13 kadın (%3,4) ise evet cevabını vermiştir.

Çalışmamıza katılan kadınların çocukluk döneminde cinsel travmaya sebep olacak herhangi bir olay yaşayıp yaşamadıklarını sorguladığımız soruya 353 kadın (%91,7) hayır, 32 kadın (%8,3) ise evet cevabını vermiştir.

Aile içi şiddeti sorguladığımız ‘aile içi şiddete maruz kaldınız mı?’ sorusuna ise 270 (%70,1) kadın hayır, 115 (%29,9) kadın ise evet cevabını vermiştir (Tablo 6).

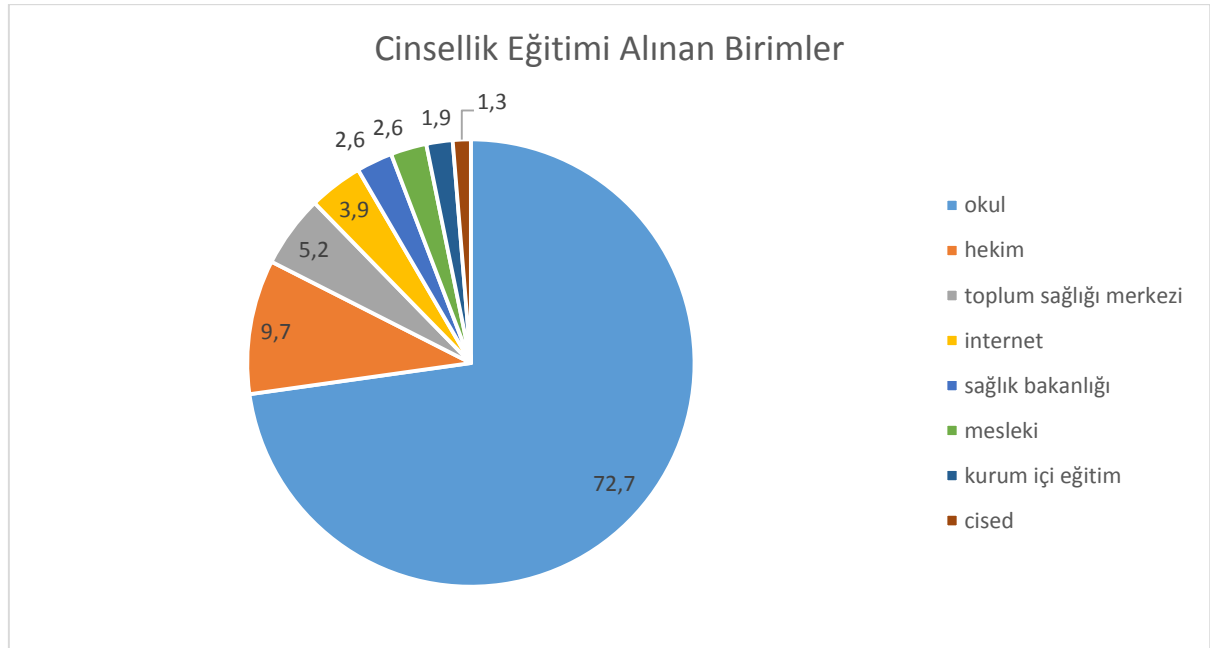
Tablo 6. Katılımcıların travma, şiddet ve istek dışı birliktelikle ilgili sorulara verdikleri cevapların dağılımı

	HAYIR		EVET	
	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)
1.İsteğiniz dışında cinsel birliktelik yaşadınız mı?	372	96,6	13	3,4
2.Çocukluk döneminizde cinsel travmaya sebep olacak bir olay yaşadınız mı?	353	91,7	32	8,3
3.Aile içi şiddete maruz kaldınız mı?	270	70,1	115	29,9

Çalışmamıza katılan katılımcıların cinsellikle ilgili eğitim aldınız mı diye sordüğümüzda 233 (%60,5) kadın hayır ve 152 (%39,5) kadın evet cevabını vermiştir (Tablo 7). Evet diyenlerden ise 112 kadın (%72,7) okul, 8 kadın (%5,2) toplum sağlığı merkezi, 15 kadın (%9,7) hekim, 3 kadın (%1,9) kurum içi eğitim, 4 kadın (%2,6) sağlık bakanlığına bağlı birimler, 6 kadın (%3,9) internet, 2 kadın (%1,3) cinsel sağlık enstitüsü derneği (cised), 4 kadın (%2,6) ise mesleki eğitim cevabını vermiştir (Şekil 4).

Tablo 7. Katılımcıların cinsellikle ilgili eğitim alma durumları

Cinsellikle ilgili eğitim aldınız mı?	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)
Hayır	233	60,5
Evet	152	39,5



Şekil 4. Katılımcıların cinsel eğitim aldıklarını belirttikleri yerler

Çalışmamıza katılan katılımcılarımıza cinsellikle ilgili genel bilgi ve düşüncelerini belirtecekleri 9 adet soru sorulmuştur. Kadınların %54,3' ü yüksek oranda çocuk sahibi olmanın cinsel yaşamı olumsuz etkilemeyeceğini düşündüğünü belirtmiştir. Kadınların %40,5'i menopoza girmenin cinsel yaşamı olumsuz etkileyeceğini düşünmediğini belirtmiştir. Cinsellikle ilgili yeteri kadar bilgilendirildiğini düşünenler %40,3 iken, düşünmeyenler %42,3 olarak değerlendirilmiştir. Kadınlara sorduğumuz cinselliği evlilikte görev olarak görüyor musunuz sorusuna %64,4 kadın hayır cevabı vererek cinselliği görev olarak görmediğini belirtmiştir.

Katılımcılarımızın %55,3'ü en yüksek oranda, evlilik süresi ilerledikçe cinsel yaşamlarının daha iyiye gittiğini belirtmiştir. Kadınların %11,4' ü ise evlilik süresi ilerledikçe cinsel yaşamlarının daha kötüye gittiğini belirtmiştir. Katılımcı kadınlarımızın %49,4'ü cinsellik biterse evlilik biter önermesine hayır cevabını vererek cinselliğin evlilik devamı için önemli olmadığını belirtmiştir. Kadınların %64,9' u iyi bir cinsel yaşam için eşinin özgüvenli olması gerektiğini düşündüğünü belirtmiştir. Kadınlara sorduğumuz vücudunuzdan memnun musunuz sorusuna %64,2 ile evet cevabı verenlerin yüksek oranda olduğu görülmüştür (Tablo 8).

Tablo 8. Katılımcılara cinsellikle ilgili görüşleri ve tutumlarını sorguladığımız sorulara verdikleri cevapların dağılımları

	Evet	Hayır	Kararsızım
Çocuk sahibi olmanın cinsel yaşamı olumsuz etkileyeceğini düşünüyorum	:%:27,3 (n=105)	:%:54,3 (n=209)	:%:18,4 (n=71)
Menopoza girmenin cinsel yaşamı olumsuz etkileyeceğini düşünüyorum	:%:31,7 (n=122)	:%:40,5 (n=156)	:%:27,8 (n=107)
Cinsellikle ilgili yeteri kadar bilgilendirildiğimi düşünüyorum	:%:40,3 (n=155)	:%:42,3 (n=163)	:%:17,4 (n=67)
Evlilikte cinselliğin bir görev olduğunu düşünüyorum	:%:15,1 (n=58)	:%:64,4 (n=248)	:%:20,5 (n=79)
Evlilik süremiz ilerledikçe cinsel yaşamımızın daha iyiye gittiğini düşünüyorum	:%:55,3 (n=213)	:%:15,3 (n=59)	:%:29,4 (n=113)
Evlilik süremiz ilerledikçe cinsel yaşamımızın daha kötüye gittiğini düşünüyorum	:%:11,4 (n=44)	:%:64,4 (n=248)	:%:24,2 (n=93)
Cinsellik biterse evlilik biter	:%:17,9 (n=69)	:%:49,4 (n=190)	:%:32,7 (n=126)
İyi bir cinsel yaşam için eşimin özgüvenli olması gerektiğini düşünüyorum	:%:64,9 (n=250)	:%:14,0 (n=54)	:%:21,0 (n=81)
Vücudumdan memnunum	:%:64,2 (n=247)	:%:12,7 (n=49)	:%:23,1 (n=89)

Çalışmamıza katılan kadınların yaşları ilerledikçe cinsel fonksiyon bozukluğunun görülme oranında artış olduğu ve istatistiksel olarak da gruplar arasında anlamlı farklılık olduğu görülmüştür ($p=0,001$).

Katılımcıların eğitim durumlarını incelediğimizde FSFI puan ortalaması yüksekokul ve üzeri eğitim alanlarda daha yüksek, dolayısıyla da CFB daha düşük bulunmuştur. Fakat yapılan analizde gruplar arasındaki farkın anlamlı olmadığı görülmüştür ($p=0,059$).

Çalışma durumunu incelediğimiz katılımcıların FSFI puan ortalamaları incelendiğinde çalışan kadınlar ile çalışmayan kadınlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemiştir ($p=0,119$).

FSFI puanları katılımcıların sahip oldukları aile tipine göre değerlendirildiğinde çekirdek aile tipine sahip ve geniş aile tipine sahip kadınlar arasında yapılan istatistiksel analizde anlamlı olarak farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Evlenme şeklini sorguladığımız katılımcı kadınların FSFI puan ortalamaları incelendiğinde görücü usulü evlendiğini belirtenlerin puan ortalamalarının daha düşük olduğunu ve CFB daha yüksek oranda olduğu görülmüştür. Yapılan istatistiksel analizde kendi isteği ve görücü usulü evlenenlerde anlamlı olarak fark olduğu görülmüştür ($p=0,010$).

Ekonomik durumu sorguladığımızda evlerindeki gelir düzeyi arttıkça kadınların FSFI puan ortalamalarının yükseldiği ve CFB oranının daha düşük olduğu görülmüştür. Üç gruba ayırdığımız, ekonomik durumu sorguladığımız cevaplarda istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür ($p<0,001$).

Katılımcıların jinekolojik ve obstetrik durumlarını sorguladığımız sorulardan düşük yapmış olma durumuna verilen cevaplarda FSFI puan ortalamalarının evet cevabını verenlerde daha düşük olduğu ve cinsel fonksiyon bozukluklarının daha fazla olduğu görülmüştür. Gruplar arasında yapılan istatistiksel analizde anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p=0,011$).

Küretaj yaptırdınız mı sorusuna verilen cevaplarda FSFI puan ortalamalarının yaptırdığını söyleyen kadınlarda daha düşük olduğu ve CFB oranının daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0,011$).

Doğum yaptınız mı sorusuna verilen cevaplarda da gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Doğum yapan kadınların FSFI puan ortalamalarının daha düşük olduğu görülmüştür ($p<0,001$).

Doğum şeklini sorguladığımızda ise vajinal doğum yapan kadınların FSFI puan ortalamaları daha düşük ve CFB daha yüksek oranda olduğu saptanmıştır. Yapılan istatistiksel analizde de gruplar arasında anlamlı fark olduğu görülmüştür ($p<0,001$).

FSFI puan ortalamaları kronik hastalık varlığı durumu açısından incelendiğinde herhangi bir kronik hastalığı olan kadınlarda FSFI puan ortalamalarının daha düşük, CFB daha yüksek oranda olduğu görülmüştür. Yapılan istatistiksel analizlerde de gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,004$). Kronik hastalık sorusunda verilen en sık cevaplardan diyabeti mevcut olanlarda FSFI puan ortalamalarının daha düşük olduğu ve CFB daha yüksek oranda olduğu görülmüştür. Gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,043$). Bir diğer sık verilen cevaplardan hipertansiyon için ise gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p=0,319$).

Düzenli ilaç kullanımını sorguladığımızda gruplar arasında istatistiksel farkın önemli olduğu ve düzenli herhangi bir ilaç kullandığını söyleyenlerin FSFI puan ortalamalarının daha düşük olduğu, CFB daha fazla oranda olduğu saptanmıştır ($p=0,010$).

Kadınların FSFI puan ortalamaları istek dışı cinsel ilişkide bulunma açısından değerlendirildiğinde gruplar arasında istatistiksel açıdan önemli bir fark olmadığı görülmüştür ($p=0,279$).

FSFI puanları incelendiğinde aile içi şiddet gördüğünü söyleyen katılımcı kadınların CFB daha yüksek olduğu FSFI puan ortalamalarının düşük olduğu ve gruplar arasındaki farkın önemli olduğu görülmüştür ($p<0,001$).

Cinsellikle ilgili eğitim alma durumunun ise FSFI puan ortalamaları açısından önemli olmadığı gruplar arasında anlamlı farkın olmadığı saptanmıştır. Çalışmamızda cinsel eğitimin CFB açısından etkisi olmadığı görülmüştür ($p=0,614$) (Tablo 9).

Çalışmamızı gerçekleştirdiğimiz katılımcıların sorguladığımız özelliklerine göre FSFI puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 9’ da verilmiştir.

Tablo 9. Katılımcıların sorguladığımız özelliklerine göre FSFI puan ortalamalarının değerlendirilmesi (n:385)

Tanımcı özellikler	Sayı	Ortalama Puan	Ss	Testler ve önemlilik
Yaş				
18-24	65	24,18	9,88	
25-29	65	24,57	9,49	
30-34	63	22,69	10,10	
35-39	64	23,43	8,06	
40-44	64	18,88	10,64	KW=20,524
45-49	64	19,63	10,93	p=0,001

Tablo 9. (devamı) Katılımcıların sorguladığımız özelliklerine göre FSFI puan ortalamalarının değerlendirilmesi (n:385)

Eğitim durumu				
Lise ve altı	177	21,39	10,32	
Yüksekokul ve üzeri	208	23,27	9,70	U=16355,5 p=0,059
Çalışma durumu				
Çalışmıyor	174	21,28	10,74	U=16662,0
Çalışıyor	211	23,34	9,31	p=0,119
Aile tipi				
Çekirdek aile	309	22,76	9,53	U=11319,0
Geniş aile	76	21,00	11,77	p=0,626
Evlenme Şekli				
Görücü usulü	67	19,82	10,00	U=8508,5
Kendi isteği ile	318	22,95	9,96	p=0,010
Ekonomik durum				
Gelir giderden az	53	19,32	10,43	
Gelir gidere eşit	254	21,78	9,97	KW=23,777
Gelir giderden fazla	78	26,56	8,71	p <0,001
Düşük durumu				
Hayır	308	22,82	10,23	U=9651,5
Evet	77	20,75	9,01	p=0,011
Küretaj durumu				
Hayır	323	22,85	10,07	U=7984,0
Evet	62	20,09	9,50	p=0,011
Doğum yapmış olma durumu				
Hayır	118	25,12	9,72	U=11369,5
Evet	267	21,21	9,94	p<0,001
Doğum şekli				
Vajinal	70	17,15	10,60	U=4768,0
Sezaryen	197	22,65	9,30	p<0,001
Kronik hastalık durumu				
Mevcut değil	267	23,52	9,33	U=12844,0
Mevcut	118	19,91	11,08	p=0,004
İlaç kullanma durumu				
Kullanmayan	177	23,25	9,43	U=12172,0
Kullanan	164	20,35	10,60	p=0,010
İstek dışı cinsel birliktelik				
Hayır	372	22,53	9,98	U=1991,5
Evet	13	19,04	11,05	P=0,279
Aile içi şiddete maruziyet				
Hayır	270	24,04	9,43	U=10564
Evet	115	18,57	10,37	p<0,001
Cinsellikle ilgili eğitim alma durumu				
Hayır	233	22,64	9,16	U=17170,0
Evet	152	22,05	11,24	P=0,614

Çalışmamızda katılımcıların FSFI puan ortalamaları incelendiğinde anlamlı çıkan özellikler FSFI alt grupları açısından incelenmiştir. Evlenme şeklinin ile FSFI puan ortalamaları değerlendirildiğinde $p=0,010$ olarak hesaplanmış ve anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır. Görücü usulü ve kendi isteği ile evlenen gruplar karşılaştırıldığında lubrikasyon, orgazm, doyum, ağrı alt gruplarında anlamlı farklılık saptanmış olup, bu alt gruplar için görücü usulü evlenenlerde puan ortalamalarının daha düşük olduğu görülmüştür (Tablo 10).

Tablo 10. FSFI alt grupları ile katılımcıların evlenme şeklinin değerlendirilmesi

	Evlenme şekli		p
	Görücü usulü (n: 67)	Kendi isteği (n: 318)	
	Ortalama ± Ss	Ortalama ± Ss	
İstek	2,85±1,19	2,89±1,00	0,574
Uyarılma	2,50±1,45	2,74±1,39	0,122
Lubrikasyon	2,73±1,57	3,32±1,64	0,003
Orgazm	2,65±1,47	3,24±1,63	0,001
Doyum	2,71±1,49	3,35±1,66	<0,001
Ağrı	2,99±1,64	3,48±1,69	0,012

FSFI puan ortalamaları düşük yapma durumu açısından değerlendirildiğinde gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmış olup düşük yaptığını belirtenlerin puan ortalaması daha düşük hesaplanmıştır ($p=0,011$). Düşük durumu ile FSFI alt grupları incelendiğinde ise lubrikasyon, doyum ve ağrı alt gruplarında anlamlılık saptanmış olup üç alt grupta da düşük yaptığını belirtenlerin puan ortalamalarının daha az olduğu görülmüştür (Tablo 11).

Tablo 11. FSFI alt grupları ile katılımcıların düşük yapma durumunun değerlendirilmesi

	Düşük yapma durumu		p
	Hayır (n: 308)	Evet (n: 77)	
	Ortalama±Ss	Ortalama±Ss	
İstek	2,92±1,06	2,72±0,90	0,101
Uyarılma	2,75±1,45	2,52±1,18	0,062
Lubrikasyon	3,29±1,69	2,95±1,45	0,007
Orgazm	3,18±1,65	2,97±1,46	0,086
Doyum	3,31±1,67	2,94±1,51	0,014
Ağrı	3,47±1,72	3,09±1,56	0,007

Çalışmamızda küretaj yaptırdığını söyleyenlerin FSFI puan ortalamalarının daha düşük olduğu ve gruplar arasındaki farkın önemli olduğu görülmüştür (p=0,011). FSFI alt grupları incelendiğinde ise istek, uyarılma, lubrikasyon, doyum ve ağrı alt gruplarında anlamlı farklılık olduğu hesaplanmış olup tüm bu anlamlı alt gruplarda küretaj yaptırdığını söyleyenlerde FSFI puan ortalamalarının daha düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 12).

Tablo 12. FSFI alt grupları ile katılımcıların küretaj durumunun değerlendirilmesi

	Küretaj durumu		p
	Hayır (n: 323)	Evet (n: 62)	
	Ortalama±Ss	Ortalama±Ss	
İstek	2,93±1,04	2,61±0,92	0,012
Uyarılma	2,76±1,42	2,42±1,30	0,024
Lubrikasyon	3,28±1,65	2,89±1,60	0,037
Orgazm	3,18±1,62	2,88±1,55	0,085
Doyum	3,31±1,66	2,87±1,56	0,016
Ağrı	3,48±1,70	2,96±1,60	0,005

Yaptığımız çalışmada katılımcıların doğum yapmış olma durumlarını ve FSFI puan ortalamaları değerlendirildiğinde doğum yapmış olanların puan ortalamalarının daha düşük olduğu ve gruplar arasındaki farkın önemli olduğu görülmüştür. FSFI alt grupları incelendiğinde ise tüm alt gruplarda anlamlı farklılık olduğu ve doğum yapmış olduğunu belirtenlerin sahip oldukları puan ortalamalarının daha düşük olduğu görülmüştür (Tablo 13).

Tablo 13. FSFI alt grupları ile katılımcıların doğum yapmış olma durumunun değerlendirilmesi

	Doğum durumu		p
	Hayır (n: 118)	Evet (n: 267)	
	Ortalama±Ss	Ortalama±Ss	
İstek	3,15±1,03	2,76±1,01	<0,001
Uyarılma	3,13±1,37	2,52±1,37	<0,001
Lubrikasyon	3,68±1,60	3,01±1,63	<0,001
Orgazm	3,49±1,59	2,99±1,61	0,001
Doyum	3,62±1,58	3,07±1,66	0,001
Ağrı	3,80±1,60	3,22±1,70	<0,001

Çalışmamıza katılan kadınların yaptıkları doğum şekli ile FSFI puan ortalamaları değerlendirildiğinde gruplar arasında anlamlı farklılık görülmüş olup vajinal doğum yaptığını belirtenlerin puan ortalamalarının daha düşük olduğu fark edilmiştir. FSFI alt grupları açısından değerlendirildiğinde istek, uyarılma, lubrikasyon, orgazm, doyum ve ağrı olmak üzere tüm alt gruplarda anlamlı farklılık hesaplanmış olup, vajinal doğum yaptığını belirtenlerin puan ortalamalarının daha düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 14).

Tablo 14. FSFI alt grupları ile katılımcıların yaptıkları doğum şeklinin değerlendirilmesi

	Doğum şekli		p
	Vajinal (n: 70)	Sezaryen (n: 197)	
	Ortalama ± Ss	Ortalama ± Ss	
İstek	2,50 ± 1,11	2,85 ± 0,96	0,032
Uyarılma	2,05 ± 1,54	2,68 ± 1,28	0,003
Lubrikasyon	2,36 ± 1,75	3,25 ± 1,52	<0,001
Orgazm	2,34 ± 1,72	3,21 ± 1,50	<0,001
Doyum	2,43 ± 1,76	3,29 ± 1,56	<0,001
Ağrı	2,41 ± 1,76	3,51 ± 1,59	<0,001

Çalışmamıza katılan kadınların FSFI puan ortalamaları ile ilaç kullanma durumları değerlendirildiğinde düzenli ilaç kullandığı belirten kadınların puan ortalamaları daha düşük hesaplanmış olup gruplar arasındaki farkın önemli olduğu görülmüştür (p=0,010). FSFI alt grupları incelendiğinde ise lubrikasyon, orgazm, doyum ve ağrı alt gruplarında anlamlı farklılık saptanmıştır. Bu alt gruplarda düzenli ilaç kullandığı belirten kadınların sahip oldukları puan ortalamalarının daha düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 15).

Tablo 15. FSFI alt grupları ile katılımcıların ilaç kullanma durumunun değerlendirilmesi

	İlaç kullanma durumu		p
	Hayır (n: 177)	Evet (n: 164)	
	Ortalama ± Ss	Ortalama ± Ss	
İstek	2,91 ± 0,93	2,77 ± 1,15	0,086
Uyarılma	2,76 ± 1,31	2,50 ± 1,51	0,082
Lubrikasyon	3,37 ± 1,58	2,84 ± 1,69	0,003
Orgazm	3,30 ± 1,57	2,79 ± 1,65	0,003
Doyum	3,42 ± 1,59	2,86 ± 1,69	0,001
Ağrı	3,52 ± 1,61	3,07 ± 1,79	0,033

Aile içi şiddeti sorguladığımızda FSFI puan ortalamalarının şiddet gördüğünü belirten kadınlarda daha düşük olduğu ve gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,001$). FSFI alt grupları incelendiğinde şiddet gördüğünü belirten kadınların tüm alt gruplarda daha düşük puana sahip olduğu ve gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu hesaplanmıştır (Tablo 16).

Tablo 16. FSFI alt grupları ile kadınların aile içi şiddet durumunun değerlendirilmesi

	Aile içi şiddet durumu		p
	Hayır (n: 270)	Evet (n: 115)	
	Ortalama±Ss	Ortalama±Ss	
İstek	2,98±1,01	2,63±1,05	0,002
Uyarılma	2,89±1,36	2,25±1,39	<0,001
Lubrikasyon	3,50±1,56	2,56±1,66	<0,001
Orgazm	3,40±1,54	2,51±1,61	<0,001
Doyum	3,51±1,56	2,61±1,68	<0,001
Ağrı	3,66±1,59	2,78±1,76	<0,001

Yaptığımız çalışmada evli kadınların eşlerinin yaptığı işleri sorguladığımızda eş çalışmayan kadınların FSFI puanlarının daha düşük olduğu, CFB daha yüksek oranda olduğu saptanmıştır. Eşi serbest meslekle uğraşan kadınların CFB oranının daha düşük olduğu görülmüştür. Yapılan istatistiksel analizde gruplar arasındaki farkın önemli olduğu saptanmıştır ($p=0,030$) (Tablo 17).

Tablo 17. Katılımcı kadınların eşlerinin çalışma durumu açısından FSFI puan ortalamaları

Eşin çalışma durumu	n	Ortalama±Ss	Ortanca(min-maks)
Çalışmıyor	26	17,37±10,75	19,05 (2,00-32,00)
İşçi	109	21,25±10,83	25,70 (2,00-36,00)
Memur	139	23,12±9,85	25,50 (2,00-36,00)
Serbest meslek ve Diğer	111	23,84±8,80	26,90 (2,00-36,00)
			KW=8,950 / p=0,030

Çalışmamızda kadınlarının eşlerinin eğitim durumlarının FSFI puan ortalamalarıyla ilişkisi incelendiğinde eşi lise ve altı eğitim alan kadınların FSFI puan ortalamalarının düşük, CFB oranının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Eğitim durumu arttıkça FSFI puan ortalaması artmış ve CFB azalmıştır. Yapılan istatistiksel analizde gruplar arasındaki farkın önemli olduğu görülmüştür ($p<0,001$) (Tablo 18).

Tablo 18. Katılımcı kadınlarının eşlerinin eğitim durumlarına göre FSFI puan değerlendirmeleri

Eşin eğitim durumu	Kişi Sayısı (n)	Ortalama±Ss	Ortanca(min-maks)
Lise ve altı	146	19,13±10,92	21,95(2,00-36,00)
Yüksekokul ve üzeri	239	24,41±8,88	27,20(2,00-36,00)
			U=12618,0 / p<0,001

Katılımcıların sorguladığımız sosyodemografik özelliklerine göre cinsel yaşam kalitesi puan ortalamalarının değerlendirilmesi Tablo 12’ de görülmektedir.

Çalışmamıza katılan kadınların yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ve kadınların yaşları ilerledikçe CYKÖ puanlarının azaldığı görülmüştür ($p=0,001$).

Çalışmamıza katılan kadınların cinsel yaşam kalitesi aldıkları eğitim açısından incelendiğinde yüksekokul ve üzeri eğitim alanların cinsel yaşam kalitelerinin daha iyi olduğu ve yapılan analizde de gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0,001$).

CYKÖ puanları kadınların herhangi bir işte çalışma durumlarına göre incelendiğinde çalışmayan kadınların puan ortalamalarının çalışanlara göre daha yüksek olduğu ve yapılan istatistiksel analizde anlamlı olarak fark olduğu görülmüştür ($p=0,003$).

Katılımcıların sahip oldukları aile tipleri incelendiğinde geniş aileye sahip olanlarda cinsel yaşam kalitesi puanlarının daha düşük olduğu ve yapılan istatistiksel incelemede gruplar arasından farkın anlamlı olduğu görülmüştür ($p=0,005$).

Cinsel yaşam kalitesi puanları çalışmamızı yaptığımız katılımcıların evlenme şekli üzerinden incelendiğinde kendi isteği ile evlenenlerde puan ortalamalarının daha yüksek olduğu, yapılan istatistiksel analizde gruplar arasında farkın anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0,001$).

Katılımcıların gelir durumunu sorguladığımızda gelir düzeyi giderinden yüksek olan kadınların cinsel yaşam kalitesi puanlarının daha fazla olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0,001$).

Cinsel yaşam kalitesi puanları, kadınlara sorulan daha önce düşük yaptınız mı sorusuna verdikleri cevap üzerinden değerlendirildiğinde istatistiksel açıdan gruplar arasında anlamlı fark görülmemiştir ($p=0,362$).

Katılımcılara sorduğumuz jinekolojik sorulardan küretaj yaptırmış olma durumuna aldığımız cevaplardan yapılan değerlendirmeye yapılan istatistiksel analizlerde gruplar arasındaki farkın önemli olmadığı görülmüştür ($p=0,302$).

Çalışmamıza katılan kadınların doğum yapıp yapmamış olmalarına verdikleri cevapları incelendiğinde CYKÖ puan ortalamaları değerlendirildiğinde gruplar arasındaki farkın önemli olmadığı görülmüştür ($p=0,765$). Doğum yapmış olanlara ise yaptıkları doğum şekli sorulduğunda verilen cevaplara göre vajinal doğum yapanların cinsel yaşam kalitesi puanlarının daha düşük olduğu görülmüş ve istatistiksel açıdan gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu görülmüştür ($p=0,002$).

Cinsel yaşam kalitesi, katılımcı kadınların herhangi bir kronik hastalığının bulunma durumuna göre incelendiğinde herhangi bir kronik hastalığı olanlarda cinsel yaşam kalitesi puanlarının daha düşük olduğu görülmüş olup, yapılan istatistiksel analizlerde gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu bulunmuştur ($p=0,003$).

Katılımcıların düzenli herhangi bir ilaç kullanma durumları sorgulandığında düzenli ilaç kullandığını söyleyenlerin CYKÖ puanlarının daha düşük olduğu görülmüş olup, yapılan istatistiksel analizlerde gruplar arasındaki farkın önemli olduğu görülmüştür ($p<0,001$).

Cinsel yaşam kalitesi, istek dışı cinsel ilişkide bulunma durumu sorgulandığında yapılan istatistiksel analizlerde gruplar arasındaki farkın önemli olmadığı görülmüştür ($p=0,129$).

Katılımcıların CYKÖ puanları aile içi şiddet sorusuna verdikleri cevaplar sorgulandığında çalışmamıza katılan kadınlardan aile içi şiddete maruz kaldığını belirtenlerin cinsel yaşam kalitesi puan ortalamalarının daha düşük olduğu ve yapılan istatistiksel analizlerde gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0,001$).

Çalışmamıza katılan kadınlardan cinsellikle ilgili eğitim aldığını belirten ve almadığını belirten gruplar arasında cinsel yaşam kalitesi puanları açısından bir fark görülmemiş olup istatistiksel açıdan da anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p=0,161$) (Tablo 19) .

Tablo 19. Katılımcıların sorguladığımız özelliklerine göre Cinsel Yaşam Kalitesi puan ortalamalarının karşılaştırılması

Tanıttıcı özellikler	Sayı	Ortalama puan	Ss	Testler ve önemlilik
Yaş				
18-24	65	69,61	28,34	
25-29	65	78,31	24,35	
30-34	63	79,38	24,00	
35-39	64	82,41	19,94	
40-44	64	63,00	33,94	KW=20,170
45-49	64	60,02	36,86	p=0,001
Eğitim durumu				
Lise ve altı	177	66,47	30,84	U=13901,0
Yüksekokul ve üzeri	208	77,74	26,55	p<0,001
Çalışma durumu				
Çalışmıyor	174	66,67	32,67	U=15092,5
Çalışıyor	211	77,41	24,86	p=0,003
Aile tipi				
Çekirdek aile	309	75,14	27,73	U=9279,5
Geniş aile	76	62,05	32,28	p=0,005
Evlenme şekli				
Görücü usulü ile	67	58,99	32,45	U=7745,0
Kendi isteği ile	318	75,41	27,57	p<0,001
Ekonomik durum				
Gelir giderden az	53	59,94	32,87	
Gelir gidere eşit	254	72,40	28,40	KW=23,316
Gelir giderden fazla	78	81,62	25,57	p<0,001
Düşük durumu				
Hayır	308	73,33	28,41	U=11062,0
Evet	77	69,47	31,76	p=0,362
Küretaj durumu				
Hayır	323	73,37	28,51	U=9185,5
Evet	62	68,32	31,99	p=0,302
Doğum yapmış olma durumu				
Hayır	118	72,75	28,10	U=15453,0
Evet	267	72,47	29,60	p=0,765
Doğum şekli				
Vajinal	70	62,86	33,20	U=5194,5
Sezaryen	197	75,88	27,50	p=0,002
Kronik hastalık durumu				
Mevcut değil	267	76,57	25,40	U=12742,5
Mevcut	118	63,47	34,57	p=0,003
İlaç kullanma durumu				
Kullanmayan	177	78,83	24,05	U=11310,0
Kullanan	164	65,70	32,96	p<0,001
İstek dışı cinsel birliktelik				
Hayır	372	73,22	28,52	U=1820,0
Evet	13	53,42	39,60	p=0,129

Tablo 19. (devamı) Katılımcıların sorguladığımız özelliklerine göre Cinsel Yaşam Kalitesi puan ortalamalarının karşılaştırılması

Aile içi şiddete maruziyet				
Hayır	270	77,12	26,08	U=11451,5
Evet	115	61,85	32,94	p<0,001
Cinsellikle ilgili eğitim alma durumu				
Hayır	233	71,62	29,33	U=16214,0
Evet	152	73,99	28,82	p=0,161

Yaptığımız çalışmada evli kadınların eşlerinin yaptığı işleri sorguladığımızda, eşi çalışmayan kadınların CYKÖ puanlarının daha düşük olduğu, sırasıyla eşinin işçi olduğunu belirten, memur olduğunu belirten ve eşinin serbest meslekle uğraştığını belirtenlerin CYKÖ puan oranının daha yüksek olduğu görüldü. Yapılan istatistiksel analizde gruplar arasındaki farkın önemli olduğu görüldü ($p<0,05$) (Tablo 20).

Tablo 20. Katılımcı kadınların eşlerinin çalışma durumuna göre aldıkları CYKÖ puan değerleri

Eşin çalışma durumu	n	Ortalama±Ss	Ortanca (min-maks)
Çalışmıyor	26	47,95±38,28	55,56 (0,00-97,78)
İşçi	109	65,90±28,50	71,11 (0,00-100,00)
Memur	139	78,91±25,25	87,78 (0,00-100,00)
Serbest meslek ve diğer	111	76,89±27,78	90,00 (0,00-100,00)
KW=33,400 / p<0,001			

Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçek puanları çalışmamıza katılan kadınların eşlerinin eğitim düzeyi açısından incelendiğinde; lise ve altı düzeyde eğitim alan eşlere sahip olan kadınların aldıkları puanların $61,81\pm32,6$, yüksekokul ve üzeri eğitim alanların erkeklerin eşlerinin ise $79,12\pm24,57$ puan aldıkları görülmüştür. Yapılan istatistiksel analizde gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0,001$). Eşi Yüksekokul ve üzeri eğitim alan kadınların cinsel yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğunu görülmektedir (Tablo 21).

Tablo 21. Katılımcıların eşlerinin eğitim durumlarına göre sahip oldukları CYKÖ puan değerleri

Eşin eğitim durumu	Kişi Sayısı (n)	Ortalama±Ss	Ortanca Değer (min-maks)
Lise ve altı	146	61,81±32,66	72,22 (0,00-100,00)
Yüksekokul ve üzeri	239	79,12±24,57	88,89 (0,00-100,00)
U=11609,5 / p<0,001			

Çalışmamıza katılan kadınların kullandıkları ilaçları gruplandırılmıştır. Kullandıkları ilaçlara göre kadın cinsel yaşam puanları ve kadın cinsel fonksiyon indeks puan ortalama değerleri hesaplandı. Çalışmamıza katılan katılımcıların CYKÖ puanları en düşük olanların en sık kullandıkları ilaç gruplarının ACEİ, kalsiyum kanal blokörü ve kanserle ilişkili kullanılan ilaç grupları olduğu görüldü. En yüksek puan alan grubun kullandığı ilaçlar ise solunumsal kortikosteroid, antihistaminik, vitamin preparatları ve NSAİ olarak görülmüştür (tablo 22).

Tablo 22. Katılımcıların kullandıkları ilaç gruplarına göre CYKÖ puan ortalama değerlerinin dağılımı

	Kişi sayısı (n)	Ortalama	Ss
Yağ metabolizması ilaçları	11	53,94	39,95
NSAİİ	5	88,22	12,24
Antidepresan ve diğer psikiyatri ilaçları	18	57,28	39,37
Tiroit preparatları	21	75,50	27,79
Oral kontraseptif ilaçlar	30	69,93	23,57
Beta blokör ilaçlar	13	65,38	29,27
Dopaminerjik ilaçlar	2	90,00	0,00
Oral antidiyabetikler	14	53,02	34,92
PPİ	5	77,33	40,29
Solunumsal kortikosteroidler	8	93,75	1,96
Migren ilaçları	11	72,22	23,18
Demir eksikliği ilaçları	4	66,11	30,76
Anjiyotensin 2 reseptör ant. ilaçları	5	72,22	40,92
Antiromatizmal ilaçlar	2	71,11	0,00
Antihistaminik ilaçlar	1	93,33	0,00
Vitamin preparatları	4	88,61	10,32
ACEİ	4	38,61	44,86
Kalsiyum kanal blokörleri	4	32,78	47,15
Kanser tedavisi ilaçları	2	45,00	63,64

NSAİİ: Nonsteroid antienflamatuvar ilaçlar; PPİ: Proton pompa inhibitörü; ACEİ: Anjiyotensin converting enzyme inhibitor

FSFI puan ortalamaları en düşük olan grubun kullandığı ilaçlar da ACEİ, kalsiyum kanal blokörü, kanserle ilişkili ilaç grubu, yağ metabolizması ilaçları, antidepresanlar, oral antidiyabetikler; en yüksek olanlar ise beta blokör ve antihistaminik ilaç kullandığını söyleyen katılımcılarda görülmüştür (Tablo 23).

Tablo 23. Katılımcıların kullandıkları ilaç gruplarına göre FSFI puan ortalama değerlerinin dağılımları

	Kişi sayısı (n)	Ortalama	Ss
Yağ metabolizması ilaçları	11	16,49	12,65
NSAİİ	5	23,94	8,00
Antidepresan ve diğer psikiyatri ilaçları	18	16,18	9,59
Tiroit preparatları	21	22,55	8,91
Oral kontraseptif ilaçlar	30	23,71	9,22
Beta blokör ilaçlar	13	25,70	9,63
Dopaminerjik ilaçlar	2	28,20	0,00
Oral antidiyabetikler	14	17,12	8,82
PPI	5	21,72	12,42
Solunumsal kortikosteroidler	8	30,95	0,19
Migren ilaçları	11	20,47	9,93
Demir eksikliği ilaçları	4	20,73	17,18
Anjiyotensin 2 reseptör ant. ilaçları	5	18,30	9,79
Antiromatizmal ilaçlar	2	17,80	0,00
Antihistaminik ilaçlar	1	32,30	0,00
Vitamin preparatları	4	18,58	10,50
ACEİ	4	14,38	9,75
Kalsiyum kanal blokörleri	4	16,53	13,61
Kanser tedavisi ilaçları	2	16,55	20,58

NSAİİ: Nonsteroid antienflamatuar ilaçlar; **PPI:** Proton pompa inhibitörü; **ACEİ:** Anjiyotensin converting enzyime inhibitor

Çalışmamıza katılan katılımcıların yaşları ile FSFI puan ortalamaları arasında negatif korelasyon ($R=-0,218$, $p<0,001$) saptanmıştır. Kadınların yaşları arttıkça FSFI puan ortalamalarının düştüğü ve cinsel fonksiyon bozukluğunun arttığı söylenebilir.

Katılımcıların eşlerinin yaşları değerlendirildiğinde ise hem Cinsel Yaşam Kalitesi ($R=-,117$, $p=0,021$) hem de Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi puan ortalamaları ($R=-0,271$, $p<0,001$) arasında anlamlı negatif korelasyon olduğu saptanmıştır. Buna bağlı olarak eşlerin yaşları arttıkça kadınların ölçek puanlarının azaldığı söylenebilir.

Katılımcıların evlilik süresi değerlendirildiğinde hem CYKÖ ($R=-0,126$, $p=0,14$) hem de FSFI puan ortalamaları ($R=-0,288$, $p<0,001$) açısından her iki grupta da anlamlı ve negatif

yönde ilişki olduğu saptanmıştır. Evlilik süresi artan kadınların cinsel yaşam kalitelerinin azaldığı ve cinsel fonksiyon bozukluklarının evlilik süresi ilerledikçe arttığı söylenebilmektedir.

Yapılan testte kadınların sahip oldukları çocuk sayısı ile Cinsel Yaşam Kalitesi ve Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi arasında anlamlı korelasyon saptanmamıştır.

Çalışmamıza katılan katılımcıların Cinsel Yaşam Kalitesi ve Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi ile beden kitle indeksleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Katılımcıların CYKÖ ile yaptıkları düşük sayısı incelendiğinde yapılan istatistiksel analizde anlamlı bir korelasyon saptanmazken, FSFI (R=0,279, p=0,014) puan ortalamaları açısından pozitif yönde anlamlı bir korelasyon saptanmıştır.

Katılımcıların Cinsel Yaşam Kalitesi ve Kadın Cinsel Fonksiyon İndeks puanları ile Birinci basamak için Beck Depresyon Tarama ölçeğinden elde ettikleri puanları değerlendirildiğinde her iki ölçek için de negatif yönde ve anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (Tablo 24).

Tablo 24. Katılımcıların cinsel yaşam kalitesi ölçeği ve kadın cinsel fonksiyon indeksi ile bazı sosyodemografik özelliklerinin ilişkisi

		CYKÖ	FSFI
Yaş	r	-0,088	-0,218
	p	0,084	<0,001
	n	385	385
Eşin yaşı	r	-0,117	-0,271
	p	0,021	<0,001
	n	385	385
Evlilik süresi	r	-0,126	-0,288
	p	0,014	<0,001
	n	385	385
Çocuk sayısı	r	-0,028	-0,111
	p	0,647	0,070
	n	267	267
BKİ	r	-0,003	-0,087
	p	0,949	0,089
	n	385	385
Düşük sayısı	r	0,036	0,279
	p	0,757	0,014
	n	77	77
BDÖ-BB	r	-,291	-,248
	p	<0,001	<0,001
	n	385	385

BKİ: Beden Kitle İndeksi; **BDÖ-BB:** Birinci Basamak için Beck Depresyon ölçeği; **CYKÖ:** Cinsel Yaşam Kalitesi ölçeği; **FSFI:** Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi

TARTIŞMA

Bu çalışma Edirne il merkezinde yaşayan, evli, 18-49 yaş arası kadınların cinsel yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi ve etki eden faktörlerin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

Katılımcılara sosyodemografik verileri, çalışma durumları, eşlerinin sosyodemografik verileri, aile tipleri, ekonomik durumları, yaşadıkları aile tipleri, obstetrik ve jinekolojik konularda sorular, kronik hastalık varlığı, düzenli ilaç kullanımı, aile içi şiddet, daha önce maruz kalınan cinsel travma, alınan cinsel eğitim ve nerden alındığıyla ilgili, cinsellikle ilgili genel bilgi ve düşüncelerin sorgulandığı sorularla birlikte, Birinci Basamak için Beck Depresyon Tarama Ölçeği, Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi, Cinsel Yaşam Kalitesi Kadın formu sorularından oluşan 79 soru yöneltildi.

Çalışmamızı yaptığımız kadınların yaşları, FSFI ve Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçek puanlarına göre incelendiğinde; kadınların yaşları arttıkça FSFI puan ortalamalarının azaldığı ve cinsel fonksiyon bozukluklarının arttığı görülmüştür, gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Kadınların cinsel yaşam kalitesi ölçek puanları incelendiğinde de yaşların ilerledikçe aldıkları puan ortalamalarının azaldığı görülmüştür. Bu ölçek değerleri incelendiğinde de gruplar arasında anlamlı farklılık olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Hayes ve ark. (59) yaptıkları çalışmada cinsel işlevin yaşla birlikte düştüğünü ve bu düşüşün 20'li yaşların sonlarından 30'lu yaşların sonlarına kadar devam ettiğini belirtmişlerdir.

Aslan ve ark. (60) yaptıkları çalışmada cinsel işlev bozukluk oranını 20-29 yaş için %22, 30-39 yaş için %39,7, 40-49 yaş için %50,2, 50-59 yaş için %71,3, 60 yaş ve üzeri için ise %87,8 olarak göstermişlerdir.

Yaptığımız çalışmanın da sonuçlarıyla aynı şekilde olduğu görülen ilerleyen yaşla birlikte cinsel fonksiyon bozukluklarının arttığı ve cinsel yaşam kalitelerinin düştüğü birçok çalışma bulunmaktadır (55, 61-63). İlerleyen yaşla birlikte yaşanan hormona bağlı değişiklikler ile doku ve organlardaki fonksiyonel kapasitenin azalması nedeni ile ileri yaştaki kadınlarda cinsel işlev bozukluğu genç yaştakilere göre daha yüksek oranda görülebilmektedir (59). Yaşın ilerlemesiyle beraber kronik hastalıkların artması, buna bağlı olarak vücutta meydana gelen sistematik bozukluklar cinsel işlevdeki bozukluğa neden olabilmektedir. Yaşla birlikte oluşan fizyolojik problemler tamamen önlenemeyeceği için kadınların en azından meydana gelen sıkıntıları fark etmeleri ve mümkün şartlarda tedavi sağlanabilmesi için bilgilendirilmesi ve birinci basamakta yer alan sağlık çalışanlarının bu konuyla ilgili yeterli düzeyde hastalarıyla ilgilenmesi gerekmektedir.

Yanez ve ark. (64) yaptıkları çalışmada kadınlarda cinsel işlev bozukluğu oranının %78,4 gibi yüksek bir oranda saptandığını belirtmişlerdir. Çalışma yaptıkları yaş grubu açısından bir kısmı için menopoz etkeni de düşünülürse işlev bozukluğunun bu kadar yüksek oranda olabileceği düşünülmektedir. Cinsel ilişki sıklığının ve cinsel fonksiyonların yaşa bağlı olarak azaldığını, yaşla en sık azalan etkenin de %62 oranında arzu olduğunu bildirmişlerdir. Colson ve ark. (65) yaş ilerledikçe haftada 1' den az cinsel ilişkiye girenlerin sıklığının arttığını bildirmişler. Avrupa'da da kadınların cinsel problemleriyle ilgili verilerin yetersizliğinden dolayı Ponholzer ve ark. (66) yaptıkları çalışmada yaşla birlikte cinsel istekteki azalmayı uyarılmadaki sorunlara ve artık azalan cinsel arzuya ilişkili bulmuşlardır. Bunun nedenini cinsel isteğin azalmasına ve uyarılma sorunlarının fiziksel sağlık sorunlarındaki artışına bağlamak mümkün olabilir.

Yaş grupları ile FSFI puan ortalamaları arasında anlamlı ilişkinin bulunmadığını belirten Güvel ve ark. (67) yaptıkları çalışmada cinsel fonksiyon bozukluğunun yaşa bağlı olmadığını saptamıştır. Yaşa bağlı olarak cinsel fonksiyon bozukluklarının yapıldığı çalışmalarda genellikle yaş aralığının daha geniş olmasından ve Güvel ve ark. (67) yaptıkları çalışmada yaş ortalamasının $33,2 \pm 9,3$ olmasından dolayı genellikle premenopozal kadınlar için yaşın cinsel yaşam için olumsuz bir etki oluşturmadığını düşündürmektedir.

Aydın ve ark. (68) ise yaptıkları çalışmada cinsel fonksiyon bozukluklarının yaşla paralel olarak arttığını fakat cinsellikle ilgili sorunların genç ve ileri yaş grubuna göre orta yaşta daha fazla oranda bulunduğunu belirtmişlerdir. Orta yaş grubunda cinsel sıkıntıların yoğun olması çalışan kesim olmalarının ve stres faktörüne daha fazla maruz kalmalarının neden olabileceği düşünülebilir. Yaş ilerledikçe ise eşlerin birbirini yıllar içinde tanımaları ile

isteklerine cevap verebilmeleri, aralarında yeterli güven oluşması ve bağların kuvvetlenmesi pozitif yönde etki edebilmektedir.

Eğitim düzeyi ile cinsel problemler arasındaki ilişkiyle ilgili literatürde farklı veriler vardır. Güvel ve ark. (67) yaptıkları çalışmada, eğitim durumunun cinsel fonksiyon üzerinde etkisi olmadığını göstermiş olup, gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Çayan ve ark. (55), Laumann ve ark. (69) yaptıkları çalışmada eğitim düzeyinin düşük olmasının cinsel fonksiyon bozuklukları için risk faktörü olduğunu belirtmişlerdir. İncesu (35) Türkiye’de yaptığı çalışmada cinsel problemlerin sebeplerini incelediğinde %62 oranında ilk sırada insanların eğitim ve bilgisiz olmasını, ikinci sırada ise toplumdaki kişilere yansıyan tabular adet ve gelenek görenekler nedeniyle yaşandığını belirtmiştir. Arıdoğan ve ark. (70) 2013’te yaptığı çalışmada eğitim düzeyi arttıkça bununla birlikte cinsel istek, cinsel ilişki tatmini, klitoral duyarlılık ve toplam FSFI puan ortalamasında anlamlı artış olduğu görülmüştür. Karakoyunlu ve ark. (71) 2007’ de yaptıkları çalışmada literatürle uyumlu olarak kadınların eğitim düzeyi azaldıkça cinsel fonksiyon bozukluklarının daha fazla oranda görüldüğünü saptamışlardır. Kadınların eğitim düzeyinin yükselmesiyle cinsel işlev bozukluklarının azaldığını gördüğümüz çalışmalarda artan eğitim düzeyinin kadınların cinsel bilgilerinin artmasını sağlayarak, cinsel yaşamları ile ilgili problemlerle kişilerin baş etme yeteneklerinin geliştirdiği düşünülebilir. Ayrıca eğitim seviyesi yüksek olan kadınlarda cinsel işlev bozukluk riskinin daha düşük olması, bu gruptaki kadınlarda çalışma durumunun daha fazla oranda olmasına, buna bağlı olarak maddi durumlarının daha iyi olmasına, daha rahat yaşam şartlarına sahip olmalarına ve cinselliğe karşı daha pozitif yaklaşımlarına neden olduğu düşünülebilir. Kadınların özgüvenlerinin ve öz saygılarının geliştirilmesi, cinsel seçimlerini bilinçli yapabilmesi, geniş bilgi ve beceri edinebilmesi için eğitimlerine destek olunmalıdır.

Çalışma durumunu incelediğimizde kadınların %45,2’sinin çalışmadığını ve %54,8’inin çalıştığı saptanmıştır. Yapılan istatistiksel analizde kadınların çalışma durumu ile CYKÖ puanları değerlendirildiğinde çalışan kadınlarla çalışmayanlar arasında anlamlı farklılık olduğu saptandı ($p=0,003$). Ölçeklerden aldıkları puanlar bakıldığında çalışan kadınların $77,41\pm 24,86$, çalışmayan kadınların ise $66,67\pm 32,67$ ortalama puana sahip olduğu görülmüştür. Fakat FSFI puan ortalamaları incelendiğinde gruplar arasında önemli fark olmadığı görülmüştür ($p=0,119$). Karakoyunlu ve ark. (71) yaptığı çalışmada ev hanımlarında cinsel fonksiyon bozukluklarının daha sık oranda olduğunu bildirmiştir. Çalışan kadınlarda FSFI puan ortalaması 32,02 iken çalışmayan kadınlarda 29,28 bulunduğunu belirtmişlerdir. Demirezen ve ark. (62) yaptıkları çalışmada ev hanımlarında FSFI puan ortalamalarının daha düşük olduğunu saptamışlardır. Safarinejad (72) İranlı kadınlar üzerinde yaptığı araştırmada, çalışmayan kadınlarda CFB

görülme oranının çalışan kadınlara göre anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur. Yapılan çalışmalarda çalışmanın, para kazanma ile birlikte özgüvende artışa, sosyal ilişkilerin imkanına, insanların kendini daha güçlü hissetmesine neden olduğu belirtilmiştir (73). Kendini daha güçlü hisseden kadınlar özgüvenleri sayesinde cinsel yaşamlarını daha konforlu şekilde yaşayabilmektedir. Ev ortamının rutinlerinden ve stresinden kurtulmanın da cinsel yaşamı olumlu etkileyeceği düşünülebilir. Çalışma ortamı ile sosyal çevresi ve bilgisi genişleyen kadının sağlığını da korumasına ve gelişmesine katkısı olmaktadır. Kadınların çalışma imkanının artırılması kadınları her konuda güçlü olmasını sağlayacağı gibi evliliklerindeki cinselliği daha kaliteli yaşamalarına da neden olacaktır.

Cinsel yaşam kalitesi eşlerin eğitim durumları açısından incelendiğinde lise ve altı eğitim alanların eşlerinin puan ortalamaları $61,81 \pm 32,66$ olarak hesaplanmış olup yüksekokul ve üzeri eğitim alanlara göre daha düşük olduğu, gruplar arasında anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır ($p < 0,001$). FSFI puan ortalamaları eşlerin eğitim durumlarına göre incelendiğinde de eşi lise ve eğitim alan kadınların sahip oldukları puan ortalamaları $19,13 \pm 10,92$ olarak hesaplanmış olup yüksekokul ve üzeri eğitim alanlara göre daha düşük bulunmuştur. Yapılan istatistiksel analizde gruplar arasında anlamlı farklılık olduğu görülmüştür ($p < 0,001$). Çalışmamızda kadınların eşlerinin eğitim düzeyi arttıkça cinsel yaşam kalitelerinin arttığı ve cinsel fonksiyon bozukluklarının azaldığı görülmektedir.

Yaralı ve ark. (12) yaptıkları çalışmada eşi üniversite mezunu olan kadınların en yüksek oranda cinsel yaşam kalitesi puan ortalamalarını $75,29 \pm 19,69$ olarak hesaplamışlardır. Yapılan istatistiksel analizde gruplar arasında anlamlı farklılık olduğu görülmüştür ($p = 0,001$). Eşin eğitim durumunun artması maddi olanak açısından rahatlamaya sebep olarak stres durumunun daha az olmasına ve cinsel yaşamın daha kaliteli yaşanmasına sebep olabilmektedir. Ayrıca eğitim durumu arttıkça eşlerin bilinç ve bilgi düzeyi artmasından dolayı cinsellikle ilgili bir problem yaşandığında bunun farkındalığının daha kolay olacağı, çözümü için bilinçli davranılacağı sonucu çıkarılabilir.

Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi ve cinsel yaşam kalitesi eşin meslek ve çalışma durumuna göre incelendiğinde yaptığımız çalışmada CYKÖ puan ortalamaları değerlendirildiğinde gruplar arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p < 0,001$). Eşi çalışmayan kadınların aldıkları puanlar $47,95 \pm 38,28$ iken eşi işçi olanlar $65,90 \pm 28,50$, eşi memur olanlar $78,91 \pm 25,25$, eşi serbest mesleğe sahip olanlar ise $76,89 \pm 27,78$ puan ortalamasına sahip olarak hesaplanmıştır. FSFI puan ortalamaları değerlendirildiğinde eşin çalışma durumunun gruplar arasında önemli olduğu görülmüştür ($p = 0,030$). Eşi çalışmayan kadınlarda CYKÖ ve FSFI puan ortalamaları en düşük bulunmuştur. Çalışan gruptan da eşinin işçi olduğunu belirten kadınların

puan ortalamaları daha düşük ve cinsel fonksiyon bozukluklarının daha fazla oranda olduğu görülmüştür. Yaralı (12) yaptığı çalışmada da evli kadınların FSFI ve cinsel yaşam kalitesi puanlarının eşlerinin mesleğine göre değerlendirildiğinde; eşi memur olarak çalışan kadınların (33,32±11,049) emekli olanlara (20,38±10,267) oranla daha yüksek FSFI puan ortalamasına sahip olduğunu, cinsel fonksiyon bozukluklarının daha düşük olduğunu saptamıştır. Gruplar arasında anlamlı fark olduğunu göstermiş olup bunun aksine cinsel yaşam kalitesi açısından gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığını belirtmiştir. Çalışmayan grupta cinsel yaşam kalitesinin daha düşük olmasının nedeni stres faktörünün cinsel yaşamı olumsuz etkilemesi ve gerekli maddi durum oluşmadığından sağlığın iyilik hali için yeterli koşulların sağlanamaması neden olabilir.

Çalışmamıza katılan kadınların hanelerindeki gelir durumları gelir giderden az, gelir gidere eşir ve gelir giderden fazla olarak gruplandırılarak sorgulanmıştır. Aylık gelir düzeyi yüksek olanların FSFI puan ortalamaları 26,56±8,71, geliri giderinde az olanları ise 19,32±10,43 olarak hesaplanmıştır. Gruplar arasında anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır (p<0,001). Gelir durumu CYKÖ puan ortalamaları açısından değerlendirildiğinde ise gelirinin giderinden az olduğunu belirten kadınların sahip oldukları puanlar 59,94±32,87, geliri giderinden fazla olanların sahip oldukları puanlar ise 81,62±25,57 olarak hesaplanmıştır. Gruplar arasında anlamlı farklılık olduğu görülmüştür (p<0,001). Aylık gelir düzeyi, giderinden fazla olan kadınların IFSF puanlarının daha yüksek, cinsel fonksiyon bozukluklarının daha düşük ve cinsel yaşam kalite puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Karakoyunlu (71) ve Demirezen ve ark. (62) ülkemizde yaptıkları çalışmalarda gelir durumunun daha iyi olduğunu belirtenlerin cinsel fonksiyon bozukluklarının daha az oranda olduğunu belirtmiş olup çalışmamızla uyumlu olarak görülmüştür. Ailenin gelir düzeyi azaldıkça cinsel sıkıntıların arttığını gösteren başka çalışmalar da gösterilmiştir (40, 74). Çalışma durumu ile paralel olarak yeterli maddi olanağın sağlığın tam olarak iyilik halinin sağlanabilmesi için gerekli olduğundan geliri az olanlarda cinsel yaşamın daha düşük düzeyde kalitesine sebep olacağı düşünülebilir.

Kadınlara evlenme şeklini sordüğümüzda 67 kadın görücü usulü ile, 318 kadın da kendi isteği ile evlendiğini belirtmiştir. Kendi isteği ile evlenen kadınlarda cinsel yaşam kalite puan ortalamaları 75,41±27,57 olarak, görücü usulü ile evlenenlerde ise 58,99±32,45 olarak hesaplanmıştır. Kendi isteği ile evlenenlerde anlamlı derecede cinsel yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu hesaplanmıştır (p<0,001). Görücü usulü evlenenlerde FSFI puan ortalamaları 19,82±10,00, kendi isteği ile evlenenlerde ise 22,95±9,96 olarak hesaplanmıştır. FSFI alt grupları incelendiğinde görücü usulü evlenen kadınlarda lubrikasyon, orgazm, doyum, ağrı alt gruplarında anlamlı farklılık olduğu ve FSFI puan ortalamalarının daha düşük olduğu

saptanmıştır ($p<0,05$). Evlenme şekline göre bakıldığında her iki ölçek için de kendi isteği ile evlenenlerde aldıkları puanlar daha yüksek bulunmuş ve cinsel fonksiyon bozukluklarının daha az oranda olduğu ve gruplar arasındaki farkın önemli olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Yapılan çeşitli araştırmalarda evlenme şeklinin kadın cinselliği üzerinde anlamlı derecede etkisi olduğu gösterilmiştir (74-76). Yaptığımız çalışma ile uyumlu olarak Karakoyunlu (71) çalışmasında da, anlaşarak evlenen kadınlarda FSFI puanlarını daha yüksek ($35,56\pm9,413$), CFB görülme oranını daha düşük olarak belirtmiştir. Özerdoğan ve ark. (74) 2009 yılında yaptıkları çalışmada görücü usulü ile evlenmenin anlaşarak evlenmeye göre cinsel işlev bozukluğu açısından önemli negatif bir faktör olduğunu belirtmiştir. Görücü usulü olan veya kişilerin kendi istekleri dışındaki yapılan evliliklerde eşe karşı olumsuz duygular ve düşünceler oluşabilir, bunun da dolaylı olarak cinselliği olumsuz etkileyebileceği düşünülebilir.

FSFI ve cinsel yaşam kalitesi ölçek puan ortalamaları kadınların evlilik sürelerine göre incelendiğinde yaptığımız çalışmada gruplar arasında negatif korelasyon/ilişki olup evlilik süresi arttıkça ölçeklerden sahip oldukları puan ortalamalarının azaldığı saptanmıştır. Yapılan istatistiksel analizde gruplar arasında anlamlı fark olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Kadınların FSFI puan ortalamalarının ve cinsel yaşam kalitesi puanlarının azalmasından, evlilik süresi arttıkça cinsel fonksiyon bozukluklarının arttığını ve cinsel yaşam kalitelerinin azaldığı sonucuna ulaşabiliriz.

Karakoyunlu ve ark. (71) yurtdışında da yapılan çalışmalara paralel olarak ülkemizde de farklı gruplarla yaptıkları çalışmalara bakıldığında çiftlerin evlilik süresi arttıkça cinsel fonksiyon bozukluklarının arttığı görülmüştür.

Güvel ve ark. (67) yaptıkları çalışmada ise bu çalışmaların aksine evlilik süresi ve CFB arasındaki ilişki anlamsız bulunmuştur. Ege ve ark. (6) sağlıklı kadınlar üzerinde yaptıkları çalışma ile Güvel' in çalışmasına paralel olarak evlilik süresinin cinsel fonksiyon bozukluğu üzerinde herhangi bir etkisinin olmadığını göstermiştir.

Evlilik süresi arttıkça kadınlarda menopozun etkisi, yaşın ilerlemesi ve buna bağlı fizyolojik nedenlerden dolayı cinsel ilişki sıklığının azalması fonksiyon bozukluklarına dolayısıyla da cinsel yaşam kalitesinin azalmasına neden olabilir. Uzun süre evli olan ve cinselliği ile ilgili problem yaşamaya başlayan kadınlara danışmanlık ile probleminin çözümü sağlanabilir. Evlilik süresinin etkisinin olmadığını gösteren çalışmalarda ise süre arttıkça eşlerin birbirinin isteklerini daha iyi anlayabileceği, taleplerini daha kolay karşılayabileceği, birbirini daha iyi tanımalarının neden olabileceği düşünülebilir.

Çalışmamızda vajinal ve sezaryen doğum yapan kadınlar değerlendirildiğinde FSFI puan ortalamalarının vajinal doğum yapanlarda daha düşük olduğu ($62,26 \pm 33,20$) ve gruplar

arasındaki farkın anlamlı olduğu görülmüştür ($p=0,002$). FSFI alt grupları değerlendirildiğinde vajinal doğum yaptığını belirten kadınlarda istek, uyarılma, lubrikasyon, orgazm, doyum, ağrı olmak üzere tümünde anlamlı farklılık saptanmış olup aldıkları puan ortalamaları daha düşük olarak hesaplanmıştır. Doğum şekli cinsel yaşam kalitesi puan ortalamaları açısından da değerlendirildiğinde vajinal doğum yapanların puan ortalamalarının daha düşük olduğu ($17,15\pm 10,60$) ve gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,001$). Kadınların vajinal veya sezaryen doğum yapmış olmasının doğumdan sonraki cinsel sıkıntılılarıyla, arzularıyla, cinsel istekleriyle, cinsel işlevleriyle anlamlı bir ilişkisinin olmadığını gösteren çalışmalar vardır (77, 78). Fakat bizim çalışmamızda CYKÖ ve FSFI puanları kadınların doğum yaptıysa hangi doğum şekli ile doğum yaptığı sorgulanarak incelendiğinde vajinal doğum yaptığını belirtenlerde CFB daha yüksek oranda görülmüştür ($p<0,05$). CYKÖ puan ortalamaları incelendiğinde de sezaryen doğum gerçekleştirenlerin vajinal doğum yapanlara göre cinsel yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Gebe olan kadınlara doğum sonrası yaşayabilecekleri cinsel sıkıntılar anlatılarak yol gösterilmesi, doğum şeklinin seçimini bilinçli olarak yapması sağlanmalıdır.

Yaptığımız çalışmada kadınların sahip oldukları çocuk sayılarının ortanca değeri 1 olarak bulunmuştur. Min. ve maks. değerler ise (1-2) olduğu görülmüştür. Sahip olunan çocuk sayısının cinsel yaşam kalitesi ve FSFI puan ortalamalarına etkisi bizim yaptığımız çalışmada etkisiz ve gruplar arasındaki farkın önemli olmadığı görülmüştür. Fakat yaptığımız çalışmanın aksine Karakoyunlu ve ark. (71) yaptığı çalışmada ve Safarinejad ve ark. (72) yaptığı çalışmada ise sahip olunan çocuk sayısı arttıkça cinsel fonksiyon bozukluğunun sıklığının arttığı görülmüştür. Çayan ve ark. (55) da çalışmalarında yapılan doğum sayısının cinsel işlev bozukluğu açısından risk faktörü olduğunu göstermişlerdir.

Ege ve ark. (6) sağlıklı kadınların cinsel fonksiyon bozukluğuna etki eden faktörleri araştırdıkları 15-49 yaş arası kadınlarda sahip olunan çocuk sayısını $2,22\pm 0,98$ olarak hesaplamışlardır. Çalışmalarında sahip olunan çocuk sayısının ise cinsel fonksiyon bozukluğuna neden olmadığı ve gruplar arasındaki farkın önemli olmadığı görülmüştür.

Güvel ve ark. (67) yaptıkları çalışmada ise bizim çalışmamız ile uyumlu olarak yapılan doğum sayısı ile cinsel problemler açısından anlamlılık saptanmamıştır. Çocuk sayısının artışı ebeveynlerin artan sorumlulukları ile beraber stres artışına, iletişim problemlerine, birbirlerine ayıracaklarına zamanların kısıtlanmasına ve dolayısı ile cinsel yaşamda problemlere neden olabilmektedir. Bizim çalışmamızda kadınlara yönelttiğimiz “çocuk sahibi olmanın cinsel yaşamı olumsuz etkileyeceğini düşünüyorum” önermesine %54,3 oranında hayır cevabını vermişlerdir. Çalışmamıza katılan kadınların çoğunun çocuk sahibi olmanın cinsellik üzerinde

olumsuz etkisini olmadığını düşündüğünü belirtmiştir. Ve sahip olunan çocuk ortalaması düşük olmasından dolayı cinsel yaşama önemli bir etkisi olmadığını düşünmek mümkün olabilir. Kadınların üzerine evin tüm yükünün tek başına sırtlanması gerektiğinin düşünülmesi çocukların tüm problemleriyle tek başına baş etmek zorunda kalması fiziksel ve duygusal yorgunluğa neden olup cinsel yaşamına ket vurabilmektedir. Bu nedenle her iki ebeveynin çocukların sorumluluklarını beraber üstlenmesi ve bununla ilgili farkındalığın artırılması ve bununla ilgili birinci basamaktaki sağlık çalışanlarının yol göstermesi gerekmektedir.

Sahip olunan aile tipi açısından incelendiğinde yaptığımız çalışmada %80,30 kadın çekirdek aile, %19,7 kadın ise geniş aile tipine sahip olduğunu belirtmiştir. FSFI ve cinsel yaşam kalitesi ölçek puan ortalamalarına aile tipinin etkisini incelediğimizde, sahip olunan cinsel yaşam kalitesi ölçek puan ortalamalarının çekirdek aile tipine sahip olanlarda daha yüksek olduğu ($75,14 \pm 27,73$) ve gruplar arasındaki farkın önemli olduğu görülmüştür ($p=0,005$). Kadınların FSFI puan ortalamaları incelendiğinde çekirdek aile tipine sahip olanlarda puan ortalamalarının yüksek olduğu ($22,76 \pm 9,53$) fakat gruplar arasında anlamlı fark olmadığı görülmüştür ($p>0,05$).

Özerdoğan ve ark. (74) da yaptığı çalışmada %84,4 oranında çekirdek aile, %15,6 oranında geniş aile tipine sahip olduğu saptanmıştır. Geniş aile tipine sahip olanlarda cinsel işlev bozuklukları daha yüksek oranda görülmüş fakat gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Ürkmez ve ark. (8) yaptığı çalışmada geniş aileye sahip olan kadınların evlilik doyumu ölçek puanlarının daha düşük olduğunu göstermişlerdir. Aynı çalışmada evlilik doyumlarının azalması ile cinsel problemlerin arttığı sonucuna varmışlardır. Geniş ailede yaşayanların cinsel sıkıntılarının daha yüksek olduğu ve gruplar arasındaki farkın önemli olduğu görülmüştür. Geniş ailede cinsel yaşam kalitesinin daha düşük olmasının nedeni olarak; hem eşlerin kaliteli ve özel zaman geçirme şansı açısından hem de yaşayan kişi sayısı arttıkça çoğalan sorumluluk durumunun yarattığı stres faktöründen dolayı cinsel yaşamın negatif etkilenmesi ve istenildiği şekilde yaşanmaması neden olabilir.

Çalışmamıza katılan kadınlara cinsellik eğitimi alma durumları sorulduğunda %60,5'i almadığını, %39,5'i ise cinsellik eğitimi aldığını belirtmiştir. Cinsellik eğitimi aldıkları yerler değerlendirildiğinde %72,7 oranında okuldan, %9,7 oranında hekimlerinden, %5,2 oranında toplum sağlığı merkezlerinden, %3,9 oranında internetten, %2,6 sağlık bakanlığından, %2,6 mesleki, %1,9 oranında kurum içi eğitim, %1,3 oranında ise CİSED'den eğitim aldıklarını belirtmişlerdir. Çalışmamıza katılan kadınlardan %42,7 oranında cinsellikle ilgili yeteri kadar bilgilendirilmediğini belirtmiştir. FSFI ve CYKÖ puan ortalamaları aldıkları cinsel eğitim açısından değerlendirildiğinde FSFI puanları cinsel eğitim almadığını söyleyenlerde daha

yüksek çıkmakla beraber gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Cinsel yaşam kalitesi ölçek puan ortalamaları değerlendirildiğinde ise cinsellikle ilgili eğitim aldığını söyleyenlerin aldıkları puan ortalamaları daha yüksek bulunmuş olup gruplar arasında anlamlı fark görülmemiştir ($p>0,05$).

Yaralı ve ark. (12) yaptıkları çalışmada kadınların %83,1' i eğitim almadığını, %10,8' i sağlık ekibinden aldığını, %6,1' i ise okuldan aldığını belirtmiştir. Cinsellik eğitim alan kişilerin FSFI puan ortalamalarını daha yüksek, CFB görülme oranlarını daha düşük saptamıştır. Gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Cinsel yaşam kalitesi puan ortalamalarına bakıldığında da eğitim aldığını belirtenlerde puan ortalaması yüksek bulunmuş, gruplar arasındaki farkın önemli olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Yapılan çalışmalarda kadınların cinsellik eğitimi alma düzeyinin oldukça düşük olduğu görülüyor. Kadınların yüksek oranda yeteri kadar cinsellikle ilgili yeteri kadar bilgilendirilmediği düşüncesinde oldukları görülmüş olup, yeterli derecede cinsellik eğitimi verilmesinin gerekmekte olduğu ve bu konuda birinci basamaktaki sağlık çalışanlarına oldukça iş düştüğü görülmektedir. Sağlıkçıların sağlayacağı danışmanlık ile cinsel işlev bozukluğunun görülme oranının azaltılabileceğini ve cinsel yaşam kalitesinin yükseltilebileceğini görülmektedir. Cinsellikle ilgili eğitim gerekliliğinin saptanması açısından cinsel sorunların değerlendirilmesi için birinci basamak sağlık hizmetlerinde kullanılabilecek kolay uygulanabilen ve anlaşılır formlar oluşturulması fayda sağlayabilir.

Çalışmamızda kadınların beden kitle indeksleri sorgulandığında ortalama değerlerin $24,98\pm 4,30$ (normal ve fazla kilolu yoğunluğunda) olduğu saptanmıştır. FSFI ve cinsel yaşam kalitesi açısından değerlendirildiğinde yaptığımız çalışmada gruplar arasında negatif ilişki görülmüştür fakat anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Negatif ilişkiye neden olarak, kadınlara sorduğumuz “vücudunuzdan memnun musunuz?” sorusuna %64,2 oranıyla evet cevabını vererek çoğunluğun kilolarıyla ilgili bir problem hissetmediğini, kilo miktarı arttıkça cinsel fonksiyon bozukluklarının görülmesinin nedeni olarak özgüven eksikliği değil fazla kilonun neden olduğu sağlık problemlerinin etkili olması düşünülebilir.

Çalışmamızla uyumlu olarak 2005 yılında Japonya’da Hissasue ve ark. (79) yaptığı çalışmada beden kitle indekslerinin cinsel fonksiyonu etkilemediğini göstermişlerdir.

Kolotkin ve ark. (80) Amerika’da 2006 yılında obezitenin cinsel yaşama etkisiyle ilgili yaptıkları çalışmada BKİ yüksek olanların cinsel yaşam kalitelerinin yüksek oranda bozulduğunu göstermişlerdir. Çalışmalarındaki sonuçlara göre obezite durumunun cinsel aktiviteden zevk almama, cinsel istekte azalma, cinsel performansla ilgili zorlanma ve problemler, cinsel ilişkiden kaçınma ile ilişkili olduğunu belirtmişlerdir. Laumann ve ark. (69) obeziteye bağlı olan cinsel sıkıntıların birçok sebebe bağlı olabileceğini belirtmişlerdir.

Smith ve ark. (81) Avustralya' da 2012'de beden kitle indeksinin cinsel sıkıntılara etkilerini araştırdıkları çalışmada kadınların cinsel işlev bozukluğunun beden kitle indeksinden ziyade vücut imajıyla daha alakalı olduğu bildirilmekte, kadınların vücutlarının eşleri için cazip olmadığını dūřündüklerini ve bu sebepten cinsel ilişkiden kaçındıklarını saptamışlardır. Kadınların yaptığımız çalışmada çok yüksek beden kitle indeks ortalamalarının olmadığını gürölmektedir; yine de sağlıklı beden için kadınları daha fazla harekete ve spora yönlendirmek gerekmektedir.

Çalışmamızda cinsel yaşam kalitesi ile FSFI puan ortalamaları incelendiğinde kadınların sahip oldukları CYKÖ puan ortalaması $72,55\pm 29,11$, FSFI puan ortalamaları ise $22,41\pm 10,02$ olarak bulunmuştur. Aslan ve ark. (60) yaptıkları çalışmada kadınların FSFI puan ortalamalarını $24,25\pm 9,50$ olarak hesaplamışlardır. FSFI ve CYKÖ puanları arasında pozitif korelasyon olup gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu gürölmüştür ($R=0,647$, $p<0,001$). Cinsel yaşam kalitesi daha yüksek düzeyde olan kadınların cinsel fonksiyon bozukluğunun daha düşük olduğu sonucuna varılabilmektedir.

Hissasue ve ark. (79) 30-69 yaş arası 2095 kadın üzerinde kadın cinsel işlev bozukluğu semptomlarının yaygınlığı ve yaşam kalitesi ile ilişkisini inceledikleri çalışmada cinsel fonksiyon bozukluklarının cinsel yaşam kalitesini olumsuz etkilediğini gstermişlerdir.

Ülkemizde Yaralı ve ark. (12) 2016' da yaptığı çalışmasında FSFI puan ortalamalarının dūřükçe cinsel yaşam kalitesi puan ortalamalarının dūřtüęü ve cinsel fonksiyon bozukluğunun arttığı gsterilmiştir. FSFI puan ortalamalarına göre cinsel yaşam kalitesi puanları açısından gruplar arasındaki farkın önemli olduğu gürölmüştür ($p<0,05$). Bu alışma da Yaralı, Hissasue, Aygın ve ark. (82) yaptıkları çalışmalarla uyumlu olarak cinsel fonksiyon bozukluğunun cinsel yaşam kalitesini olumsuz etkilediği gsterilmiştir (12, 79, 82).

Çalışmamıza katılan kadınların 118 tanesi herhangi bir kronik hastalığı olduğunu ve 267 tanesi ise olmadığını belirtmiştir. Mevcut bulunduğunu belirttikleri hastalıklardan en sık gürölenler hipertansiyon ve diyabet olarak kaydedilmiştir. İlaç kullanma durumunu sorguladıığımızda ise 164 kadın düzenli ilaç kullandığını 221 tanesi kullanmadığını belirtmiştir. Kronik hastalık varlığının FSFI ve cinsel yaşam kalitesi durumuna etkisini incelediğimizde kronik hastalığa sahip olduğunu belirtenlerin cinsel yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu ($63,47\pm 34,57$), gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu gürölmüştür ($p<0,05$). FSFI puanları incelendiğinde de kadınlardan kronik hastalığı olduğunu belirtenlerin FSFI puan ortalamaları daha düşük bulunmuş ($19,91\pm 11,08$), CFB daha sık olduğu saptanmıştır. En sık gürölen hastalıklardan hipertansiyona sahip olanlarda CYKÖ puanları daha düşük bulunmuştur fakat gruplar arasında anlamlı farklılık gürölmemiştir ($p>0,05$). Kütmeç ve ark. (40) yaptıkları

çalışmalarında hipertansif kadınlarda FSFI puan ortalamalarının daha düşük olduğunu ve cinsel fonksiyon bozukluklarının daha fazla olduğunu göstermişlerdir. Esposito ve ark. (83) diyabetli kadınların cinsel işlev bozukluğunun belirleyicilerini saptamak amacıyla yaptıkları çalışmada sahip olunan kronik hastalıklar incelendiğinde hipertansiyonun cinsel fonksiyon bozukluğu açısından bir etkisi olmadığını göstermişlerdir. Tip 1 diyabete sahip kadınlarda cinsel işlev bozukluklarının hastalığın nörolojik ve vasküler etkilerinden çok psikojenik faktörlerle daha çok ilişkili olduğunu belirtmişlerdir. Tip-2 diyabet hastalığı olan kadınlarda cinsel işlev bozuklukları oranının %53,4 olduğu ve Tip-2 diyabetin kadın cinselliğini olumsuz etkilediği görülmüştür. İlaç kullanımı sorgulandığında cinsel yaşam kalite puan ortalamaları ilaç kullananlarda daha düşük ($65,70 \pm 32,96$) bulunmuştur. Yapılan istatistiksel analizde gruplar arasında anlamlı farklılık olduğu görülmüştür ($p < 0,001$). FSFI puanları değerlendirildiğinde aynı şekilde düzenli ilaç kullandığını söyleyenlerde FSFI puan ortalamaları daha düşük bulunmuştur. Yapılan istatistiksel analizde gruplar arasındaki farkın önemli olduğu görülmüştür ($p = 0,010$). FSFI alt grupları incelendiğinde ilaç kullandığını belirten kadınların lubrikasyon, orgazm, doyum, ağrı gruplarında daha düşük puana sahip oldukları ve gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$). Diyabetle cinselliğin incelendiği çalışmalarda kadınların cinsel fonksiyon bozukluklarının daha yüksek olduğunu fakat bunun sebebinin hastalığın fizyolojik etkilerinden çok hastaların psikolojik durumlarının ve depresyon varlığının olduğu gösterilmektedir.

Kadınlara depresyon risklerini tanımlamak amacıyla Birinci basamak için Beck depresyon tarama ölçeği kullanılarak değerlendirme yapılmıştır. Kadınların ölçek puan ortalamalarının $9,82 \pm 2,87$ olarak hesaplanmıştır. Kadınların BB-BDÖ ile cinsel yaşam kalitesi ve FSFI puan ortalamaları değerlendirildiğinde her iki grupta negatif ilişki saptanmış olup yapılan analizde gruplar arasında anlamlı farklılık olduğu görülmüştür. Kadınların depresyon puan ortalamaları arttıkça cinsel fonksiyon bozukluklarının arttığı ve cinsel yaşam kalitelerinin azaldığı görülmektedir ($p < 0,001$). Özerdoğan ve ark. (74) yaptıkları çalışmada depresyon belirtisi olanlarda olmayanlara oranla CFB görülme sıklığının anlamlı şekilde yüksek olduğu belirtilmiştir. Ölçeklerden elde edilen puanlar arasında anlamlı düzeyde negatif korelasyon belirlendiği ve bu sonuca göre depresyonun derecesi arttıkça CFB görülme riskinin arttığı görülmüştür ($p < 0,05$). Aslan ve ark. (60) yaptıkları çalışmada depresyon durumunun düşük cinsel işlevle ilişkili olduğunu göstermişlerdir.

Angst ve ark. (84) yaptıkları çalışmada cinsel işlev bozukluğunu, normal deneklerin %26'sında, tedavi edilmeyen depresif hastaların %45'inde ve tedavi gören depresif hastaların %63'ünde saptamışlardır. Yapılan çalışmalar tedavi almayan hastalarda dâhil olmak üzere

depresyonun cinsel fonksiyon ve doyum üzerine olumsuz etkisini göstermektedir. Depresyon tedavisinde kullanılan ilaçların da CFB' a neden olduğu bildirilmiştir. Depresyon tanısı konulup tedavi uygulananlar ile uygulanmayanların ve depresyonu bulunmayan grubun karşılaştırıldığı Angst ve ark. (84) çalışmada en fazla cinsel problemi olan grubu depresyon tedavisi alan grup olarak belirlemiştir.

Depresyonda yaşanan ilgi kaybı, kişilerin enerji azalması, düşük benlik saygısı, hayattan zevk alamama, irritabl durum ve sosyal izolasyon hali kişiler arası ilişkilerin şekline ve sürekliliğine zarar verebilmektedir. Depresyonda yaşanan bu semptomlar kişilerin cinsel yaşamına ve ilişkilerine de zarar verebilmektedir ve cinsel işlev bozukluğuna neden olabilmektedir. Kadınların böyle bir probleminin olduğu fark edildiğinde kendini rahat hissetmesi sağlanarak güven ortamında konuşulabilir, basit testlerle tanıyla ilgili fikir oluştuğunda tedavi amaçlı ilgili yönlendirme yapılabilir.

SONUÇLAR

Trakya Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda yaptığımız çalışmamızda, Edirne İl merkezinde yaşayan 18-49 yaş arası evli kadınların cinsel yaşam kaliteleri ve buna etki eden faktörleri, kadınların cinsellikle ilgili genel bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi ve incelenmesi amaçlandı. Çalışmamızdan elde ettiğimiz sonuçlar şu şekilde özetlenebilir:

1. Kadınların sahip oldukları FSFI puan ortalamaları değerlendirildiğinde düşük yapmış olan, küretaj geçmişi olan, daha önce doğum yapmış olan, vajinal doğum yapmış olan, herhangi bir kronik hastalığı bulunan, düzenli ilaç kullandığını belirten, eşi çalışmayan ve çalışan grupta da eşi işçi olan, görücü usulü ile evlenmiş olan, aile içi şiddete maruz kaldığını belirten, geliri giderinden düşük hanede yaşayan kadınların cinsel fonksiyon bozukluklarının daha yüksek oranda olduğu ve gruplar arasında anlamlı farklılık olduğu görülmüştür.
2. Cinsel yaşam kaliteleri değerlendirildiğinde ise çalışan kadınlarda, sezaryenle doğum yapmış olanlarda, herhangi bir kronik hastalığı olmayanlarda, düzenli herhangi bir ilaç kullanmadığını belirtenlerde, kendi isteği ile evlenenlerde, aile içi şiddete maruz kalmayanlarda, ekonomik durum sorgulandığında geliri giderinden daha yüksek olduğunu belirtenlerde, çekirdek ailede yaşadığını söyleyenlerde cinsel yaşam kalitelerinin daha yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır.
3. Yaş grupları incelendiğinde kadınların yaşları arttıkça cinsel fonksiyon bozukluklarının arttığı ve cinsel yaşam kalitelerinin düştüğü görülmüş olup gruplar arasında anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır.

4. Eşlerin yaşları incelendiğinde her iki ölçek grubunda da anlamlı negatif korelasyon olduğu saptanmıştır. Yani eşlerin yaşları arttıkça kadınların cinsel fonksiyon bozukluğunun arttığı ve cinsel yaşam kalitelerinin düştüğü görülmüştür.
5. Evlilik süreleri incelendiğinde kadınların evliliklerindeki süre arttıkça cinsel yaşam kalitelerinin düştüğü ve cinsel fonksiyon bozukluklarının arttığı saptanmıştır.
6. Sahip olunan çocuk sayısı incelendiğinde kadınların cinsel fonksiyonlarının ve cinsel yaşam kalitelerinin çocuk sayısından etkilenmediği görülmüştür. İstatistiksel olarak anlamlılık saptanmamıştır.
7. Beden kitle indeksleri incelendiğinde kadınların cinsel yaşam kalitesi ve cinsel fonksiyon bozuklukları açısından yapılan istatistiksel incelemede anlamlı farklılık olmadığı görülmüştür. Kadınların beden imajıyla ilgili özgüvenli oldukları düşünülebilir.
8. Kadın yaptıkları düşük sayısının artmasının cinsel yaşam kalitelerini etkilemediği fakat cinsel fonksiyon bozukluklarına neden oldukları görülmüştür.
9. Kadınların depresyon riski taramayla ilgili sorulara verdikleri cevaplar değerlendirildiğinde depresyon belirtileri arttıkça kadınların cinsel yaşam kalitelerinin de cinsel fonksiyonlarının da olumsuz olarak etkilendiği görülmüştür.
10. İlaç kullanımının cinsel yaşam kalitesi ve cinsel fonksiyon için anlamlı olduğu çalışmamızda kullanılan ilaç gruplarından cinsel fonksiyon bozukluğu daha yüksek oranda olanların ACEİ, kalsiyum kanal blokörü, kanserle ilişkili ilaç grubu, yağ metabolizması ilaçları, antidepresanlar, oral antidiyabetikler kullandığı, düşük olanların ise beta blokör ve antihistaminik ilaç kullandığını söyleyen katılımcılarda görülmüştür.
11. Kullanılan ilaç gruplarından katılımcıların cinsel yaşam kaliteleri daha düşük olanların en sık kullandıkları ilaç gruplarının ACEİ, kalsiyum kanal blokörü ve kanserle ilişkili kullanılan ilaç grupları olduğu görüldü. En yüksek puan alan grubun kullandığı ilaçlar ise solunumsal kortikosteroid, antihistaminik, vitamin preparatları ve NSAİ olarak görülmüştür.
12. FSFI alt grupları incelendiğinde görücü usulü ve kendi isteği ile evlenen gruplar karşılaştırıldığında lubrikasyon, orgazm, doyum, ağrı alt gruplarında anlamlı farklılık saptanmış olup, bu alt gruplar için görücü usulü evlenenlerde puan ortalamalarının daha düşük olduğu görülmüştür.

13. Düşük durumu ile FSFI alt grupları incelendiğinde lubrikasyon, doyum ve ağrı alt gruplarında anlamlılık saptanmış olup üç alt grupta da düşük yaptığını belirtenlerin puan ortalamalarının daha az olduğu görülmüştür.
14. FSFI alt grupları küretaj açısından incelendiğinde istek, uyarılma, lubrikasyon, doyum ve ağrı alt gruplarında anlamlı farklılık olduğu hesaplanmış olup tüm bu anlamlı alt gruplarda küretaj yaptırdığını söyleyenlerde FSFI puan ortalamalarının daha düşük olduğu saptanmıştır.
15. Kadınların doğum yapmış olma durumu incelendiğinde FSFI tüm alt gruplarda anlamlı farklılık olduğu ve doğum yapmış olduğunu belirtenlerin sahip oldukları puan ortalamalarının daha düşük olduğu görülmüştür.
16. FSFI alt grupları doğum şekli ile incelendiğinde vajinal doğumda istek, uyarılma, lubrikasyon, orgazm, doyum ve ağrı olmak üzere tüm alt gruplarda anlamlı farklılık hesaplanmış olup, puan ortalamalarının daha düşük olduğu saptanmıştır.
17. FSFI alt grupları incelendiğinde şiddet gördüğünü belirten kadınların tüm alt gruplarda daha düşük puana sahip olduğu ve gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu hesaplanmıştır.

ÖZET

Çalışmamızın amacı Edirne İl merkezinde yaşayan 18-49 yaş arası evli kadınların cinsel yaşam kalitelerini değerlendirmek ve buna etki eden faktörleri saptamaktır.

Çalışmamızın evrenini 25.441 kadın oluşturmuştur. Örneklem ise Aile Sağlığı ve yaşa göre yapılan tabakalandırma sonrası 385 kişi olarak bulunmuş ve bu sayıya ulaşılmıştır.

Çalışma 385 evli kadınla gerçekleştirilmiş olup, veriler katılımcıların sosyodemografik özelliklerin sorgulandığı sorularla beraber, 19 sorudan oluşan Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi, 18 sorudan oluşan Cinsel Yaşam Kalitesi ölçeği, 7 sorudan oluşan Birinci Basamak için Beck Depresyon Tarama Ölçeği soruları olmak üzere toplam 79 sorudan oluşmuştur.

Kadınların kadın cinsel fonksiyon indeks sorularına verdikleri cevapların ortalama puanları $22,41 \pm 10,02$ olarak hesaplanmıştır. Kadının yaşının, eşin eğitim durumunun, evlilik süresinin, eşlerin yaşının, depresyon durumunun, çalışma durumunun, doğum şeklinin, kronik hastalık varlığının, ilaç kullanıyor olmanın, gelir düzeyinin, şiddet görmenin cinsel fonksiyonda etkili olduğu görülmüştür.

Kadınların cinsel yaşam kalitesi puan ortalamaları $72,55 \pm 29,11$ olarak hesaplanmıştır. Yaşı daha genç olanların, evlilik süresi az olanların, depresyon açısından değerlendirildiğinde daha düşük riskli olanların, yüksekokul ve üzeri eğitim alanların, sezaryen doğum yapanların, kronik hastalığı bulunmayanların, ilaç kullanmayanların, eşi serbest meslekle uğraşanların, kendi isteği ile evlenenlerin, şiddet görmeyenlerin, ekonomik durumu daha rahat olanların, çekirdek aileye sahip olanların cinsel yaşam kalitelerinin daha iyi olduğu saptanmıştır.

Çalışmamıza katılan kadınların cinsellikle ilgili yeteri kadar bilgilendirilmediği fark edilmiştir. Birinci basamakta yer alan sağlık çalışanlarının hastayla iletişimi ve problemlerine

erişim kolaylığı olduğu için, birinci basamakta kadınlara arka plana atılan cinsel yaşamlarının eğitimler ile ve görüşmeler yapılarak iyileştirilmesi sağlanmalıdır. Bu amaca ulaşmak için de öncelikle sağlık çalışanlarının eğitimi sağlanmalıdır.

Anahtar kelimeler: Cinsellik, cinsel fonksiyon bozukluğu, depresyon, birinci basamak



EVALUATION OF THE SEXUAL LIFE QUALITY OF MARRIED WOMEN AGED 18-49 LIVING IN THE CITY CENTER OF EDIRNE

SUMMARY

The purpose of the study is to evaluate the sex life quality of the married women in the age group of 18-49, living in Edirne city center and to determine the affecting factors.

Study population consists of 25.441 women. Sampling is set as 385 women after the stratification according to the age and family health centers in Edirne.

The survey examines the sociodemographic variables with the 79 questions including 19 questions of The Female Sexual Functionality Index, 18 questions of The Quality of Sexual Life Questionnaire and 7 questions to determine Beck Depression Inventory.

The average score of the Female Sexual Functionality Index Questionnaire is $22,41 \pm 10,02$ as a result of the survey. The factors affecting the sexual functionality is determined as the age of the woman, educational status and the age of the spouse/s, the duration of the marriage, state of the depression, working status, childbirth delivery method, the state of chronic disease state, to be on medication, income level and being exposed to violence.

The average score of The Quality of Sexual Life Questionnaire is estimated as $72,55 \pm 29,11$. It is determined that quality of sexual life is much better of women who are younger, had much shorter marriage, are less risky to depression, have bachelor's degree or higher, had cesarean delivery, have no chronic disease, are not on medication, are married self-employed one, are married willingly, are not exposed to violence, have high income and have nuclear family.

It is determined that women are not informed well enough in this respect. Since the healthcare professionals in primary care have easy communication with the patient and access to their problems, it should be ensured that patients sexual life should be improved through education and interviews in the primary care. In order to achieve this goal, health care professionals should be trained first.

Keywords: sexuality, sexual dysfunction, depression, primary care.



KAYNAKLAR

1. Yüce AD. Cinsel İşlev Bozuklukları. İstanbul: İstanbul Medipol Üniversitesi Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık; 2017:1-9.
2. Abalı S. Boşanmak İçin Başvuran Kadınların Evlilikteki Cinsel Yaşamlarını Boşanma Nedeni Olarak Görme Durumları (tez). İstanbul: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü ; 2006.
3. World Health Organization [internet]. Developing sexual health programmes: A framework for action, 2010. 10 Eylül 2020 tarihinde <https://books.google.com.tr/books?id=pouTfH33wF8C&lpg=PP2&ots=8YVZJWLpxQ&dq=Organization%20WH.%20Developing%20sexual%20health%20programmes%3A%200A%20framework%20for%20action.%20World%20Health%20Organization%3B%202010.&lr&hl=tr&pg=PP2#v=onepage&q&f=false> adresinden erişilmiştir.
4. Bozdemir N, Özcan S. Cinselliğe ve cinsel sağlığa genel bakış. Turkish journal of family medicine and primary care 2011;5(4):37-46
5. Keseroğlu BB, Özgür BC, Yıldız AK, Gülen E. Kadın cinsel işlevine etki eden faktörler. Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fak Derg 2018;20(3):269-73.
6. Emel E, Belgin A, Arslan SY, Bilgili N. Sağlıklı kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu sıklığı ve risk faktörleri. TÜBAV Bil Derg 2010;3(1):137-44.
7. Rosen RC. Prevalence and risk factors of sexual dysfunction in men and women. Current Psychiatry Reports 2000;2(3):189-95.
8. Ürkmez D. Kadınların Cinsel Sıkıntıları ve Evlilik Doyumları Arasındaki İlişki (tez). Ordu: Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimler Entitüsü; 2018.
9. Kilci Ş, Özsoy S. Evlilik hazırlığı yapan çiftlerin cinsel mitlere inanma durumları ve etkileyen faktörler. Kadın Sağlığı Hemşireliği Derg 2018;5(2):1-28.

10. Öztürk CŞ, Arkar H. Evli çiftlerde evlilik uyumu ve cinsel doyum arasındaki ilişkiler. *Literatür ve Sempozyum Derg* 2014;1(3):16-24.
11. Khazaei M, Rostami R, Zaryabi A. The relationship between sexual dysfunctions and marital satisfaction in Iranian married students. *Procedia-Social and Behavioral Sciences* 2011;30:783-5.
12. Yaralı S, Hacialioğlu N. Evli Kadınlarda Cinsel Fonksiyon Bozukluğu ve Cinsel Yaşam Kalitesinin İncelenmesi. *Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Derg* 2016 (6), 108-127 doi. 2016;10.
13. Erbek E, Beştepe E, Akar H, Eradamlar N, Alpkan RL. Evlilik uyumu. *Düşünen Adam Derg* 2005;18(1):39-47.
14. Gülsün M, Ak M, Bozkurt A. Psikiyatrik açıdan evlilik ve cinsellik. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2009;1(1):68-79.
15. Yaşar H, Özkan L, Tepeler A. Kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluklarına güncel yaklaşım. *Journal of Clinical and Experimental Investigations* 2010;1(3):235-40.
16. Yılmaz DV, Zeyneloğlu S, Kocaöz S, Kısa S, Taşkın L, Eroğlu K. Üniversite öğrencilerinin toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin görüşleri. *Uluslararası İnsan Bilimleri Derg* 2009;6(1):775-92.
17. Ventriglio A, Bhugra D. Sexuality in the 21st Century: Sexual Fluidity. *East Asian Arch Psychiatry* 2019;29(1):30-4.
18. Pınar G, Doğan N, Ökdem Ş, Algier L, Öksüz E. Özel bir üniversitede okuyan öğrencilerin cinsel sağlıkla ilgili bilgi tutum ve davranışları. *Tıp Araştırmaları Derg* 2009;7(2):105-13.
19. Gökyıldız Ş. Cinsel sağlığın geliştirilmesinde hemşirenin etkinliği nasıl sağlanır? *Florence Nightingale Hemşirelik Derg* 2002;12(49):92-98.
20. Öngen B, Aytaç S. Üniversite öğrencilerinin toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin tutumları ve yaşam değerleri ilişkisi. *Journal of Sociological Studies/Sosyoloji Konferansları* 2013;(48):1-18.
21. Demirezen E. Birinci basamakta kadın cinselliğinin değerlendirilmesi. *Sürekli Tıp Eğitimi Derg* 2006;15(5):79-81.
22. Koyun A, Taşkın L, Terzioğlu F. Yaşam dönemlerine göre kadın sağlığı ve ruhsal işlevler: hemşirelik yaklaşımlarının değerlendirilmesi. *Current Approaches in Psychiatry/Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2011;3(1):67-99.
23. Esencan TY, Beji NK. Günümüze değin cinsellik konusunda yapılan çalışmaların irdelenmesi. *Androloji Bülteni* 2015;17(63):301-10.
24. Kaya Y, Aslan E. Kadın cinselliğinde gelenekler ve kültür. *Androloji Bülteni* 2013;54(1):214.
25. Fourcroy JL. Customs, Culture, and Tradition—What Role Do They Play in a Woman's Sexuality? *The journal of sexual medicine* 2006;3(6):954-9.

26. Çağ P, Yıldırım İ. Evlilik doyumunu yordayan ilişki ve kişisel değişkenler. Turkish Psychological Counseling and Guidance Journal 2016;4(39):13-23.
27. Vural BK, Temel AB. Cinsel doyumun yordanmasında bazı faktörlerin incelenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Derg 2010;13(1):24-34.
28. Frederick DA, Lever J, Gillespie BJ, Garcia JR. What keeps passion alive? Sexual satisfaction is associated with sexual communication, mood setting, sexual variety, oral sex, orgasm, and sex frequency in a national US study. The Journal of Sex Research 2017;54(2):186-201.
29. Çolak AM, Cin FM. Kadınların cinsel doyumunun ilişki mutlulukları üzerine etkisi. İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi 2019;18(35):745-754.
30. Sungur M. Cinsel eğitim. Klinik Psikiyatri Dergisi 1998;2:103-8.
31. Gürsoy E, Gençalp NS. Cinsel sağlık eğitiminin önemi. Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi 2010;23(23):29-36.
32. Duman NB. Cinselliğin fizyolojisi. Duman NB (Editör). Cinsel Sağlık'ta. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2019. s.15.
33. Güvel S. Kadın ve erkek genital anatomisindeki benzerlikler. Androloji Bülteni 2013;15(52):57-61
34. Bilgin Z, Kömürçü N. Kadın cinselliği ve kanıt temelli yaklaşımlar. Androloji Bülteni 2016;18(64):48-55.
35. İncesu C. Cinsel işlevler ve cinsel işlev bozuklukları. Klinik Psikiyatri Derg 2004;7(Suppl 3):3-13.
36. Meston CM, Levin RJ, Sipski ML, Hull EM, Heiman JR. Women's orgasm. Annual review of sex research. Taylor & Francis 2004;15(1):173-257.
37. Masters W, Johnson V. Human sexual behavior. İnsanda Cinsel Davranış. (Çeviri: Ü. Sayın) İstanbul: Bilimsel ve Teknik Yayınları Çeviri Vakfı; 1994.
38. Berman JR, Berman L, Goldstein I. Female sexual dysfunction: incidence, pathophysiology, evaluation, and treatment options. Urology 1999;54(3):385-91.
39. Berman JR, McCarthy MM, Kyprianou N. Effect of estrogen withdrawal on nitric oxide synthase expression and apoptosis in the rat vagina. Urology 1998;51(4):650-6.
40. Kütmeç C. Kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu ve hemşirelik bakımı. Fırat Sağlık Hizmetleri Derg 2009;4(12):111-36.
41. Aksöyek A, Canatar T, Özşahin AK. Approach to Sexual Health in Primary Care. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care 2019;13(3):356-62.
42. Akarsu R, Beji NK. Kadın cinsel fonksiyon bozuklukları sınıflandırılmasında DSM-V kapsamında yapılan değişiklikler. Androloji Bülteni 2016;18(65):134-7.

43. Uğurlucan FG, Özgör BY. Kadın cinsel disfonksiyonu tanı ve tedavisinde yenilikler: 2016 güncelleme. *Androloji Bülteni* 2016;18(67):282-8.
44. Akbulut MF, Üçpınar M, Gürbüz ZG. Kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluklarının sınıflaması ve tedavisi. *Türkiye Klinikleri J Urology-Special Topics* 2015;8(3):10-5.
45. Sungur MZ, Gündüz A. A comparison of DSM-IV-TR and DSM-5 definitions for sexual dysfunctions: critiques and challenges. *The journal of sexual medicine* 2014;11(2):364-73.
46. Kayır A. Kadın Orgazm Bozuklukları. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri-Özel Konular* 2009;2(4):42-7.
47. Yılmaz E, Zeytinci İE, Sarı S, Karababa İF, Çilli AS, Kucur R. Investigation of Sexual Problems in Married People Living in the Center of Konya. *Turkish Journal of Psychiatry* 2010;21(2):1-8.
48. Başçı AB, Karataş N. Birinci basamakta cinsel sağlığın değerlendirilmesi. Duman NB (Editör) *Cinsel Sağlık*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi 2018.s.69-78.
49. Doğan S. Cinsel işlev bozuklukları, depresyon ve antidepresanlar. *Journal of Mood Disorders* 2011;1(2):81-6.
50. Basson R. Women's sexual dysfunction: revised and expanded definitions. *Cmaj*. 2005;172(10):1327-33.
51. Clayton AH, Pradko JF, Croft HA, Montano CB, Leadbetter RA, Bolden-Watson C, et al. Prevalence of sexual dysfunction among newer antidepressants. *Journal of Clinical Psychiatry* 2002;63(4):357-66.
52. Uzbay T, Yüksel N. Antidepresanlar ve cinsel işlev bozuklukları. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, Ek 2004;3:14-24.
53. Ünal PC. Birinci Basamakta Kadında Cinsel İşlev Bozukluklarına Yaklaşım. *Türkiye Klinikleri Aile Hekimliği-Özel Konular* 2013;4(6):23-7.
54. Kadioğlu P, Yetkin DÖ, Şanlı Ö, Yalın AS, Önem K, Kadioğlu A. Obesity might not be a risk factor for female sexual dysfunction. *BJU international* 2010;106(9):1357-61.
55. 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. *Urologia internationalis* 2004;72(1):52-7.
56. Akan H, Doğan S. Birinci basamak sağlık hizmetinde cinsel işlev bozukluklarına yaklaşım. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi* 2011;15(2):69-76.
57. Bülbül T. Cinsel fonksiyon bozukluklarında integratif tıp uygulamaları. *Sağlık Bilimleri Dergisi* 2017;26(3):282-6.
58. Symonds T, Boolell M, Quirk F. Development of a questionnaire on sexual quality of life in women. *Journal of sex & marital therapy* 2005;31(5):385-97.

59. Hayes R, Dennerstein L. The impact of aging on sexual function and sexual dysfunction in women: A review of population-based studies. *The journal of sexual medicine* 2005;2(3):317-30.
60. Aslan E, Beji NK, Güngör İ, Kadioğlu A, Dikencik BK. Prevalence and risk factors for low sexual function in women: a study of 1,009 women in an outpatient clinic of a university hospital in Istanbul. *The Journal of Sexual Medicine* 2008;5(9):2044-52.
61. Abdo CHN, Oliveira W, Moreira E, Fittipaldi JAS. Prevalence of sexual dysfunctions and correlated conditions in a sample of Brazilian women—results of the Brazilian study on sexual behavior (BSSB). *International Journal of Impotence Research* 2004;16(2):160-6.
62. Demirezen E, Erdoğan S, Önem K. Birinci basamak sağlık merkezine başvuran kırk yaşın altındaki kadınlarda cinsel fonksiyonun değerlendirilmesi. *Androloji Bülteni* 2006;25:177-80.
63. Öksüz E, Malhan S. Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction in Turkish women. *The Journal of Urology* 2006;175(2):654-8.
64. Yanez D, Castelo-Branco C, Hidalgo L, Chedraui P. Sexual dysfunction and related risk factors in a cohort of middle-aged Ecuadorian women. *Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2006;26(7):682-6.
65. Colson MH, Lemaire A, Pinton P, Hamidi K, Klein P. Couples' Sexual Dysfunction: Sexual Behaviors and Mental Perception, Satisfaction and Expectations of Sex Life in Men and Women in France. *The Journal of Sexual Medicine* 2006;3(1):121-31.
66. Ponholzer A, Roehlich M, Racz U, Temml C, Madersbacher S. Female sexual dysfunction in a healthy Austrian cohort: prevalence and risk factors. *European Urology* 2005;47(3):366-75.
67. Güvel S, Yayıoğlu Ö, Bağış T, Savaş N, Bulgan E, Özkardeş H. Evli kadınlarda cinsel fonksiyonlara etkin faktörler. *Türk Üroloji Dergisi* 2003;29(1):43-8.
68. Aydın S, Onaran ÖI, Topalan K, Aydın ÇA, Dansuk R. Development and validation of Turkish version of the female sexual distress scale-revised. *Sexual medicine* 2016;4(1):e43-e50.
69. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA* 1999;281(6):537-44.
70. Tashbulatova D, Arıdoğan İA, İzol V, Şeydaoğlu G, Ürünsak İF, Doran Ş. İnfertil kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu: depresyon ve demografik faktörler ile ilişkisi. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi* 2013;33(1):91-7.
71. Karakoyunlu FB. Evli Kadınlarda Cinsel Fonksiyon Bozukluğu Görülme Sıklığı (tez). Antalya: Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2007.
72. Safarinejad M. Female sexual dysfunction in a population-based study in Iran: prevalence and associated risk factors. *International Journal of Impotence Research* 2006;18(4):382-95.

73. Güçlü S, Adak N. Eğitim, gelir ve yasanılan yerin, kadınların sağlık ve hastalık davranışları üzerindeki etkileri. *Kadın/Woman* 2000 2002;3(1):115-41.
74. 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* 2009:45-59.
75. Mert DG, Özen NE. Genel psikiyatri polikliniğine başvuran kadın hastalarda cinsel işlev bozukluğu ve ilişkili sosyokültürel parametrelerin değerlendirilmesi. *Klinik Psikiyatri* 2011;14:85-93.
76. Yıldız M, Çevik BG. Evli bireylerin evlilik doyumlarının ve yaşam doyumlarının incelenmesi. *International Journal of Human Sciences* 2016;13(1):227-42.
77. Baytur Y, Deveci A, Uyar Y, Özçakır H, Kızılkaya S, Çağlar H. Mode of delivery and pelvic floor muscle strength and sexual function after childbirth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2005;88(3):276-80.
78. Lurie S, Aizenberg M, Sulema V, Boaz M, Kovo M, Golan A, et al. Sexual function after childbirth by the mode of delivery: a prospective study. *Archives of Gynecology and Obstetrics* 2013;288(4):785-92.
79. Hisasue S-i, Kumamoto Y, Sato Y, Masumori N, Horita H, Kato R, et al. Prevalence of female sexual dysfunction symptoms and its relationship to quality of life: a Japanese female cohort study. *Urology* 2005;65(1):143-8.
80. Kolotkin RL, Binks M, Crosby RD, Østbye T, Gress RE, Adams TD. Obesity and sexual quality of life. *Obesity* 2006;14(3):472-9.
81. Smith A, Patrick K, Heywood W, Pitts M, Richters J, Shelley J, et al. Body mass index, sexual difficulties and sexual satisfaction among people in regular heterosexual relationships: a population-based study. *Internal Medicine Journal* 2012;42(6):641-51.
82. Aygin D, Aslan FE. Meme kanserli kadınlarda cinsel işlev bozukluklarının incelenmesi. *Meme Sağlığı Dergisi* 2008;4(2):105-14.
83. Esposito K, Maiorino M, Bellastella G, Giugliano F, Romano M, Giugliano D. Determinants of female sexual dysfunction in type 2 diabetes. *International Journal of Impotence Research* 2010;22(3):179-84.
84. Angst J. Sexual problems in healthy and depressed persons. *International Clinical Psychopharmacology* 1998;13 (Ek 6):1-4.

EKLER





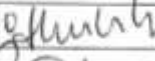





Ek 1

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU Edirne, Türkiye

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYBAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	TUTF-BAEK 2019/454	
	PROTOKOL ADI	Edirne Merkezindeki 18-49 Yaş Arasındaki Evli Kadınların Cinsel Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi	
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI / ADI	Dr. Öğr. Üyesi Önder SEZER	
	ARAŞTIRMA MERKEZİ		
	DESTEKLEYİCİ		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	Tek Merkez Ulusal	Çok Merkez Uluslararası
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:22/03		Tarih:23.12.2019
	Fakültemiz Aile Hekimliği Anabilim Dalı Dr. Öğr. Üyesi Önder SEZER'in sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Araş. Gör. Dr. Selen BAL'ın tez çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş; araştırmaya ilişkin giderlerin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödenmediği koşullarda ve veri toplanacak yerlerden gerekli izinler alındıktan sonra gerçekleştirilmesinde etik bilimsel standartlar açısından sakınca bulunmadığına mevcudun oy birliği ile karar verilmiştir.		
ETİK KURUL BİLGİLERİ			
ÇALIŞMA ESASI	Helsinki Bildirgesi, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TUTF-BAEK Yönergesi		

ÜYELER

Ünvan/Ad/ Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki(*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Ülfet VATANSEVER ÖZBEK Başkan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D	K	E H	E H	
Doç. Dr. Rugül KÖSE ÇINAR Başkan Yardımcısı	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Ruh Sağ. ve Has. A.D.	K	E H	E H	
Dr. Öğr. Üyesi Ruhm Deniz TOPUZ Üye	Tıbbi Farmakoloji	T.Ü.T.F Tıbbi Farmakoloji A.D	K	E H	E H	
Doç. Dr. F. Nesrin TURAN Üye	Biyoistatistik	T.Ü.T.F. Biyoistatistik A.D.	K	E H	E H	
Doç. Dr. Hakan GÖRKAN Üye	Tıbbi Genetik	T.Ü.T.F. Tıbbi Genetik A.D.	E	E H	E H	Mazeretli
Prof. Dr. Hasan ÜMIT Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E H	E H	Mazeretli
Dr. Öğr. Üyesi Oktay KAYA Üye	Fizyoloji	T.Ü.T.F. Fizyoloji A.D.	E	E H	E H	Mazeretli
Prof. Dr. Galip EKUKLU Üye	Halk Sağlığı	T.Ü.T.F. Halk Sağlığı A.D.	E	E H	E H	
Dr. Öğr. Üyesi Fatma Gülüm ÖNAL Üye	Tıp Tarihi ve Etik	T.Ü.T.F. Tıp Tarihi ve Etik A.D.	K	E H	E H	
Öğr. Gör. Dr. Sinan ATEŞ Üye	Kadın Hastalıkları ve Doğum	T.Ü.T.F. Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.	E	E H	E H	Mazeretli
Prof. Dr. Sevtap HEKİMOĞLU ŞAHİN Üye	Anestezi ve Reanimasyon	T.Ü.T.F. Anestezi ve Reanimasyon A.D.	K	E H	E H	Mazeretli
Prof. Dr. Atakan SEZER Üye	Genel Cerrahi	T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	E H	E H	Mazeretli
Avukat Emine NURLU Üye		T.Ü. Rektörlüğü	K	E H	E H	
Emekli Öğretmen Sinan SEÇKİN Üye		Serbest Üye	E	E H	E H	

*Araştırma ile ilgili
**Toplantıda Bulunma

Prof. Dr. Ahmet TEZEL
Dekan a.
Dekan Yard.



Ek 2

EDİRNE HALK SAĞLIĞI HİZMETLERİ BAŞKANLIĞI

1. BASAMAK ARAŞTIRMA KOMİSYONU RAPORU

Sayı: 2020/2

Karar: 2020/2


1. Basamak Araştırma Komisyonumuz 03/02/2020 tarih saat 11:00'da İl Sağlık Müdürlüğü Gülden YÖRÖTEN Eğitim Salonunda tüm komisyon üyelerinin katılımıyla toplanmış, ilgili dosyaları inceleyerek aşağıdaki kararı almıştır.

1- Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalında Araştırma Görevlisi Dr.Selen BAL'ın "Edirne Merkezdeki 18-49 yaş Arası Evli Kadınların Cinsel Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi" konulu Uzmanlık tezi,

2- Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrencisi Nejla AKŞİ KAYABAŞI'nın "Edirne İl Merkezinde 65 Yaş ve Üzeri Toplumda Kronik Hastalık Sıklığı ile Sağlık ve Sağlıksız Davranışların Araştırılması" konulu Yüksek Lisans tezi,

Komisyonumuzca uygun görülmüş olup; Aile Sağlığı Merkezlerine gereken bilgilendirme yapılmasına oy birliği ile karar verilmiştir.



Dr. Selma REYHAN KILMAZ
Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanı


Dr. Onur ÇAKAR

Halk Sağlığı Hizmetleri Başkan Yardımcısı


Dr. Birce BAKIRLI
Temel Sağlık Birimi Sorumlusu


Uzm. Dr. Elif Sıdıka ÖZGİN SAYHAN
Merkez İlçe Toplum Sağlığı Merkezi Başkanı


Yedirek ÇETİNKAYA
Belagün Olmayan Hastalıklar Birim Sorumlusu

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 492d5c31-9b99-47aa-b432-71957ce7605e kodu ile erişebilirsiniz. Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanununa göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek 3

EDİRNE MERKEZDEKİ 18-49 YAŞ ARASI EVLİ KADINLARIN CİNSEL YAŞAM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

T.C. TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

ARŞ.GÖR.DR.SELEN BAL

DANIŞMAN: DR.ÖĞR.ÜYESİ ÖNDER SEZER

Sayın katılımcı;

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı olarak EDİRNE MERKEZDEKİ 18-49 YAŞ ARASI EVLİ KADINLARIN CİNSEL YAŞAM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ isimli, hazırladığımız bu çalışmaya katılmanızı rica ediyoruz. Çalışmaya katılmak zorunlu olmayıp katılıp katılmamaktan dolayı herhangi bir ödül ya da ceza ile karşılaşmayacaksınız. Vermiş olduğunuz bilgiler yalnızca bilimsel araştırma amacıyla kullanılacak olup, hiçbir şekilde kimlik bilgilerinizle ilişkilendirilmeyecek ve tamamen gizli tutulacaktır.

Anket Formu No:

1.Yaşınız:

2.Boyunuz:.....

Kilonuz:.....

Bel çevreniz:.....

3. Öğrenim durumunuz:

() . İlkokul () . Ortaokul () . Lise () . Yüksekokul ve üzeri

4. Kaç yıldır evlisiniz?

5. Çalışma durumunuz:

() . Çalışmıyor () . Çalışıyor

6. Eşinizin yaşı:

7. Eşinizin öğrenim durumu:

() . İlkokul () . Ortaokul () . Lise () . Yüksekokul ve üzeri

8.Eşinizin çalışma durumu:

()Çalışmıyor () . İşçi () . Memur () .Serbest Meslek () Diğer

9. Nasıl bir aile tipine sahipsiniz?:

() . Çekirdek aile () . Geniş aile

10. Evlenme şekliniz:

() . Görücü usulü (başkasının tercihi ile) () . Kendi tercihim ile

11. Ekonomik durumunuzu nasıl yorumlarsınız?

().Gelir giderden az ().Gelir gidere eşit ().Gelir giderden fazla

12. Düşük yaptınız mı?:

().Hayır ().Evet.....kaç kez?.....

13.Kürtaj yaptırdınız mı?

()Hayır ()Evet..... kac kez?.....

14. Daha önce doğum yaptınız mı?Cevabınız hayır ise 20.soruya geçiniz.

()Hayır ()Evet

15. Kaç çocuğunuz var:

16. Son doğumunuz ne şekilde oldu?

(). Vajinal doğum (). Sezeryanla doğum

17.Gebeliğiniz olduysa

Gebeliğinizin hangi döneminde cinsel yaşamınızla ilgili daha fazla sorun yaşadığınızı düşünüyorsunuz?

()Yaşamadım ()0-3 ay ()3-6 ay ()6-9 ay

18. Gebelikte eşinizin cinsellikle ilgili sorun yaşadığını düşünüyor musunuz?

()Hayır ()Evet

19. Gebeliğiniz süresince eşinizin cinsellikle ilgili yaşadığı güçlükler nelerdir?

(Birden fazla şıkkı işaretleyebilirsiniz)

(0). Benim fiziksel rahatsızlık yaşamam

(1). Eşimin korkularının olması

(2). Doğumun yaklaştığını düşünmesi

(3). Benim vücudumun değişmesi

(4). Eşimin kültürel ve dini (günah olması) düşünceleri

(5). Eşimin gebelikte cinsel ilişki olup olmayacağı konusunda yeterli bilgisinin olmaması

(6). Eşimin bebeğimizin varlığını hissetmesi

20. Kronik hastalığınız var mı?

()Hayır ()Evet

21. Kronik hastalığınız varsa hangileri

()Diyabet(şeker hastalığı)

- ()Hipertansiyon
()Hiperlipidemi
()İskemik kalp hastalığı
()kanser
()felç geçirme geçmişi
Diğer.....

22.Düzenli kullandığınız ilaç var mı?

- ()Hayır
()Evet (lütfen neler kullandığınızı yazınız.....)

23.İsteğiniz dışında cinsel birliktelik yaşadınız mı?

- ()Hayır ()Evet

24.Çocukluk döneminizde cinsel travmaya sebep olacak herhangi bir olay yaşadınız mı?

- ()Hayır ()Evet

25.Aile içi şiddete maruz kaldınız mı?

- ()Hayır ()Evet

26.Cinsellikle ilgili eğitim aldınız mı?

- ()Hayır ()Evet
()Evet ise lütfen kimden veya nerden aldığınızı yazınız.....)

***Lütfen aşağıdaki bilgi sorularına (evet) (hayır) veya (kararsızım) şeklinde cevap veriniz...**

		EVET	HAYIR	KARARSIZIM
27	Çocuk sahibi olmanın cinsel yaşamı olumsuz etkileyeceğini düşünüyorum.			
28	Menopoza girmenin cinsel yaşamı olumsuz etkileyeceğini düşünüyorum.			
29	Cinsellikle ilgili yeteri kadar bilgilendirildiğimi düşünüyorum.			
30	Evlilikte cinselliğin bir görev olduğunu düşünüyorum.			
31	Evlilik süremiz ilerledikçe cinsel yaşamımızın daha iyiye gittiğini düşünüyorum.			
32	Evlilik süremiz ilerledikçe cinsel yaşamımızın daha kötüye gittiğini düşünüyorum.			
33	Cinsellik biterse evlilik biter.			
34	İyi bir cinsel yaşam için eşimin özgüvenli olması gerektiğini düşünüyorum.			
35	Vücudumdan memnunum.			

BİRİNCİ BASAMAK İÇİN BECK DEPRESYON TARAMA ÖLÇEĞİ

Bu ankette yedi grup ifade bulunmaktadır. Her gruptaki ifadeleri okuduktan sonra bugün dahil olmak üzere son iki haftada sizi en iyi açıklayan ifadeyi seçiniz. Seçtiğiniz ifadenin yanındaki sayıyı yuvarlak içine alınız. Eğer bir grupta birden fazla ifade sizin durumunuza uyuyorsa en yüksek puan alan ifadeyi seçiniz.

36.Üzüntü

- 0 Üzgün değilim
- 1 Zaman zaman üzgünüm
- 2 Her zaman üzgünüm
- 3 Dayanamayacak kadar üzgünüm

37.Kötümserlik

- 0 Gelecekte umutsuz değilim
- 1 Geleceğim hakkında eskisinden daha umutsuzum
- 2 Gelecekte çok umutsuzum
- 3 Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok

38.Geçmişteki başarısızlıklar

- 0 Kendimi başarısız görmüyorum
- 1 Yapabileceğim kadar başarılı olmadım
- 2 Geriye baktığımda pek çok başarısızlık görüyorum
- 3 Kendimi bir insan olarak tamamen başarısız görüyorum

39.Kendini beğenmeme

- 0 Kendim hakkında her zamanki gibi hissediyorum
- 1 Kendime olan güvenim azaldı
- 2 Kendimle ilgili hayal kırıklığı yaşıyorum
- 3 Kendimden nefret ediyorum

40.Kendini suçlama

- 0 Kendimi her zamankinden daha fazla eleştirmiyorum ve suçlamıyorum
- 1 Kendimi her zamankinden fazla suçluyorum
- 2 Kendimi bütün hatalarım için suçluyorum
- 3 Her kötü olayda kendimi suçluyorum

41.İlgi kaybı

- 0 Diğer insanlara ve olaylara ilgimi kaybetmedim

- 1 Diğer şeyler ve insanlar eskisine göre daha az ilgimi çekiyor
- 2 Diğer şeyler ve insanlara olan ilgimin çoğunu kaybettim
- 3 Herhangi bir şeye ilgi duymakta çok zorlanıyorum

42. İntihar düşüncesi veya isteği

- 0 Kendimi öldürme gibi düşüncelerim yok
- 1 Kendimi öldürme düşüncem var ama yapamam
- 2 Kendimi öldürmek isterdim
- 3 Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm

KADIN CİNSEL FONKSİYON İNDEKSİ

Bu sorular cinsel yaşamınızla ilgili olup son 4 haftalık süreye aittir. Lütfen aşağıdaki sorulara olabildiğince net ve doğru cevap vermeye çalışınız. Verdiğiniz cevaplar tamamen gizli kalacaktır. Aşağıdaki soruları cevaplarken bazı terimlerin anlamı şu şekildedir ;

Cinsel aktivite: okşama, cinsel oyunlar, mastürbasyon ve vajinal ilişkiyi kapsayan durumları

Cinsel ilişki/birleşme: vajinaya penisin girişi (penil penetrasyonu)

Cinsel uyarı: partnerinizle olan cinsel oyunlar, kendi kendinizi uyarmanız (mastürbasyon) veya cinsel fantezileri anlatmaktadır.

Cinsel istek veya cinsel ilgi cinsellikle ilgili şeyler yaşama isteği, partnerinizin cinsellikle ilgili davranışlarına karşılık verme isteği ve cinsellikle ilgili düşünmek veya fanteziler kurmak anlamına gelmektedir.

43. Son 4 hafta içinde ne sıklıkta cinsel istek duydunuz?

1. Hemen hemen hiçbir zaman veya hiçbir zaman.
2. Bir kaç kez
3. Bazen
4. Çoğu zaman
5. Hemen hemen her zaman veya her zaman

44. Son 4 hafta boyunca cinsel veya ilgi düzeyiniz nasıldı?

1. Çok düşük veya hiç
2. Düşük
3. Orta
4. Yüksek
5. Çok yüksek

Cinsel uyarılma/tahrik: Cinsel heyecanı bedensel ve zihinsel yönlerin her ikisi için birlikte hissetmektir. Cinsel bölgelerde sıcaklık hissi veya ürperti, kayganlaşma ve kas kasılmaları olması durumudur.

45. Son 4 hafta boyunca cinsel aktivite veya cinsel birleşme esnasında kendinizi ne sıklıkta cinsel yönden tahrik olmuş ve uyarılmış hissettiniz?

0. Cinsel aktivitem olmadı
1. Hemen hemen hiçbir zaman veya hiçbir zaman.
2. Bir kaç kez
3. Bazen
4. Çoğu zaman
5. Hemen hemen her zaman veya her zaman

46. Son 4 hafta boyunca cinsel aktivite veya birleşme esnasında cinsel yönden tahrik olma uyarılma düzeyiniz nasıldı?

0. Cinsel aktivitem olmadı
1. Çok düşük veya hiç
2. Düşük
3. Orta
4. Yüksek
5. Çok yüksek

47. Son 4 hafta boyunca cinsel aktivite veya birleşme esnasında cinsel olarak tahrik olma konusunda ne kadar kendinizden emindiniz?

0. Cinsel aktivitem olmadı.
1. Çok düşük derecede kendimden emindim veya kendimden emin değildim.
2. Düşük derecede kendimden emindim
3. Orta derecede kendimden emindim
4. Yüksek derecede kendimden emindim
5. Çok yüksek derecede kendimden emindim.

48. Son 4 hafta boyunca cinsel aktivite veya birleşme sırasında tahrik olma uyarılma durumunuzdan ne sıklıkta memnun oldunuz?

0. Cinsel aktivitem olmadı
1. Hemen hemen hiçbir zaman veya hiçbir zaman.
2. Bir kaç kez
3. Bazen
4. Çoğu zaman
5. Hemen hemen her zaman veya her zaman

49. Son 4 hafta boyunca cinsel aktivite veya birleşme sırasında lubrikasyon (kayganlaşma/ıslaklık) durumu ne sıklıkta gerçekleşti

0. Cinsel aktivitem olmadı
1. Hemen hemen hiçbir zaman veya hiçbir zaman.
2. Bir kaç kez
3. Bazen
4. Çoğu zaman
5. Hemen hemen her zaman veya her zaman

50. Son 4 hafta boyunca cinsel aktivite veya birleşme sırasında lubrikasyon (kayganlaşma/ıslaklık) durumu oluşması ne kadar zor oldu?

0. Cinsel aktivitem olmadı.
1. Aşırı derecede zordu veya imkansızdı
2. Çok zordu
3. Zordu
4. Oldukça zordu
5. Zor değildi.

51. Son 4 hafta boyunca lubrikasyon (kayganlaşma/ıslaklık) durumunuzu cinsel aktivite veya cinsel birleşme sonuna kadar ne sıklıkta sürdürebildiniz?

0. Cinsel aktivitem olmadı
1. Hemen hemen hiçbir zaman veya hiçbir zaman.
2. Bir kaç kez
3. Bazen
4. Çoğu zaman
5. Hemen hemen her zaman veya her zaman

52. Son 4 hafta boyunca lubrikasyon (kayganlaşma/ıslaklık) durumunuzu cinsel aktivite veya birleşme sonuna kadar korumanız ne kadar zor oldu?

0. Cinsel aktivitem olmadı
1. Aşırı derecede zordu veya imkansızdı
2. Çok zordu
3. Zordu
4. Oldukça zordu
5. Zor değildi

53. Son 4 hafta boyunca cinsel uyarılmanızda veya cinsel birleşmede ne sıklıkla orgazma ulaştınız?

0. Cinsel aktivitem olmadı
1. Hemen hemen hiçbir zaman veya hiçbir zaman.
2. Bir kaç kez
3. Bazen
4. Çoğu zaman
5. Hemen hemen her zaman veya her zaman

54. Son 4 hafta boyunca cinsel uyarılmanızda veya birleşmede orgazma ulaşmanız ne kadar zor oldu?

0. Cinsel aktivitem olmadı
1. Aşırı derecede zordu veya imkansızdı
2. Çok zordu
3. Zordu
4. Oldukça zordu
5. Zor değildi

55. Son 4 hafta boyunca cinsel aktivite veya cinsel birleşme esnasında orgazma ulaşma yeteneğiniz konusunda ne kadar memnun oldunuz?

0. Cinsel aktivitem olmadı
1. Hiç memnun olmadım.
2. Orta derecede memnun olmadım
3. Hemen hemen eşit olarak memnun oldum ve olmadım
4. Orta derecede memnun oldum.
5. Çok memnun oldum.

56. Son 4 hafta boyunca cinsel aktivite sırasında siz ve partneriniz sırasında yaşanan duygusallık konusunda ne kadar memnun oldunuz?

0. Cinsel aktivitem olmadı
1. Hiç memnun olmadım.
2. Orta derecede memnun olmadım
3. Hemen hemen eşit olarak memnun oldum ve olmadım
4. Orta derecede memnun oldum.
5. Çok memnun oldum.

57. Son 4 hafta boyunca partnerinizle olan cinsel ilişkiden ne kadar memnun oldunuz?

0. Cinsel aktivitem olmadı

- 1.Hiç memnun olmadım.
- 2.Orta derecede memnun olmadım
- 3.Hemen hemen eşit olarak memnun oldum ve olmadım
- 4.Orta derecede memnun oldum.
5. Çok memnun oldum.

58.Son 4 hafta içinde genel olarak cinsel hayatınız sizin için ne kadar tatminkardı?

- 0.Cinsel aktivitem olmadı
- 1.Hiç memnun olmadım.
- 2.Orta derecede memnun olmadım
- 3.Hemen hemen eşit olarak memnun oldum ve olmadım
- 4.Orta derecede memnun oldum.
5. Çok memnun oldum.

59. Son 4 hafta boyunca vajinal birleşme sırasında ne kadar sıklıkta rahatsızlık veya ağrı yaşadınız ?

- 0.Cinsel birleşme girişimim olmadı
- 1.Hemen hemen her zaman veya her zaman
- 2.Çoğu zaman
- 3.Bazen
- 4.Birkac kez
- 5.Hemen hemen hiçbir zaman veya hiçbir zaman

60.Son 4 hafta boyunca vajinal birleşme sonrasında ne sıklıkta rahatsızlık veya ağrı yaşadınız?

- 0.Cinsel birleşme girişimim olmadı
- 1.Hemen hemen her zaman veya her zaman
- 2.Çoğu zaman
- 3.Bazen
- 4.Birkac kez
- 5.Hemen hemen hiçbir zaman veya hiçbir zaman

61.Son 4 hafta boyunca rahatsızlık veya ağrı seviyeniz nasıldı?

- 0.Cinsel birleşme girişimim olmadı
- 1.Vajinal birleşme sırasında ve sonrasında çok yüksekti
- 2.Yüksekti
- 3.Orta derecedeydi

4.Düşüktü

5.Çok düşüktü veya hiç yoktu.

CİNSEL YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ-KADIN FORMU

Aşağıdaki soruları lütfen size en uygun seçenek üzerine (x) işareti koyarak cevaplayınız.

	Tamamen katılıyorum	Büyük ölçüde katılıyorum	Kısmen katılıyorum	Kısmen katılmıyorum	Büyük ölçüde katılmıyorum	Hiç katılmıyorum
62.Cinsel yaşamımı düşündüğümde, hayatımın eğlenceli /zevkli bir parçası olduğunu düşünüyorum						
63.Cinsel yaşamımı düşündüğümde, hayal kırıklığı hissediyorum						
64.Cinsel yaşamımı düşündüğümde, kendimi üzgün (depresif) hissediyorum						
65.Cinsel yaşamımı düşündüğümde, kendimi bir kadın olarak eksik hissediyorum						
66.Cinsel yaşamımı düşündüğümde, kendimi iyi hissediyorum						
67.Cinsel bir eş olarak kendime güvenimi yitirdim						
68.Cinsel yaşamımı düşündüğümde, sıkıntı hissediyorum						
69.Cinsel yaşamımı düşündüğümde, kızgınlık hissediyorum						
70.Cinsel yaşamımı düşündüğümde, eşime yakın olduğumu hissediyorum						

71.Cinsel yaşamımın geleceği hakkında endişeleniyorum						
72.Cinsel ilişkiden zevk almıyorum						
73.Cinsel yaşamımı düşündüğümde, utanıyorum						
74.Cinsel konularla ilgili eşimle konuşabileceğimi düşünüyorum						
75.Cinsel ilişkiden kaçınıyorum						
76.Cinsel yaşamımı düşündüğümde, suçluluk hissediyorum						
77.Cinsel yaşamımı düşündüğümde, eşimin rencide olmuş yada reddedilmiş hissetmesinden endişeleniyorum						
78.Cinsel yaşamımı düşündüğümde, bir şeyleri kaybetmiş gibi hissediyorum						
79.Cinsel yaşamımı düşündüğümde, cinsel ilişki sıklığından memnunum						

ANKETİMİZE KATKILARINIZDAN DOLAYI TEŞEKKÜR EDERİZ..