



**T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÜROLOJİ ANABİLİM DALI**

**İN FERTİL KADINLARDA CİNSEL FONKSİYONLARA
ETKİ EDEN FAKTÖRLER**

**Dr. Dinara TASHBULATOVA
UZMANLIK TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Atilla ARIDOĞAN**

ADANA – 2007



**T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÜROLOJİ ANABİLİM DALI**

**İNERTİL KADINLARDA CİNSEL FONKSİYONLARA
ETKİ EDEN FAKTÖRLER**

**Dr. Dinara TASHBULATOVA
UZMANLIK TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Atilla ARIDOĞAN**

ADANA - 2007

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca ve tezim sırasında her zaman yardım ve katkılarını sunan Prof. Dr. Şaban Doran ve tez danışmanım Doç. Dr. Atilla Arıdoğan'a, uzmanlık eğitim sürecime katkıda bulunan Prof. Dr. Zühtü Tansuğ Başkanlığı'nda Üroloji Anabilim Dalı Öğretim Üyeleri, Prof. Dr. Reha Özkeçeli, Prof. Dr. Uğur Erken , Prof. Dr. Nihat Satar, Prof. Dr. Bülent Soyupak, Doç. Dr. Yıldırım Bayazıt'a, asistanı olma şansına sahip olup ve eğitimime emeği geçen Prof. Dr. Sinan Zeren'e, klinikte her zaman bir ekip ruhuyla çalıştığım asistan ve hemşire arkadaşlarıma, personellerine, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalından Yrd.Doç.Dr.İbrahim F. Ürünsak, istatistiksel çalışmalar kısmındaki desteklerinden dolayı Doç. Dr. Gülşah Şeydaoğlu'na, her zaman, her konuda arkamda olduklarını bildiğim aileme ve hayatımın her aşamasında bana destek olan eşime teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	I
İÇİNDEKİLER.....	II
TABLO LİSTESİ.....	III
ŞEKİL LİSTESİ.....	IV
ÖZET ve ANAHTAR SÖZCÜKLER.....	V
ABSTRACT-KEYWORDS.....	VI
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	2
2.1. Kadın Cinsel Anatomisi	2
2.1.1. Dış Genital Organlar	2
2.1.2. İç Genital Organlar	3
2.1.3. Pelvik Taban Kasları	4
2.2. Pelvik Organların İnnervasyonu	5
2.3. Kadın Cinsel Fonksiyon Fizyolojisi.....	6
2.3.1. Cinsel İstek.....	8
2.3.2. Cinsel Uyarılma Fizyolojisi.....	9
2.3.3. Orgazm.....	10
2.4. Seks Steroidleri ve Kadın Cinsel Fonksiyonu.....	12
2.5. Kadınlarda Cinsel Fonksiyon Bozukluğu.....	13
2.5.1. Cinsel İstek Bozuklukları.....	19
2.5.2. Cinsel Tiksinti Bozuklukları.....	21
2.5.3. Uyarılma Bozukluğu.....	21
2.5.3.1. Cinsel Uyarılma Bozukluğu Sınıflandırılması.....	22
2.5.3.2. Orgazm Bozuklukları.....	22
2.5.3.3. Cinsel Ağrı Bozuklukları.....	22
2.6. İnfertilitenin Cinsel Fonksiyonları Etkilemesi	23
3. GEREÇ ve YÖNTEM.....	25
4. BULGULAR.....	27
5. TARTIŞMA.....	31
6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	34
KAYNAKLAR.....	35
EKLER.....	40
Ek:1 Genel Bilgi Formu.....	38
Ek:2 İFSF (Index of Female Sexual Function) Sorgulama Formu.....	41
Ek:3 Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ).....	42
ÖZGEÇMİŞ.....	45

TABLO LİSTESİ

Tablo no:

Sayfa no:

Tablo 1: Sosyodemografik bilgiler ve ortalama skor.....	28
Tablo 2: Hastaların İFSF Skor gruplarına göre ayrıldıklarında gruplardaki hasta sayıları.....	29
Tablo 3: BDÖ ile KCIE' nin diğer faktörler ile korelasyonu.....	30

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil no:

Sayfa no:

Şekil 1: Kadında Cinsel Yanıt Döngüsü.....	7
Şekil 2: BDÖ ve KCIE korelasyonu	29

ÖZET

İnfertil Kadınlarda Cinsel Fonksiyonlara Etki Eden Faktörler

Kadın cinsel fonksiyon bozuklukları yaşa bağımlıdır ve yaş artıkaça % 30-50 oranında görülmektedir. Çalışmamızda infertilite nedeniyle başvuran kadınların cinsel fonksiyonu üzerine etkili olabilecek demografik özellikler araştırıldı.

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalının İnfertilite polikliniğe başvuran gönüllü 200 infertil hasta çalışmaya alındı. Kadınlara demografik bilgileri içeren genel bilgi formu, dokuz soruluk Kadın cinsel Fonksiyon İndeksi (IFSF) ve 21 soruluk Beck depresyon ölçeği (BDÖ) formları doldurtuldu. Yaş, evlilik süresi, eğitim durumu, mesleği, aylık geliri, evlenme şekli, eşe karşı hissi IFSF skorları ile arasındaki ilişki regresyon ve korelasyon analizi ile araştırıldı.

Çalışmaya alınan bayanların ortalama yaş ve IFSF skoru sırayla 30.9 ± 6.1 yıl ve 32 ± 7 olarak saptandı. Kadınlar eğitim durumu, mesleği, aylık geliri, evlenme şekli, eşe karşı hissi alt gruplara ayrıldığında ve IFSF skorları ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p < 0,005$). Evlilik süresi, sigara IFSF skoru arasında hiçbirinde anlamlı fark saptanmadı ($p > 0.005$).

Çalışmamızda eğitim durumu yüksek, çalışan, anlaşarak evlilik yapan gelir düzeyi yüksek olan kadınların IFSF skorlarının anlamlı derecede yüksek olarak saptandı.

Anahtar kelime: Cinsel fonksiyon, infertil kadın, risk faktörleri.

ABSTRACT

Influencing Factors On The Sexual Function In Infertile Women

Female sexual dysfunction depends on age and it seems 50 – 60 % of women with increased age. In our study we evaluated sexual function and related demographic features of women presented with infertility.

This study was performed on 200 volunteer infertile women who visited infertility outpatient clinic of Department of Obstetrics and Gynecology of Çukurova University. We administered female sexual dysfunction index (IFSF) with 9 questions, Beck's Depression Inventory (BDI) with 21 questions and general information form for searching demographic features. The relation between age, marriage time, education, occupation, salary, situation of partner selection and feelings toward husband and IFSF score was investigated with regression and correlation analysis.

Mean age and IFSF score were 30.9 ± 6.1 and 32 ± 7 years respectively. Education, occupation, salary, situation of partner selection and feelings toward husband when separated sub into groups and compared with IFSF score; the results were statistically significant ($p < 0.005$). There was no statistically significant correlation between marriage time and smoking with IFSF score ($p > 0.005$).

In our study, we detected high level of IFSF score among women, who are well educated, have occupation, high salary and married with agreement.

Keywords: Sexual function, infertile female, risk factors

1. GİRİŞ

Cinsel sağlık, insanın yaşam kalitesinin en önemli göstergelerinden biridir. Günümüzde erektil disfonksiyon tedavisi alanında sağlanan gelişmelerle birlikte kadın cinsel fonksiyon bozukluğuna da ilgi giderek artmaktadır. Kadın Cinsel Disfonksiyonu, kadınların %38-63'ünü etkileyen yüksek prevalanslı bir problemdir.¹ Duygusal, fiziksel, biyolojik, psikolojik ve kişiler arası ilişkiler, kadın cinsel fonksiyonlarını bozabileceği için bu problem, çok yönlü araştırılmalıdır. İnsan cinselliği ile ilgili ilk kapsamlı araştırma Kinsey ve arkadaşları tarafından yayınlanmış ve bu araştırma bir dönüm noktası olmuştur. Daha ayrıntılı bilgiler ise ilk kez Master ve Johnson tarafından laboratuvar ortamında incelenmiştir.² Son yıllarda, kadın cinsel disfonksiyonu da çok dikkat çeken bir konu olmuştur. Bunun nedeni, erkek erektil disfonksiyonunun tedavisinde oral farmakoterapinin gösterdiği başarı olabilir. Sildenafil sitrat gibi vasküler bir ilacın kullanımının kadın cinsel disfonksiyonu için yararlı olup olmayacağı sorusu gündeme gelmiştir. Cinsel disfonksiyonda detaylı araştırma ve dengeli uygulamalar için üroloji, jinekoloji, psikiyatri ve endokrinoloji uzmanlık alanlarının ortak çalışmalarına ihtiyaç vardır. Ancak ürologlar kısa zamanda önemli ve stratejik roller üstlenerek, özellikle temel araştırmalar başta olmak üzere bu alanda liderliği yakalamışlardır.³

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kadın Cinsel Anatomisi

Kadın cinsel organlarının anatomisi iki kısım olarak incelenir:

Dış genital organlar

İç genital organlar

2.1.1. Dış Genital Organlar

Kadının dış genitaleri, vulva olarak bilinir. Vulva önde simfisis pubis arkada anal sfinkter ve yanlarda tuber iskiadiumlardan oluşur. Üç temel yapı içerir:

- 1) labial yapılar
- 2) interlabial boşluk
- 3) erektil yapılar

Labial yapılar uretra ve vajen girişini koruyacak şekilde şekillenmiş, bir çift simetrik deri kıvrıntısından oluşur. Dıştaki kat, *labia major* sebace bezler içeren büyük, üstü kıllı deri ile kaplı ciltaltı yağ dokudan oluşmuştur. *Labia minör*, labia majorun medialinde ve önde klitorisi çevreleyecek şekilde yerleşmiş daha küçük katlantılardır. Labia minörde kıl bulunmaz ama bol miktarda venöz sinüs, sebace bezler ve sinir içerir. Sakral pleksusun dalı olan pudental sinirin postlabial ve perineal dalları ile innervasyonu sağlanır. Kanlanmaya baktığımızda dış genital organlar internal pudental arterin dalları, internal iliak arterin dalları ve femoral arterin dalı olan eksternal pudental arter ile kanlanır. Ven sistemi ise cinsel ilişki sırasında ve daha büyük oranda gebelik süresince dilate olan venöz pleksuslardan oluşur. Venler büyük çoğunlukla arterlere eşlik eder. Klitoristen kanı toplayan venler vajinal ve vezikal venöz pleksuslarla birleşir.

Labia minora arasındaki boşluğa **inter labial boşluk** denir. Önde klitoris arkada frenulum vardır. Bu boşluğa büyük vestibüler glandlar, üretral ve vajinal orifisler açılır. Vestibüler glandlar seksüel uyarıda kayganlaştırıcı sıvı salgılar.

Kadın erektil yapılarını klitoris ve vestibüler bulbus oluşturur.

Klitoris, ön labial komissürün arkasına yerleşmiştir. Dış kısımda glans, orta kısımda korpus ve iç kısımda kruslar bulunur. Glans, klitorisin görünür tek dış parçasıdır. Krusla

iskiyoupubik ramuslara tutunur ve bir çift korpus kavernozumları oluştururlar. Klitoris erkeklerdeki korpus kavernozumların homologudur.

Klitorisin kanlanması; Ana arter iliohipogastrik pudental yataktan gelir. İnternal iliak - internal pudental - ana klitoral - dorsal klitoral ve kavernözal klitoral şeklinde dallanır.

Klitorisin innervasyonu; Klitoris birçok sinir ucu içerir. Dokunma, basınç ve sıcaklık duyularına oldukça duyarlıdır. Sempatikler T11-L2, parasempatikler S2-4'den gelir. Somatik duyuşal siniri pudental sinir içinde devam eder.

Vestibüler bulbus, vajinal orifisin her iki yanında labia minora derisinin hemen altında bulunan yaklaşık 3'er cm.lik yapılardır. Her iki bulbus, perineal membranın inferior yüzeyine yapışık ve bulbokaverno kasla örtülüdür. Bu kaslar, erektil vestibüler bulbusa venöz kaynak oluşturulmasında yardımcı olur. Seksüel arzu sırasında kanla dolar, vajinanın girişini daraltır ve seksüel ilişki sırasında penisi sıkır. Bulbus vestibuli penisteki korpus spongiyozumun karşılığıdır.

2.1.2. İç Genital Organlar

İç genital organlar vajina, uterus, uterin tüpler ve overlerden oluşur. Fakat seksüel anatomi içinde vagina ve uterus incelenmektedir.

Vagina; vestibülden uterin servikse uzanan 7-9 cm'lik silindirik organdır. Ekseni uterus ekseni ile 90 derece açı yapar. Arka duvarı daha uzundur. Vajinal duvar üç bölüme ayrılır. İç tabaka aglandüler mukoz membran, orta tabaka müsküler tabaka damarlardan zengin ve dışta adventisiyal destek dokular içeren tabaka. Vajinal mukoza hormona duyarlı, siklik değışikliklere uğrayan, nonkeratinize çok katlı yassı hücreli epitelden oluşur. Müsküler tabaka, kan damarlarının yoğun şekilde infiltre ettiği ve cinsel ilişki sırasında gevşemeye izin veren düz kaslardan oluşmaktadır. Vajen çok sayıda ruga denen mukozal katlantılar içerir ve yapılar fazlaca genişlemeye imkân sağlarken seksüel ilişkide de sürtünmeye bağlı uyarılmayı artırır. En yüksek erotik duyarlılığa sahip olan anterior vajinal duvar, posterior duvara göre daha yoğun bir innervasyona sahiptir ve distal bölgede proksimale göre daha fazla sinir lifi bulunmaktadır.⁴

Vajenin kanlanması uzunluğu boyunca yoğun anastomotik ağ içerir ve üst kısmı uterin arterden, orta kısmı hipogastrik arterden, distal kısmı orta hemoroidal ve klitoral arterden kanlanır.

Vajenin innervasyonu: otonomik sinirleri hipogastrik pleksustan (sempatik, T11-L1, n. Hipogastrikus) ve pelvik pleksustan (parasempatik, S2-4, n. Pelvikus). Somatik siniri n. Pudendalis, hem bulbokavernoz ve iskiokavernoz kasları innerve eder hem de perineal bölgeye duyuusal lifler verir.

Uterus Uterus, alt bölümü serviksin oluşturduğu, armut biçiminde, mesane ve rektum arasına yerleşmiş müsküler bir organdır. Uterus boşluğu üçgen şeklindedir. Üstte Fallop tüpleri (yumurta kanalları) ile periton boşluğu, altta ise vajinal kanal yoluyla dış ortamlarla bağlantılıdır. Uterus boyutları değişkenlik gösterir: Doğum yapmamış kadınlarda ortalama 7-8 cm uzunluğunda ve 4 cm genişliğinde iken multipar kadınlarda bu boyutlar sırasıyla ortalama 9 ve 6 cm dir. Duvar kalınlığı 1-2 cm arasında değişir. Uterin kavitenin uzunluğu ortalama 7cm'dir. Uterus, gövde, istmus ve serviksten (boyun) oluşmuştur. Uterus dıştan seroza tabakasını oluşturan periton ile kaplıdır. Seroza tabakasının altında düz kaslardan oluşan müsküler tabaka (miyometriyum) yer almaktadır. Miyometriyumun altında ise stroma adı verilen, gevşek bağ dokusu ve hücrelerle çevrili tübüler salgı bezlerinden oluşan endometriyum tabakası vardır. Endometriyum, bazal ve fonksiyonel tabaka olmak üzere iki katmandan oluşur. Fonksiyonel tabaka, over hormonlarının (östrojen ve progesteron) etkisiyle değişime uğrar. Bu değişim, puberteden menopoza kadar sürer. Normalde yaklaşık 28 günde bir görülen menstrüasyon, endometriyal değişikliğin en belirgin özelliğidir. Cinsel uyarımda uterin ve servikal glandlar sekresyonları ile vaginal kayganlaşmaya katkıda bulunur.

Uterusun kanlanması internal iliak arterden dallanan ve üreteri çaprazlayarak uterusu ulaşan uterin arter ile sağlanır. Arterin ana dalı uterusun dış kenarından yukarıya doğru ilerlerken uterusu dallar verir. Uterin arter, üstte ovariyen arterle anastomoz oluşturur. Altta ise vajinal arterle birleşen bir dal verir. Uterusun ven sistemini arterlere eşlik eden uterin ve ovariyen venler oluşturur.

2.1.3. Pelvik Taban Kasları

Pelvik taban kasları kemik pelvisin tabanını oluşturur. Bu yapılar seksüel ilişki ve doğumda müsaade ederken pelvik ve abdominal organlara destek olur ve idrar ve gaita kontinansına yardımcı olur. Levator ani kası, ürogenital diyafragma ve perineal membrandan oluşur ve pelvik destek için önemlidir. Ürogenital diyafram, pubik yay

boyunca uzanan fibromusküler bir örtüdür. Perineal membran iskiyokavernöz, bulbokavernöz ve yüzeysel transvers perineal kaslardan oluşur. Vestibüller bulbus ve klitoris ile yakından ilişkilidir ve seksüel aktivitede rol oynar. Bu kaslar istemli olarak kasıldığında kadın ve erkekte orgazmın belirtisidir. Levator aninin pubokoksigeal ve iliokoksigeal olmak üzere iki kısmı vardır. Kasların görevi rektumu, vajinayı ve üretra anteriorunu pubik kemiğe doğru çekerek lümeni kapatmaktır. İstemsiz kontraksiyonları vajinismus olarak adlandırılır. Yaşlanma, menapoz ve çok sayıda vajinal doğuma bağlı olarak pelvik taban kaslarının gevşemesi veya hipotoni olması durumunda vaginal anestezi, anorgazmi ve cinsel birleşme veya orgazm sırasında inkontinans gelişebilir.

2.2. Pelvik Organların İnnervasyonu

Sinir sistemi merkezi sinir sistemi ve periferik sinir sistemi olmak üzere iki ana bölüme ayrılır. Beyin ve medulla spinalis, merkezi sinir sistemini, 12 çift kranial sinir ve 31 çift spinal sinir ile bunlara bağlı bulunan ganglionlar ise periferik sinir sistemini oluşturur. Sinir sistemi fonksiyonel olarak da ikiye ayrılabilir; istemli hareketleri kontrol eden somatik sinir sistemi ve istemsiz hareketleri kontrol eden otonomik sinir sistemi (sempatik ve parasempatik).

Pelvisin sinirleri: Pelvis ve pelvik taban otonom sinir sisteminin her iki bölümünün (sempatik ve parasempatik) yanı sıra somatik (motor ve duyu) sinir sistemi tarafından innerve edilir. Anatomik olarak spinal kordun torakolumbar ve sakral segmentlerinden ikili olarak çıkan spinal sinirler bu innervasyonu sağlar.

Otonom sinirler: *N. Splanchnici pelvici* pelviste otonom sinir sisteminin parasempatik kısmını oluşturur. S 2–4 sakral sinirlerin içinde preganglioner lif olarak bulunurlar ve bu preganglioner lifler pleksus hipogastrikus inferiora yer alan ganglionlarda sinaps yaparlar.

Pleksus Hipogastricus superior: L 3,4 sempatik ganglionlardan çıkan dallar ile oluşur. Sempatik, sakral parasempatik ve somatik afferent lifleri içerir. Pleksus hipogastrikus superior aşağıda sağ ve sol hipogastrik sinirleri oluşturmak üzere ikiye ayrılır. Bu sinirler inferior hipogastrik pleksusa katılırlar.

Inferior hipogastrik pleksus: N.Hipogastrik(sempatik) ve n.Splanchnic (parasempatik) tarafından oluşmuştur. İnférieur hipogastrik pleksus rektum, mesane ve vaginanın her iki yanında yer alır. Pelvisin major nöronal entegrasyon merkezi olarak kabul edilir.

Somatik inervasyon: pelvisin somatik efferent ve afferent inervasyonu genellikle sakral sinir kökleri (S2–4) ve onun bağlantılarını alacak şekilde oluşur. Sakral pleksusun dalı olan n.pudendalis eksternal genitalerin bir kısmı da dahil olmak üzere perine derisinin somatik duyu dalları ve perineum kaslarının motor dallarını verir. Anatomik çalışmalar pudental, pelvik ve hipogastrik sinirlerin duysal liflerinin dışı pelvik organlarını innerve ettiğini göstermiştir. ⁵

Genital organların innervasyonu: Genital organlar pelvik sinir, hipogastrik sinir, paravertebral sempatik zincirden oluşan otonom sinir sisteminin parasempatik ve sempatik dalları ile somatik sinirler (pelvik splanknik dallardan ve sakral pleksustan köken alan pudental sinir) tarafından inerve edilirler. Sinirler ya beyin ve spinal korddan, motor, sekretuar ve vasküler fonksiyonları kontrol etmek için sinyal taşıyan efferent sinirlerdir ya da genellikle özelleşmiş sinir uçlarından duyuyu düzenleyen afferent sinirlerdir. Cinsel fonksiyon ile ilişkili duysal uyarıları pudental, pelvik ve hipogastrik afferentler ile taşınır. Pudental sinir eksternal genital organlar ve perigenital bölgeden, pelvik ve hipogastrik sinir ise internal pelvik organlardan duysal stimulusları taşır. Pudental sinir perine, klitoris ve üretranın duysal innervasyonunu sağlar. Pelvik sinirin duysal lifleri vajen, serviks, uterus korpusu en yoğun olarak da posterior forniksi innerve eder.

2.3 Kadın Cinsel Fonksiyon Fizyolojisi

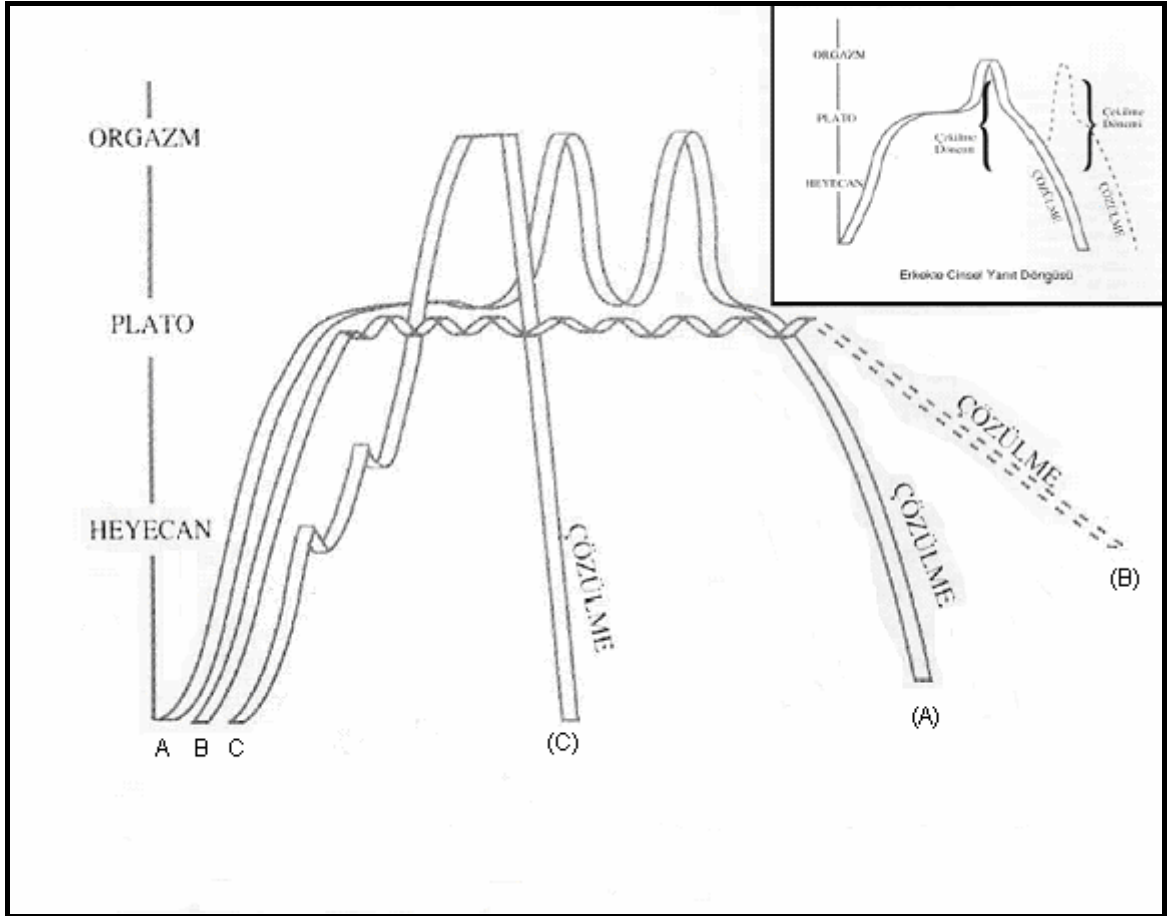
İnsan cinselliği ile ilgili ilk kapsamlı araştırma Kinsey ve arkadaşları tarafından yayınlanmıştır. Bu araştırma 1938 ile 1952 yılları arasındaki, insanın cinsel davranış biçimleri ile ilgili istatistiklerin derlenmesinden oluşmaktadır.² Kinsey ve arkadaşlarının çalışmalarını takiben W. H. Masters ve V.E. Johnson tarafından yürütülen ve 10 yılı aşkın bir araştırmanın ardından sonuçları ilk kez 1966 yılında “İnsanda Cinsel Davranış” adlı kitapta yayınlanan bir çalışma ise bugün bile insan cinsel fizyolojisi ile ilgili bilgilerimizin temelini oluşturmaktadır.

Masters ve Johnson, insan cinselliğini ilk kez laboratuvar ortamında incelemiş, yüzlerce gönüllü kadın ve erkek denek üzerinde sürdürdükleri çalışmalarında, deneklerin cinsel uyarılara verdikleri yanıtları doğrudan gözleyerek ve nesnel ölçüm yöntemlerini kullanarak cinsel tepki sürecinin bütün evrelerini kaydetmişlerdir.⁶ Kadın cinsel sağlığındaki gelişmeler erkek cinsel sağlığındaki gelişmeleri geriden takip

etmektedir. Buna rağmen yapılan birçok epidemiyolojik çalışma kadın cinsel problem ve şikayetlerinin erkeklerden daha fazla olduğunu göstermektedir. Cinsel yanıtın bu temel evre veya yönlerinin nörobiyolojik ve fizyolojik yönlerinin anlaşılması için ilk defa 1966'da Masters ve Johnson tarafından cinsel yanıt siklusu tanımlanmıştır ve 4 faz içerir:

Bunlar:

- 1) Uyarılma evresi
- 2) Plato evresi
- 3) Orgazm evresi
- 4) Çözülme evresi'dir



Şekil 1. Kadında Cinsel Yanıt Döngüsü²

1- Uyarılma Evresi: İlk evredir. Temel olarak erotik duygu ve düşüncelerin belirmesi, erkekte ereksiyon ve kadında lubrikasyonun ortaya çıkması ve bedende yaygın olarak vazokonjeksiyon ve miyotoni ile karakterizedir.

2- Plato Evresi: Etkili cinsel uyarının sürdürülmesi ve cinsel heyecanın artmasıyla birlikte kadın ya da erkek, ikinci evre olan plato evresine girer. Bu evrede haz duygusu ve cinsel gerilim giderek yükselir ve kişinin orgazma geçebileceği noktaya kadar sürer.

3- Orgazm Evresi: Süre açısından en kısa, haz açısından en yoğun dönemdir. Bu evre erkekte ejakulasyon, kadında ise perine ve vajina etrafındaki kaslar ile vazokonjesyon sonucu büyüyen dokuların, refleks olarak ritmik kasılmaları ile karakterizedir.

4- Çözülme Evresi: Kadında ve erkekte orgazmdan, ya da orgazmın gerçekleşmediği durumlarda plato evresinden sonra genital bölgelerde ve bedenin diğer bölgelerinde önceki aşamalarda oluşmuş olan fizyolojik değişikliklerin dakikalar içinde aynı sırayı takip ederek kaybolması ile karakterizedir. Bu evrenin süresi cinsiyete, orgazmın yaşanıp yaşanmadığına ya da hangi yoğunlukta yaşandığına ve cinsel uyarının sürüp sürmediğine göre değişir. Bu dört evre bugünkü bilgilerimiz ışığında da geçerli kabul edilmektedir. Ancak, cinsel işlev bozukluklarının sınıflandırılması ile ayırıcı tanı ve tedavi açısından asıl önemli olan evreler ise “uyarılma” ve “orgazm” evreleridir. “Plato” evresi, esas olarak fizyolojik açıdan “uyarılma” evresinin bir bölümü olarak kabul edilmektedir.⁶

Seks terapisinin kurucularından biri olan Helen Singer Kaplan 1979’ yılında bu fazları değiştirmiştir ve ‘arzu’ kelimesini ekleyerek

- a) Arzu
- b) Uyarılma
- c) Orgazm

olmak üzere 3 faza ayrılmıştır. Bu sınıflama DSM-4 de yer alan cinsel fonksiyon bozukluğu tanımına temel oluşturmuştur. Ancak 1998’de Amerikan Ürolojik Hastalıklar Kuruluşu (AFUD) tarafından

- a) Cinsel istek (sexual desire)
- b) Uyarılma (sexual arousal)
- c) Orgasm(orgazm)
- d) Çözülme (resolution) olarak yeniden sınıflandırılmıştır.

2.3.1. Cinsel İstek

Cinsel aktivite için cinsel fantazi ve cinsel arzunun olması durumudur. Sorunlardan en sık rastlanan cinsel istek bozukluğu yani libido kaybı olup, cinsel isteğin

tanımlaması ve ölçülmesi güçtür. Cinsel ilgi, düşünce ve fantaziler medial preoptik, hipotalamik ve limbik sistemlerle ilişkilidir. Serotonin ile inhibe, dopamin ile aktive olur. Androjenlerin ise kadın cinsel fonksiyonları ve libidosu üzerine olan etkileri tam olarak anlaşılmamıştır. Bununla birlikte kadın cinsel fonksiyonunun özellikle libidonun uyarılması ve cinsel isteğin devamlılığında androjenler önemli yer tutar.

2.3.2. Cinsel uyarılma fizyolojisi

Cinsel uyarılma vasküler, norojenik, endokrin ve musküler mekanizmalar sonucunda oluşur. Sonuçta vajinal kayganlık, vajinal duvar genişlemesi, klitoral ereksiyon ile vajinal lümeninde artma görülür. Cinsel uyarılma parasempatik sistem ile aktive sempatik sistem ile inhibe olur. Parasempatik sinir lifleri pelvik sinir ile taşınırken sempatik lifler ise hipogastrik sinir ve paravertebral sempatik zincir aracılığıyla taşınır.

Cinsel durgunluk esnasında vajenin ön ve arka duvarları kollabedir ve birbirine dokunmaktadır. Ancak birbirine yapışmaz, aralarında, birbirinden kolaylıkla ayrılmasını sağlayan ince bir sıvı tabakası mevcuttur. Vajinal sıvı, vajinal epitelin altındaki damarlardan transüstasyonla oluşur. Cinsel uyarılma esnasında, vajinal epitelin kan miktarı sakral anterior sinirler (S2-S4) aracılığıyla hızla artar. Artmış kan akımı, vajinal epitel hücreler aracılığıyla artan ultrafiltrat vajinal yüzeyde berrak, kaygan akıcı bir sıvı birikir, böylece penil penetrasyona olanak sağlar. Artmış kan akımına ek olarak, venöz drenaj büyük ihtimalle azalır, vazokonjesyon ve genital angorjman meydana gelir. Kadın genital uyarılma cevabında otonomik postganglionik adrenerjik ve kolinerjik nörotransmitterlerin etkileri tam olarak bilinmemektedir. Buna rağmen yapılan çalışmalarda kadın genital organlarında non-adrenerjik, non-kolinerjik düzenleyiciler gösterilmiştir. Bunlar insan sinir liflerinde bulunan Vazoaktif İntestinal Polipeptit (VİP), Nöropeptid Y (NPY), Pituitar Adenilat Siklaz Aktive Eden Polipeptit (PACAP), Nitrik Oksit Sentaz (NOS), Substance P (SP), Kalsitonin Gen bağımlı Peptit (CGRP)dır. Yalnız vajinal sinir liflerinde en fazla NPY ve VİP daha az sayıda NOS, CGRP, SP bulunmaktadır.⁷ İnsan klitorisyle yapılan sınırlı çalışmada klitoral dokuda VİP, PHM, NPY, CGRP ve P maddesi immünreaktivitesi olan sinir lifleri gösterilmiştir.⁷

Genital kanalda yüksek yoğunlaşmada bulunan VİP'in, cinsel uyarılma sırasında seviyesi artmaktadır. Uyarılma cevabında vajinal kan akımının düzenlenmesinden

sorumludur. Cinsel uyarılma sırasında klitoral ve vajinal vazokonjesyonun NO/cGMP yoluyla oluştuğu düşünülmektedir. Kanlanma, epiteli besleyen büyük damarların VIP innervasyonu ile, transüstasyon ise CGRP ile artmış olan kapiller geçirgenlik sonucu olmaktadır. Vazokonstrüktör olarak bilinen nöropeptid Y ise venöz drenajın kısıtlanmasında etkilidir. Klitoral kan akımının artması sonucu intrakavernozal basınç artar. Klitoriste penisten farklı olarak erektil doku ile tunika albuginea arasındaki subalbugineal tabaka yoktur. Erkeklerde bu tabaka zengin venöz pleksusa sahiptir. Klitoris, bu venöz pleksusun yokluğu nedeniyle, cinsel uyarı ile kabarı fakat sertleşmez.

2.3.3. Orgazm

Orgazm tanımı:

Orgazm Yunanca “şehvetli heyecan” anlamına gelen “orgasmus” sözcüğünden türemiştir. Kadın orgazmı hakkında birçok yazar yorum yapmış ve tanımlamıştır. Levin (1992) çeşitli yazarlar tarafından yapılmış 13 tanımı listelemiştir.⁸ Daha sonra Mah ve Binik (2001) bu tanımlara yenilerini eklemiştir ve bu tanımları 3 gruba ayırmışlardır: 9,10

1. Biyolojik açıdan ele alındığı tanımlar
2. Psikolojik açıdan ele alındığı tanımlar
3. Hem biyolojik hem psikolojik açıdan alınan tanımlar

Orgazm evresi - evreler arasında süre açısından en kısa ancak cinsel haz açısından en yoğun evredir. Bu evre erkekte ejakülasyon, kadında ise perine ve vajina etrafındaki kaslar ile vazokonjesyon sonucu büyüyen dokuların ritmik refleks kasılmaları ile karakterizedir. Genel bir tanımla kadında orgazm, sonucunda bir mutluluk ve tatmin hissini vererek cinsel olarak indüklenen vazokonjesyonu çözen sıklıkla uterus ve anüs kontraksiyonları ve myotoni ile birlikte vajinayı saran pelvik çizgili kasların istemsiz, ritmik kontraksiyonlarının eşlik ettiği bilinç düzeyini değiştiren değişken, geçici ve en yüksek sınırdaki yoğun bir zevk duyma halidir.⁸ Orgazm ile birlikte, kan akımı, solunum sayısı, serum prolaktin, vazopresin, oksitosin, adrenalini seviyeleri artmaktadır. Özellikle prolaktin orgazm ile birlikte artar ve 60 dk yüksek kalabilir. Yapılan insan ve hayvan çalışmalarında orgazmın spinal kord tarafından

yönetildiği ve orgazma ulaşmak için sakral spinal kord iletisinin sağlam olması gerektiği gösterilmiştir.

Orgazm tipleri: Orgazm tipleri sadece kadınlarda belirlenmiştir. Bazı terapistler erkeklerdeki orgazmında tipleri olduğunu ileri sürmüşlerdir fakat bu araştırılmamıştır. En çok söz edilen tipoloji filozof Singer'e aittir ve ona göre orgazm:¹¹

- a) **“vulval”:** klitoral ya da koitus stimülasyonu ile aktive edilen vajinanın ritmik kontraksiyonları
- b) **“uterus ile ilgili”:** koitus esnasında penis ve serviks temasından dolayı aktive olan apne ve güçlkle nefes almanın eşlik ettiği orgazmdır bunda vajinal kontraksiyonlar yoktur.
- c) **“hem vulval hem uterus ile ilgili”** karışık orgazm olarak tanımlanır.

Ancak, Singer'in bu tipolojisi laboratuvar destekli olmayıp tüm kanıtlar sadece birkaç bireyde elde edilen sınırlı bilimsel gözlemlere dayalıdır. Orgazm süresi ile ilgili Bohlen, Held, Sanderson ve Ahlgren 11 nülipar denekte orgazm sırasında oluşan vajinal müsküler kontraksiyonları, orgazm süresi bakımından büyük farklılık gösteren üç tipe ayırmıştır¹²

- a) Düzenli, ritmik kontraksiyonları olanlar (ortalama süresi 13 sn)
- b) Önce düzenli sonra düzensiz olanlar (ortalama süresi 50,6 sn)
- c) Düzensiz ritmik kontraksiyonları olanlar (ortalama 24,4 sn)

Erkekler ve kadınlar arasındaki orgazmda farklılıklar mevcuttur:

- Erkeklerden farklı olarak kadınlar kısa zaman aralıklarıyla çoklu orgazm yaşayabilirler,
- Kadınlar uzun süre etkili olabilen orgazmı yaşayabilirler (buna “status/extend orgasm” denir)
- Pelvik kas kasılmalarında kaydedilmiş farklılıklar vardır. Spesifik olarak erkeklerde bulunan bölünmüş ritmik patern kadınlarda görülmez.

Erkeklerde, bir kere başladıktan sonra, seksüel stimülasyon dursa bile orgazm gerçekleşir. Ancak kadınlarda klitoral ya da vajinal orgazm ortasında stimülasyon durursa, orgazm da durur.

Orgazm kadında klitoris ve vajinada; erkeklerde ise penis ve prostatta yoğunluk kazanır. Kadında memelerde, labiumlarda, klitoriste ve uterusu bu evreye özgü değişiklikler görülmez. Masters ve Johnson kırk yıllık gözlemleri ve tarifleri sonucu orgazm gösteren

göstergesi üçe ayırmıştır:

1. Yaklaşan orgazm gösterenler
2. Gerçek orgazm esnasında meydana gelenler
3. Orgazm gerçekleştiğini gösterenler

Orgazm'da görülen değişiklikler,

Orgazm öncesi belirtiler

1. Labia minörde renk değişiklikleri

Orgazm süresince oluşan belirtiler

2. Vajinal ritmik kontraksiyonlar
3. Uterin kontraksiyonlar
4. Anal sfinkter kontraksiyonları

Orgazm olduğunu gösterilen belirtiler

5. Areola konjestiyonu
6. Artmış postorgazmik vajinal nabız amplitüdü
7. Artmış plazma prolaktin düzeyi

2.4. Seks Steroidleri Ve Kadın Cinsel Fonksiyonu

Seks steroidleri kadının cinsel fonksiyonunu içeren tüm yapıların anatomik ve fonksiyonel bütünlüğünü sürdürmede çok önemli rol oynar. Steroidler:

1. Nörotransmitterlerin sentez, sekresyon ve geri alımını,
2. Vasküler ve nonvasküler düz kas kontraktilitesini,
3. Epitelyumun müsifikasyon, keratinizasyon ve geçirgenliğini,
4. Otokrin – parakrin büyüme faktörleri, vazoaktif ve trofik maddelerin üretimini regüle ederler.

Androjenler, üreme fonksiyonlarının gelişmesinde, direkt olarak ya da östrojenlere dönüşmesi aracılığı ile sekonder seks karakterlerinin gelişmesi ve sürdürülmesinde temeldir.

Kadınlardaki major androjenler; dehidroepiandrosteron sülfat (DHEAS), dehidroepiandrosteron, androstenedion (A), testosteron (T) ve dihidrotestosteron (DHT) dur. En etkili androjen olan testosteronun % 25' i adrenal zona fasikülata, % 25'i over stroması tarafından salgılanırken, geri kalan % 50 dolaşımdaki androstenedionun periferik dönüşümünden meydana gelir. Plazma testosteron seviyesi menstrual siklusun

fazlarıyla ilişkili olarak farklı dalgalanmalar gösterir. Testosteron, serumda seks hormon bağlayıcı globulin (SHBG) ya da albumin gibi taşıyıcı proteinlere bağlı formda ya da serbest formda bulunmaktadır. Aktif olan form serbest testosterondur.

Androjenlerin kadın cinsel fonksiyonları ve libidosu üzerine olan etkileri tam olarak anlaşılmamıştır. Bununla birlikte kadın seksüel fonksiyonunda özellikle libidonun uyarılması ve cinsel isteğin devamlılığında androjenlerin önemli rolleri mevcuttur.¹³ Plazma androjen seviyesinin düşük olması, seksüel cevapta, orgazmada, cinsel motivasyonda azalma ve cinsellikten kaçınma şeklinde belirti verebilmektedir. Menapozal dönemdeki sadece östrojen tedavisine yanıt vermeyen bir pilot vaka serisinde, implantlarla yapılan androjen tedavisi libidoda, seksten zevk almada orgazma ulaşma yeteneğinde ve cinselliğin başlatılmasında önemli bir gelişmeye neden olmuştur.¹⁴

Östrojenler; santral sinir sistemi, genital sistem ve genel sağlıkla ilgili organları içeren birçok dokunun fizyolojik fonksiyonunun sürdürülmesinde rol oynar. Hayvanlarda yapılan bir çalışmada östrojenin sinirden yayılan dokunma reseptör zonunu genişlettiği ve duyarlılığı etkilediği gösterilmiştir.¹⁵ Östrojenler:

1. Vazoprotektif ve vazodilatator etki ile vajinal, klitoral ve üretral arteriyel kan akımını artırır.¹⁶

2. Nitrik oksit sentetaz salınımını regüle eder ve nitrik oksit sentezler. Östrojen düzeyinde azalma, vajinal nitrik oksit düzeyinde azalma vajinal duvar fibrozisini artırır.

3. Östrojen vajinal epitel, stroma ve düz kas hücrelerini etkileyerek vajinal katlantıların kalınlığını ve vajinal kayganlığı düzenler.

Östrojen düzeyinin düşmesi (50 pg/ml nin altında) ile duvar kalınlığı inceler, daha çabuk hasar görür ve vajinal ortam daha az asidik hale gelir. Bunun sonucunda vajinal kuruluk, disparunea oluşur ve kadın cinsel fonksiyon bozukluğu meydana gelir

2.5. Kadınlarda Cinsel Fonksiyon Bozukluğu

Kadın cinsel fonksiyon bozukluğu yaşa bağımlı, progressif ve kadınların % 30-50'sini ilgilendiren, yaşam kalitesini olumsuz etkileyen mültifaktoriyel bir sorundur. Kadın cinsel fonksiyon bozukluğunun temel çalışmaları Kinsey'in 1950'li yıllarda ve Masters ile Johnson'in 1960'lı yıllarda yaptıkları çalışmalardır. Cinsel fonksiyon bozukluğu ile ilgili oranlar ülkeler arası farklılıklar göstermektedir. Dünyadaki en

büyük epidemiyolojik çalışmada kadın cinsel fonksiyon bozukluğunun % 43 olduğu tespit edilmiş ve bu sorunun en sık 50 – 74 yaş aralığında olduğu görülmüştür.

Dünya Sağlık Örgütü, cinsel disfonksiyonu, ‘farklı nedenlere bağlı olarak, kişinin istediği halde cinsel ilişkiye girememesi’ olarak tanımlamıştır.¹⁷ Kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu, biyolojik, psikolojik, tıbbi, kişisel ve sosyal yönleri olan çok yönlü bir durum olarak ele alınmaktadır.¹⁸ Amerikan Ürolojik Hastalıklar Kurumu (AFUD) tarafından kadın cinsel fonksiyon bozukluğu 1998 yılında 7 ayrı sınıfta incelenmiştir. Bu sınıflandırma temel alınarak Uluslararası Kadın Cinsel Sağlığı Çalışmaları Derneği (Amsterdam 2003) yıllık kongresinde bu sınıflandırma yeniden düzenlenmiş ve aşağıdaki şekilde tekrar değiştirilmiştir.¹⁹

- Cinsel istek bozuklukları
 - a. Hipoaktif cinsel istek
 - b. Cinsel tiksinti
- Uyarılma bozuklukları
- Orgazm bozuklukları
- Cinsel ağrı bozuklukları
 - a. Disparoni
 - b. Vajinismus
 - c. Non - koital genital ağrı bozuklukları

Yapılan çok sayıda araştırmalar sonucu insanda cinsel fonksiyonun merkezi sinir sistemi ve endokrin sistem ile nörokimyasal, nörofizyolojik ve psikolojik süreçlerin karşılıklı etkileşimi ile karakterize karmaşık bir olay olduğu ortaya konmuştur. Her türlü psikiyatrik sorun, bedensel hastalık ya da ilaç, hormonlar, fiziksel etkenler cinsel yaşamı belirgin şekilde etkileyebilir.

KCFB’da etyolojik faktörler 5 grupta sınıflanabilir:

1. Nöröjenik faktörler - Seksüel disfonksiyonu etkileyen özellikli patolojiler multipl skleroz, spinal kord travması, disk hernisi, lumbosakral pleksus patolojileri ve periferik nöropatiler olarak sayılabilir. Spinal kord hasarının cinsel fonksiyonlar üzerindeki etkisi travmanın seviyesine ve ağırlığına göre değişmektedir. Yapılan çalışmalarda T6 ve üzeri travmalı, vücut kontrolü olan hastaların orgazma ulaşabildikleri görülmüştür. Sakral segmentlerin etkilendiği komplet spinal kord travmalı hastalarda orgazm çok daha olumsuz etkilenir ve bu hastalardaki orgazm

gecikmesi normal kadınlara göre daha uzundur. Sipski ve arkadaşları bir başka çalışmada alt motor lezyonu olan 12 kadını ve üst motor lezyonu olan 50 kadını incelemişler ve orgazma ulaşma kapasitesini laboratuvar ortamında ve anamnez ile araştırmışlardır.²⁰ Olguların % 55'i anamnezlerinde orgazma ulaştıklarını söylerken bu oran laboratuvar ortamında % 44 olarak ölçülmüştür. Bu çalışmanın sonuçlarında spinal kord travmalı kadınların daha az orgazma ulaşabildiği ve sakral segmentleri içeren alt motor nöron lezyonu olan olgularda orgazma ulaşmanın çok daha zor olduğu gösterilmiştir. Bir başka çalışmada orgazma ulaşmak için sağlam bir sakral refleks yolunun olması gerektiğini savunmuşlar ve oluşan orgazmın otonomik sinir sisteminin refleks yanıtı olduğunu idda etmişlerdir.²⁰ T6 ve üzeri hasarlarda orgazm olma, hasarın seviyesi ve şiddetinden bağımsızdır. S 2-5 arası segmentlerin etkilediği komplet alt motor nöron hasarlarında ise anlamlı derecede orgazm etkilenmektedir. Nörolojik hastalarda orgazm bozukluklarıyla ilgili yapılmış sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Multipl skleroz (MS) hem beyin hemde spinal kordun demiyelizasyonu sonucu nöral iletinin kesintiye uğramasına neden olan bir hastalıktır. MS'li kadınlarda vajinal duyarlılık, lubrikasyon, cinsel istekte azalma ve özellikle orgazm bozukluğu olmaktadır.²¹ MS'li hastalarda vajinanın duyuusal bozukluğu belirgindir.

2. Vasküler faktörler – Klitoral ve vajinal vasküler yetmezlik sendromu, iliohipogastrik, pudental arter yatağının aterosklerozuna bağlı genital kan akımının azalması ile ortaya çıkan bir hastalıktır. Aorto-iliak veya aterosklerotik hastalığa sekonder pelvik kan akımının azalması, vajinal duvar ve klitoral düz kas dokusunda fibrozis oluşumuna neden olur.²²

3. Hormonal faktörler – genel olarak kadın cinsel fonksiyon fizyolojisini düzenleyen temel hormonlar olan östrojen ve androjenlerin kan seviyelerinin azaldığı durumlarda cinsel fonksiyon bozukluğu meydana gelir. Bunların dışında cinsel fonksiyonu etkileyen endokrin hastalıklar mevcuttur. Bunlar:

Tiroid hastalıkları –Hipertroidi ve hipotroidisi olan kadın hastalarda cinsel fonksiyonu araştırılan literatür son yıllara kadar yoktu. Son zamanlarda yapılan bir çalışmada tiroid hastalığı olan 48 kadın incelenmiş (30 hipotiroidik, 18 hipertiroidi) ve bu olguların seksüel fonksiyonu FSFI ile değerlendirilmiştir.²³ Sonuçlara göre tiroid hastalığı olan kadınlarda lubrikasyon azlığı, orgazm bozukluğu, koitus dışında ve

sırasında genital ağrının olduğu tespit edilirken depresyon prevalansı da yüksek bulunmuştur.

Hiperprolaktinemi – hipotalamohipofizer aksın en sık rastlanan endokrin bozukluğudur ve kadınlarda sık görülür. Seksüel fonksiyonu ve motivasyonu, üreme fonksiyonunu etkiler. Yükselen prolaktin GnRH'ın pulsatil salınımını inhibe etmektedir. Çalışmalara baktığımızda Hulter ve arkadaşları hipotalamohipofizer hastalığı olan 48 kadında seksüel fonksiyonu araştırmışlar ve hastaların % 79' unda libidoda azalma, % 64,6'sında lubrikasyon bozukluğu ve % 68'inde orgazm patolojileri tespit etmişlerdir.²⁴ Bir başka çalışmada ise 109 hasta incelenmiş ve % 62,4'ünde libido azalması tespit edilmiştir. Libido azalması hiperprolaktinemili olgularda % 84,1 iken serum seviyesi normal olan hastalarda % 32,6 olarak bildirilmiştir. Prolaktin seviyesi yüksek olan hemodializ hastalarında ve antipsikotik ve nöroleptik ilaçları kullananlarda libido azalır ve anorgazmi oluşur. Mastogiaco ve arkadaşları, 99 hemodiyaliz hastasında cinsel ilişki sıklığının ve orgazm bozukluğunun aynı yaştaki kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşük olduğunu göstermiştir.²⁵ Depresyon tedavisinde kullanılan selektif serotonin reuptake inhibitörleri (SSRI) de prolaktin seviyesini yükseltmektedir.

Diabetes mellituslu hastalarda nöropati, vasküler bozukluklar, azalmış libido ve buna bağlı psikolojik sorunlar, uyarılma bozukluğu, vajinal lubrikasyonda azalma, orgazm patolojileri ve ağrılı cinsel ilişki sıkça rastlanan sorunlardır. En sık görülen cinsel sorun azalmış cinsel uyarı ve yetersiz vajinal lubrikasyondur. Patofizyolojisi henüz tam bilinmemekle birlikte tip II DM'li hastalarda cinsel fonksiyon bozukluğu daha sık görülmektedir. Enzlin ve arkadaşları Tip II DM'da seksüel disfonksiyona sıkça rastlanıldığı halde Tip I DM'de aynı oranı bulmamışlardır.²⁶ Buna benzer bir çalışmayı Schiel ve arkadaşları tarafında yapılmış ve kadın hastalarda cinsel fonksiyon bozukluğu Tip I'de % 18 iken Tip II hastalarda % 42 olarak tespit edilmiştir.²⁷ Erol ve arkadaşları Tip II DM'li kadın hastalarda seksüel fonksiyon prevalansını araştırmışlar ve DM'li hastalarda esas yakınmanın azalmış, libidonun da % 77 olduğunu göstermişlerdir. Azalmış klitoral duyu % 62,5, vajinal kuruluk % 37,5 ve orgazm bozukluğu % 49 oranında bildirilmiştir.²⁸

4. Müskülojenik faktörler – pelvik taban kasları, levator ani ve perineal membran, kadın seksüel fonksiyonuna ve seksüel cevaba doğrudan katılır. Levator ani kası orgazm ve vajinal penetrasyonda motor cevabı düzenler. Bu kasın

hipertonsitesinde vajinismus gelişebilir ve disparoni veya diğer ağrı bozuklukları oluşabilir.

5. Psikojenik faktörler – Kadınlarda depresyon insidansı çeşitli yaşlarda değişim göstermektedir. Premenstrüel dönemde, hamilelikte, doğum sonrası ve perimenopozal dönemde de depresyon olasılığı yüksektir. Kadın cinsel işlev bozukluklarının psikojenik ve psikososyal nedenleri yatkinlık yaratıcı-hazırlayıcı, başlatıcı ve devam ettirici-sürdürücü olmak üzere üç ana başlık altında incelenebilir.^{29,30,31}

1. Yatkinlık yaratıcı-hazırlayıcı etkenler	2. Başlatıcı etkenler	3. Devam ettirici etkenler
-Yetiştirilme tarzı (muhafazakar, kısıtlayıcı yetiştirilme)	-Hamilelik ve doğum	-Performans anksiyetesi
-Bozuk aile ilişkileri	-Eşler arasında genel ilişki bozukluğu	-Başarısızlık korkusu
-Yetersiz ya da yanlış cinsel bilgiler	-Eş tarafından aldatılma	-Suçluluk duygusu
-Travmatik cinsel deneyimler	-Gerçek dışı beklentiler	-Eşler arasında çekicilik kaybı
-Psikoseksüel roldeki güvensizlik	-Eşdeki cinsel işlev bozukluğu	-Genel ilişkideki uyumsuzluk
-İntrapisişik dinamik nedenler	-Raslantısal başarısızlık	-Yakınlık korkusu
	-Organik hastalıklara reaksiyon	-Bozuk kendilik algısı
	-Yaşlanma	-Yetersiz cinsel bilgi
	-Depresyon ve anksiyete	-Cinsel mitler
	-Travmatik cinsel	-Kısıtlı önsevişme
		-Psikiyatrik rahatsızlıklar
		-Kendini yetersiz tanıma

Yukarıda gruplanan etkenlerden çalışmalarla da desteklenen bazı örnekler aşağıda verilmektedir. Örneğin aile ilişkileri ile ilgili olarak O'Connor ve arkadaşları, bir cinsel fonksiyon bozukluğu vaka serisinde ebeveynlerden birinin veya bir kardeşin ölümünün öyküde beklenenden daha sık bulunduğu ve hastalardan % 23'ünün ebeveynlerinden ayrılık yaşadığını göstermiştir.³² Uddenberg'in evli İsveç'li kadınlarda yaptığı bir araştırmada orgazm zorluğu olanların çocukluklarında babalarıyla daha az olumlu ilişkileri olduğunu bulmuştur.³³ Fisher, iyi orgazmik tutarlılığı olan kadınların doyumsuz bir cinsel yaşamı olan kadınlara göre daha az ebeveyn kaybı ve ayrılığı yaşadığını belirtmiştir.³⁴

Erken travmatik cinsel deneyimlerle ilgili olarak Kinsey ve arkadaşları kadınlar arasında ergenlik öncesi babayla cinsel yakınlaşmanın % 4 olduğunu rapor etmiştir.³⁵ Fritz'in Amerika'da 952 kolej öğrencisiyle yaptığı bir çalışmada yetişkinlerle ergenlik öncesi cinsel yakınlaşma kadınlarda % 7.7, erkeklerde % 4.8 bulunmuştur.³⁶ Finkelhor yaptığı bir çalışmada 796 New England kolej öğrencisinde kardeşlerle cinsel yakınlaşmayı kadınlarda % 15 oranında bulmuş ve erken cinsel deneyimin daha büyük bir kardeşe veya zorlamayla gerçekleşmesi halinde benlik saygısının daha düşük olduğunu saptamıştır.³⁷

Fritz ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, çocukluğunda cinsel olarak sarkıntılığa uğramış kadınların % 23'ünün, erkeklerin ise % 10'unun cinsel işlev bozukluğu gösterdiklerini saptamıştır. Aynı yazarlar kızların söz konusu cinsel deneyimleri kişisel şiddet olarak daha çok algıladıklarını öne sürmüşlerdir.³⁶ Travmatik cinsel deneyimlerin yarattığı korku ve anksiyete kadınların eşlerine karşı cinsel yanıt tepkilerini engelleyebilir. Fisher, tecavüze uğramış kadınların orgazma ulaşma zorluğu içinde olduğunu, çünkü cinsel açıdan uyarılabilirlikleri olsa bile aşırı tehlikeli buldukları kontrolün terk edilmesi anlamına geldiğinden kendilerini orgazma bırakamadıklarını belirtmektedir.³⁸ Miller ve arkadaşları, çalışmalarında cinsel işlev bozukluklarının tecavüzdən yıllar sonra da sürebildiğini göstermişlerdir.³⁹ Başlatıcı etkenlerden sayılan yaşlanma fiziksel hastalıkların ve ilaç kullanımlarının da artmasıyla cinsel işlevleri etkileyebilir. Ancak yaşlanmayla beraber cinsel isteğin ve gücün azalarak yaşlılıkta cinsel yaşamın son bulacağına ilişkin inançlar cinsel işlevleri fiziksel durumlardan daha çok etkiler gibi görünmektedir. Yaşlanma sırasında bazı topluluklarda cinselliğin sınırlandırılmasına karşın bazı topluluklarda sürmesi, biyolojik olmaktan çok kültürel faktörlere bağlıdır.⁴⁰ Genel ilişkideki uyumsuzluklar ortaya çıkarıcı olduğu gibi devam ettirici de olabilir. Bancroft, cinsel işlev bozukluğu vakalarında nedenin kadınların % 24'ünde, erkeklerin % 17'sinde genel ilişkideki uyumsuzluğa bağlı olduğunu bildirmiştir.⁴¹ Yakınlık olan ilişkilerde cinsel mutluluk da vardır.⁴² Oysa yakınlık kurmakla ilgili zorluğu olan bireylerin bireysel psikopatolojileri cinsel işlev bozukluğunun devamında önemli rol oynar. Cinsellikle ilgili yetersiz, yanlış bilgilenme ve mitler cinsel işlevleri olumsuz etkileyebilmektedir. Bizim toplumumuzda da bu konu önemli bir cinsel sorun nedenidir.⁴³

Pelvik cerrahi – mesane ve cinsel fonksiyon bozuklukları sinir koruyucu olmayan pelvik cerrahilerde bozulmaktadır. İlerlemiş rektum kanserli hastalarda konvansiyonel düşük anterior lenfadenektomi ile birlikte abdominoperineal rezeksiyon yapılmaktadır ve hastaların % 10 - % 60'ında seksüel fonksiyon açısından olumsuzluklar ortaya çıkmaktadır. Operasyonlarda sempatik hipogastrik sinir, sakral pleksus ve pelvik pleksus içerisinde otonomik sinirler yaralanır. Bu problemler göz önüne alınarak birtakım teknikler geliştirilmiştir; örneğin operasyon öncesi RT uygulaması, hipogastrik ve sakral pleksusu operasyon esnasında korumuştur. Böylece operasyon öncesi aktif olan kadınlardaki cinsel fonksiyon ve orgazm oluşumu değişmemiştir.⁴⁴ Radikal sistektomi sonrası seksüel disfonksiyon görülmesi siktir. Bu konuda yapılan çalışmalara baktığımızda Marshall ve arkadaşları anterior ekzantrasyon yapılan kadınlara ilişkin bir bildiri sunmuştur.⁴⁵ Bjerre ve arkadaşları radikal sistektomi ve Kock rezervuar ve ileal konduit yapılan kadınlarda seksüel aktivitede azalma olduğunu ve bunun nedeninin fiziksel sorunlar ve çekiciliğin kaybolması olduğunu göstermişlerdir. Histerektomi sonrası seksüel fonksiyon kaybı % 13 -37 oranında rapor edilmiştir. Overler testosteron ve östrojen salgısı için gerekli bir organdır ve histerektomide korunmalıdır. Histerektomi sonrası kadınlarda testosteronun fizyolojik seviyesinin azalması ile hayat kalitesi, libido, cinsel zevk de azalmaktadır. Sadece histerektomi olması bile over fonksiyonunu etkilemektedir.⁴⁶

Seks hormonlarının (östrojen, testosteron, progesteron seviyeleri değişmektedir ve bu değişim psikolojik durumu, kardiyovasküler sistemi, kemik metabolizmasını, öğrenme fonksiyonunu, seksüel yanıtı ve cinsel çekiciliği etkiler.⁴⁷ Histerektomi ve bilateral ooforektomi sonrası bu etkiler daha fazla görülür.

2.5.1. Cinsel İstek Bozuklukları

En sık rastlanan sorun cinsel istek bozukluğu yani libido kaybı olup yaklaşık cinsel fonksiyon bozukluğu olan kadınların % 32'sinde görülmektedir.⁴⁸ Cinsel istek genellikle cinsel yanıt döngüsünün ilk evresi olarak değerlendirilir. İstek sadece psikolojik bir durum gibi görünse de sıklıkla hormonal dengesizlik ya da tedavi gibi fiziksel durumlardan etkilenmektedir. Azalmış cinsel istek, kişisel strese neden olan, seksüel aktiviteyle ilgili cinsel fantezilerin, düşüncelerin ve/veya isteğin ya da alma eğiliminin sürekli olarak ya da yineleyici bir biçimde, az olması (ya da hiç olmaması)

olarak tanımlanır. Kişinin yaşı ve yaşam koşulları gibi cinsel işlevselliğini etkileyen etkenler göz önünde bulundurularak cinsel isteğin azaldığı ya da hiç olmadığı yargısına varılır. İstek burada cinsel içerikli rüyalar ve fanteziler, erotik materyale ilgi, cinsel etkinliklerle ilgili arzuların farkında olma, olası çekici cinsel eşlere yönelik dikkatin olması ve cinselliğin azalmasına ilişkin hayal kırıklığının olması gibi durumları kapsamaktadır. İsteğin olması çeşitli faktörlere bağlıdır: biyolojik güdü, yeterli özgüven, cinsellikle ilgili önceki deneyimlerin olumlu olması, uygun bir cinsel eşin olması, birlikte olunan kişi ile cinsellik dışındaki alanlarda da iyi bir ilişkinin olması gibi. Bu alanların herhangi birinde sorun olması cinsel isteğin azalması ile sonuçlanabilir. Azalmış cinsel istek bozukluğu bazı durumlarda tüm cinsel eşlere ya da tüm cinsel aktivitelere genellenebilir. Genellikle diğer cinsel sorunlarla (orgazm olamama, kayganlaşma olmaması gibi) birlikte görülse de cinsel isteği az olan bazı kişiler cinsel olarak uyarılır ve orgazma ulaşırlar. Cinsel istek azalması hem fiziksel hem de psikolojik sorunlara bağlı olarak ortaya çıkabilir.

Cinsel isteği azaltan fiziksel faktörler:

- Yaşlanma
- Bazı ilaçlar
- Ağrı, alkolizm
- Böbrek yetmezliği
- Kronik hastalıklar
- Nörolojik hastalıklar
- Hormonal dengesizlikler.

Psikolojik nedenler:

- Stres
- İlişkilerde sorun
- Gebelik ve çocuk yetiştirme
- Beden imgesiyle ilgili kaygılar
- Anksiyete
- Depresyon
- Cinsel travma v.s

Bazen cinsel istek azalması bir ilişkideki bozulmanın işareti olabilir. Cinsellikten uzun süre uzak kalmak da cinsel dürtüyü bastırabilir.

Cinsel isteğin az olması kadınlarda cinsellikle ilgili en yaygın şikâyetlerdendir. Kadınların yaklaşık % 33'ünün hayatlarının bir döneminde cinsel ilgi ya da istek azalmasıyla karşı karşıya kalacağı tahmin edilmektedir.³ Yaş gruplarına göre sıklık değişmektedir. Onsekiz-24 yaşları arasındaki kadınların % 32'si cinsel istek azlığından etkilenirken bu oran 30-34 yaş grubunda % 29,5 ve 35-39 yaş grubunda % 37,6'dır. Cinsel isteğin ne kadarının normal olduğunu söylemek zordur. Ayrıca cinsel eşin cinsel istek düzeyi eşlerin birindeki aşırı isteği belirlemek için değerlendirilmelidir. Bu arada eşlerin birbirinden farklı cinsel istek düzeylerinin olması herhangi birinde psikolojik bir

sorun olduğu anlamına gelmez. Cinsel temas ve doyum gereksinimi kişilere göre değişebildiği gibi aynı kişide de zaman içinde farklılıklar gösterebilir.

2.5.2 Cinsellikten Tiksinti Duyma

Cinsel isteğin daha şiddetli bir derecede ortadan kalkmasıdır. Cinsel tiksinti duygusu olan bireyler cinsel aktivitelerden kaçınırlar, kendilerine cinsel yönden yaklaşıldığında korku, kaygı ya da iğrenme ifade ederler. Bu durum belirgin bir sıkıntıya ya da kişilerarası ilişkilerde zorluklara neden olur. Böyle sorunu olanlarda cinsel uyaranlara yanıt çok geniş bir yelpazede ortaya çıkabilir. Şiddetli derecede cinsel tiksinti duygusu olan kişilerde cinsellikle ilgili durumlarda panik atağa varan sorunlar yaşanabilir. Bu sorun travma sonrası stres bozukluğu gibi başka psikolojik sorunlarla birarada görülebilir. Bu bozukluk tecavüze uğrama ya da çocuklukta istismar gibi cinsel saldırıya maruz kalınan durumlarda, cinsel birleşmenin ağrılı olduğu durumlarda ya da cinsel dürtü ile utanç, suçluluk hissetme sonucunda ortaya çıkabilir.

2.5.3. Uyarılma Bozukluğu

DSM–IV tanımlamasına baktığımızda, uyarılma bozukluğu inatçı veya tekrarlayan bir şekilde yeterli ıslanma veya şişme yanıtı elde edememe veya cinsel aktivite bitene kadar koruyamama olarak tanımlanmıştır. Bu rahatsızlık belirgin sıkıntıya ve kişiler arası ilişki zorluklarına neden olur.⁴⁹ ICD–10’nda cinsel uyarılma bozuklukları, genital yanıt yetersizliği olarak tanımlanmaktadır. Kadınlarda, ana problem vajinal kuruluk veya ıslanma yetersizliğidir. Uyarılma bozukluğu olan kadınların cinsel istek ve fantezileri vardır, partnerleriyle ilgili bir sorunları yoktur. Uyarılma bozuklukları vajinal kayganlığın kaybı, klitoral ve labial hissin azalma veya vajinal düz kaslarda gevşemenin kaybolmasını kapsayabilir. Sebeplere baktığımızda doğal menapoz, cerrahi, tıbbi menapoz ve endokrin bozukluklar olabilir. Uyarılma problemleri her yaşıta görülebildiği halde, bu problemlerin yaşla birlikte arttığını gösterilmiştir.³ Yaşlı, postmenopozal kadınlarda genç kadınlara göre daha az vajinal kan akımı ve genital genişleme vardır.⁵⁰ Östrojendeki azalma vajinal kan akımında ve lubrikasyonda azalmaya ve buna bağlı olarak dispareni ve isteksizliğe neden olur. Kadınlarda cinsel uyarılma değerlendirilirken, uyarılmanın bilinçsel ve fiziksel yönlerinin aynı anda ölçülmesi gereklidir. Kadının farklı uyarılma durumlarında, cinsel uyarılmanın hissedilip

hissedilmediği sorusuna cevap verilmesi için, subjektif uyarılma değerlendirilmelerine ihtiyaç vardır. ⁵¹

2.5.3.1. Cinsel Uyarılma Bozukluğu Sınıflandırılması

Cinsel uyarılma,

- a. Genital cinsel uyarılma bozukluğu – herhangi bir uyarıya bağlı vulval şişkinlik veya ıslaklık azalması veya olmaması.
- b. Subjektif cinsel uyarılma bozukluğu – herhangi bir uyarıya bağlı cinsel heyecanlanma ve cinsel hazın olmaması.
- c. Subjektif ve genital uyarılma bozukluğu – hem cinsel uyarılma duygusu hem de genital cinsel uyarılmanın olmaması.
şeklinde sınıflandırılır.

2.5.3.2. Orgazm Bozuklukları

DSM-IV'e göre orgazm bozukluğu, normal cinsel uyarılma fazını takiben sürekli veya rekürren olarak orgazmda gecikme veya orgazm olamama durumu olarak tanımlanır. Bu durum ameliyatlardan sonrası, travma veya hormonal yetmezlik sonucu ortaya çıkabilir. Genelde, orgazm güçlüğü yaşayan kadınlar seks ilişkisini suçluluk olarak görmeye eğilimli olurlar. Cinsel aktivite ve masturbasyona karşı daha fazla olumsuz tavır sergilemektedir.

2.5.3.3. Cinsel Ağrı Bozuklukları

a. Disparonea – AFUD, ağrılı cinsel birleşmenin tanımı vajinaya tamamen giriş veya vajinaya girmeye teşebbüs ve/veya penil vajinal cinsel ilişki ile sabit veya tekrarlayan ağrıdır. DSM-IV'de cinsel işlev bozuklukları arasına dâhil edilmesine rağmen bu bir ağrı bozukluğu olarak düşünülmüştür.

İki tip disparoni vardır:

- a. İnsersiyonel disparoni, ağrı eksternal genitaler ve vajinayla sınırlı
- b. Derin disparoni, birleşme esnasındaki hareketler ve postkoital pelvis içinde ağrı.

Nedenlere baktığımızda hem fiziksel hem psikolojik olabilir. Örneğin: endometriozis, PİD, üretrit, enflamatuvar vajinit gibi fiziksel nedenler, seksüel anksiyete,

hastalık, hamilelik gibi psikolojik nedenler arasında sayılabilir. Disparoni sonucu kadınlarda azalmış lubrikasyon, kan akımı ve klitoral sensasyonunun ve kombinasyonu tarafından da meydana getirebilir.

b. Vajinismus, DSM-IV'te vajinismus bir cinsel işlev bozukluğu olarak sınıflandırılmıştır ve cinsel ağrı bozuklukları alt kategorisine dahil edilmiştir. Ana tanı kriteri; “vajinanın dış üçte birindeki kaslarda, tekrarlayan ya da sürekli, istem dışı ve cinsel ilişkiye engel olan spazmın” olmasıdır. Vajinal kas spazmı, kolaylıkla gözlemlenebilir ve bazı vakalarda “ağrıya sebep olacak kadar şiddetli ya da uzun süreli” olarak tanımlanmıştır. Vajinismus her ne kadar bir cinsel ağrı bozukluğu olarak kabul ediliyor olsa da, tanısı için ağrının gerçekleşmesi gerekli değildir. Özellikler, penetrasyon girişimi olmadığı müddetçe cinsel tepkinin diğer aşamalarının zarar görmeyebileceğine işaret etmektedir. DSM-IV'e göre bu bozukluk genç kadınlarda, cinselliğe karşı olumsuz yaklaşımı olan kadınlarda ve cinsel kötüye kullanım yada travma hikayesi olan kadınlarda daha yaygındır.⁵² Amerikan Kadın Doğum ve Jinekoloji Okulunun vajinismus tanımı; DSM-IV sınıflandırmasının ilk kriteri olan, cinsel ilişkiye engel olacak şekilde bir vajinal kas spazmının varlığını^{53,54} ve ayrıca bu vajinal spazmın penetrasyonu ağırlı, zor veya imkansız hale getirmesini ifade eder. İlk belirtiler ya psikolojik ya da fizyolojik kaynaklı olan önceki ağırlı deneyimlerle bağlantılı olabilir ve belirtilen hiçbir organik sebep mevcut değildir. DSM-IV'ün aksine; ağrı, esas unsurdur.

2.6. İnfertilitenin seksüel fonksiyonları etkilemesi:

İnfertilite evlilik ilişkisini etkilediğinden, genellikle bunu takiben cinsel işlev ve memnuniyette bozulmalar gündeme gelmektedir.⁵⁵ Özellikle siklusun fertil zamanları sırasında cinsel ilişkide bulunma gerekliliği, cinsel ilişkinin doğallığının kaybolup ev ödevi gibi yaşanmasına yol açar. Kişi infertilitesinden dolayı cinsel olarak kendini yetersiz hissedebilir, evlilik ve cinsel ilişkiden duyduğu haz ve ilginin kaybolmasıyla sonunda depresif hale gelebilir. Çiftler evlilik öncesi ya da evlilik dışı ilişkilerinde, korunma yöntemlerini düşündüklerinden ve kural dışı cinsel yaşamları nedeni ile cezalandırıldıkları düşüncesine kapılabilirler; özellikle ümitle beklenen premenstruel dönemde gebeliğin gerçekleşmediğini gösteren mensturasyonun başlaması, yoğun depresif duygular yaşanmasına yol açabilir.⁵⁶

İnfertilite tedavisi aylar, hatta yıllar sürebildiğinden çiftin ilişkisini olumsuz etkileyebilmekte, en azından alışılmış biçiminin dışına çıkmaktadır. Zamanlanmış cinsel ilişki, ilişkide döllenme amacının olması, belli pozisyonlara yönlendirilme bunların sebepleri arasında olabilmektedir. Çiftler cinselliklerini adeta gözlem ve baskı altında hissetmektedir. Kadınlarda cinsel disfonksiyon, cinsel istek kaybı, cinsel uyarılmanın gerçekleşmemesi, anorgazmi biçiminde ortaya çıkmaktadır. Aynı zamanda kadının özgeçmişinde cinsellik ile ilgili kötüye kullanım olması disfonksiyonu etkileyen bir başka sebeptir. Aynı zamanda tedavide kullanılan hormonlar da cinselliği olumsuz etkilemektedir. Cinsel istekle ilgili yapılan çalışmalarda normal çiftler arasında kadınlar % 35 oranında cinsel isteksizlikten yakınmaktadırlar. Kolej öğrencilerinde seksüel istekle ilgili yapılan bir araştırmada erkeklerin % 72, kadınların ise % 30'unda seksüel istek veya fanteziler olduğu görülmüştür. Cinsel uyarılma problemleri ise toplumda kadınlarda % 11- 48 oranında görülmektedir. Orgazm olamama kadınların % 30'unda bildirilmiştir. Cinsel ilişki esnasında ağrı da kadınlarda ortalama % 8 civarında bulunmaktadır.⁵⁷ IVF(invitro fertilizasyon) tedavisine başvuran çiftlerde yapılan bir çalışmada çiftlerin % 47'si infertilitenin ilişkilerinde yakınlaşma, güçlenme ve iletişimlerinde artmaya sebep olduğunu bildirirken, % 20'si olumsuz etkilerini dile getirmiştir. Kadınlarda yapılan bir çalışmada % 58 oranında cinsel ilgide azalma ve sebep olarak da programlanmış cinsel ilişki bildirilmiştir.⁵⁸

Kadınların % 37'si seksüel yaşamlarıyla ilgili tatminsizlik sebebini infertilite tedavisine dayandırmaktadırlar. Erkekler arasında ise yapılan bir çalışmada % 75 erektil disfonksiyon bildirilmiştir.⁵⁸

3. GEREÇ ve YÖNTEM

Bu çalışmada 17 Nisan - 20 Mayıs 2007 tarihleri arasında Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalının İnfertilite poliklinikliniğe ilk kez başvuran kadın hastalar dışında IVF (in-vitro fertilizasyon), artifisiyel inseminasyon, gibi invazif tekniklerle tedavileri planlanmış 200 infertil hasta ile görüşüldü. Hormon profili, spermiyogram, rutin tetkikleri uygulandıktan sonra tanısı henüz konulmamış ve tanısı kesinleşerek tedavi sürecine başlanan bu hastalardan araştırmanın amaçları ve yapılış biçimleri anlatılarak onayları alındı. İnfertil hasta grubu için çalışmaya kabul edilme ölçütleri içinde çalışmaya katılma konusunda gönüllü olma yeterli idi. Erkek kaynaklı infertil vakalar da çalışmaya dahil edildi.

Bu çalışmada tüm kadınlardan 9 madde içeren, kendi kendine uygulanan bir anket olan Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi (Index of Female Sexual Function = IFSF), cevaplamaları istenmiştir. Hastaların soruları doğru anlayıp cevaplamaları için her hasta ile özel bir odada yüz yüze görüşülerek anketler tarafımızdan doldurulmuştur. Çalışma grubundaki kadınların yaşı, evlilik süresi, eğitim durumu, çalışması, aylık geliri, evlenme şekli, eşe karşı hissi, erkek faktörü, sigara kullanımı, risk faktör olarak alındı ve toplam IFSF skorları karşılaştırıldı. Veriler bayanlarla görüşme ile sosyodemografik özellikleri ve infertiliteye neden olabilecek hastalıklar ile cinsel disfonksiyona ilişkin risk faktörlerini içeren genel bilgi formu kullanılarak toplanmıştır. Hastalara cinsel işlevlerinin sorgulanmasına uluslar arası kadın cinsel fonksiyon değerlendirme formu Kısa Cinsel İndeks (IFSF) doldurtuldu. IFSF, Kaplan ve arkadaşları tarafından geliştirilen, Türk Androloji Derneği tarafından onaylanıp, ülkemizde ve yurt dışı platformlarda kabul görmüş çeşitli araştırmalarda da kullanılmıştır.^{59,60,61,62} IFSF, kadın cinsel fonksiyonu ile ilgili yönleri (lubrikasyon, orgazmik fonksiyon, cinsel istek, ilişki tatmini, klitoral duyarlılık ve genel tatmin) değerlendirmek için tasarlanmıştır. Cevapların derecelendirilmesi 1' den (neredeyse hiç ya da hiç), 5'e kadar (hemen hemen her zaman ya da her zaman), son 1 ay içerisinde cinsel ilişkide bulunmayanlara sıfır olarak puanlanır. Soruların analizi ve alt başlıkların puanı birbirinden farklıdır. Soru 1,2 cinsel ilişki kalitesini (0–10 puan); soru 4,5 cinsel istek (2–10 puan); soru 6,7 cinsel ilişki tatmini (2–10 puan); 8 soru orgazmik fonksiyon (1–5 puan); soru 9 klitoral duyarlılık (1–5 puan) hakkında bilgi verir. En yüksek puan total skorun toplamı 45

(Aralık 5 ten 45'e kadar), toplam skor azaldıkça cinsel fonksiyonda azalma olarak değerlendirilir. IFSF ve genel bilgi formu ekte sunulmuştur.

Beck depresyon ölçeği:

Yirmi bir maddelik Likert tipi kendi değerlendirmeli bir ölçektir. Toplam puan 0 ile 63 arasında değişir. Depresyon tanısında değil, ölçeklendirilmesinde kullanılır. 1961 yılında geliştirilmiş, 1978'de gözden geçirilmiştir. Depresyon çalışmalarında en çok kullanılan ölçek olma özelliğine sahiptir. Sistemik olarak 21 semptom altında birleştirilen klinik gözlemlerden oluşmuş ve tutumlar yoğunluğuna göre 0–3 arasında derecelendirilmiştir.

Ölçek için verilen kesim puanları araştırmalar arası farklılık göstermekle birlikte 17 kesim puanının klinik depresyonu belirlemede yeterli olabileceği belirtilmektedir. Depresyon puan dağılımı şöyledir: Hafif düzeyde depresyon (11–17), orta düzeyde depresyon (18–29), şiddetli depresyon (30–63). Çalışmaya alınan kadınlara bu anketin uygulamasının sebebi infertilitenin önemli bir yaşam stresi olmasıdır. Pek çok infertil kadının yaşadığı stres ve depresyon gelecekle ilgili belirsizliğe, tedavi süreci ve teknikleriyle ilgili yaşanan kaygıya ve fertilitate kapasiteleriyle ilgili korkulara bağlanmaktadır.

4. BULGULAR

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi'nin Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalına İnfertilite nedeniyle başvuran tedavileri planlanmış 200 hasta çalışmaya alındı. İstatistiksel analizler SPSS programı 11,0 versiyonu kullanılarak değerlendirildi ve istatistiksel anlamlılık için $p < 0,005$ olması esas alındı. Çalışma grubumuzdaki 200 kadının yaş ortalamaları $30,9 \pm 6,1$ idi. Grupta ortalama evlilik süresi $2,7 \pm 1,3$ yıl idi. Yıllara göre dağılım yapılarak, her gruba IFSF sorgulaması yapıldı. Evlilik süresinin IFSF puanlamasında anlamlı bir etkisi olmadığı saptandı.

1 – 3 yıl 37 (% 18,5)

7 – 9 yıl 36 (% 18)

4 – 6 yıl 56 (% 28)

10 yıl ve üzeri 71 (% 35,5)

Gruba sorulan sorulardan bir diğeri eğitim düzeyidir ve dağılımı Tablo 1'de gösterilmiştir. Çalışma grubumuza IFSF soruları sorulduğunda soru 4.5.6.7.8.9'da anlamlı fark bulunmuştur ve p değeri sırayla $p = 0,001$, $p = 0,0029$, $p = 0,001$, $p = 0,045$, $p = 0,007$ olarak saptanmıştır. Regresyon korelasyon analizinde pozitif korelasyon mevcuttur. **Eğitim düzeyi arttıkça cinsel istek, tatmin, orgazm olmada artma görülmektedir.**

Çalışmaya aldığımız 200 hastanın 171'i ev hanımıdır. Meslek sahibi olan ve çalışan kadınların sayısı ise 29 idi ve cinsel istek, doyuruculuk ve orgazmda bozukluk ev hanımlarına göre daha az görülmekteydi. IFSF skoru sorulduğunda hastaların soru 4,5,6,9'a verdiği cevaplarda anlamlı fark olduğu saptanmıştır. P değeri sırayla $p = 0,002$, $p = 0,005$, $p = 0,023$, $p = 0,033$ olarak saptandı. **Çalışan kadın daha istekli daha doyumlu olarak görülmektedir.**

Parametrelerden bir diğeri gelir düzeyidir ve (DİE) Devlet İstatistik Enstitüsü verilerine göre 2 kişilik bir ailenin minimum gelir düzeyinin 400–800 YTL olması gerekmektedir. Hasta grubu gelir düzeyleri açısından karşılaştırıldığında 119'unun gelir düzeyi 500 YTL altında, 60'nın 500–1000 YTL arasında, 21'ninde 1000 YTL üzerindedir. Gelir düzeyi grubunda soru 4,6,7,9 da anlamlı fark bulunmuştur sırayla p değerleri $p = 0,001$, $p = 0,01$, $p = 0,03$, $p = 0,025$. Regresyon ve korelasyon analizinde tatmin, istek ve klitoral duyarlılık ile gelir düzeyi arasında pozitif bir korelasyon olduğu saptanmıştır. **Gelir düzeyi arttıkça cinsel fonksiyonda bir düzelme olduğu görülmüyor.**

BDÖ indeksi ile gelir düzeyi arasında anlamlı fark ve zayıf negatif korelasyon saptanmıştır.

Evlilik biçimine baktığımızda hastalarımızın 126'sı (% 63) görücü usulü ile evlenmiştir ve IFSF'de soru 1 de anlamlı fark saptanmıştır. **Görücü usulü ile evlenen kadınlar cinsel birleşme sırasında çoğu zaman rahatsızlık hissettiklerini vurgulamışlardır.** Diğer sorularda anlamlı bir fark saptanmamıştır. Çalışmamızda erkek infertilitesi nedeniyle çocukları olmayan kadınların sayısı 56 (% 28)dır. Bu grupta sorulara verilen cevaplar benzerdir, sadece soru 3'te anlamlı fark saptanmıştır (p = 0,025) ve cinsel ilişkiye girişim sıklığının azaldığı görülmüştür.

Eşe karşı his sorulduğunda ise grupta soru 4 ve 8 de anlamlı fark saptanmıştır. P değerleri her iki soruda da 0,001 idi. **Kadınların cinsel istekte ve orgazm sıklığında azalma olduğu görüldü, bu farkı yaratan ve soruya kardeş gibi cevabı veren 65 (% 32,5) kadın vardır.** Sigara içen ve içmeyenlerin cevapları arasında anlamlı fark bulunamamıştır, cevap ortalamaları benzerdir. (p>0.05). BDÖ indeksine baktığımızda sigara içenler ve içmeyenler arasında ortalamalar farklı bulunmuştur. (p=0,004).

Kadın cinsel fonksiyon bozukluğuna neden olabilen risk faktörlerinden hipertiroidi, hipotiroidi hiperprolaktinemi, HT gibi hastalıklar ek hastalık olarak soruldu. Çalışma grubumuzda bu hastalıklar mevcut olan kadın sayısının az olması nedeniyle sonuç anlamlı çıkmamıştır.

Tablo 1. Sosyodemografik bilgiler ve ortalama skor

Hasta Özellikleri		Hasta Sayısı	Ortalama Skor ± SD	P Değeri
Erkek Faktörü (İnfertilite)	Yok	144	32.1 ± 4.2	p < 0,005
	Var	56	31.3 ± 4.3	
Eşe Karşı His	Çok seviyor	4	32.2 ± 3.8	p< 0,005
	Seviyor	131	32.4 ± 4.2	
İş Durumu	Kardeş gibi	65	30.9 ± 4.2	p< 0,005
	Çalışıyor	26	33.0 ± 3.2	
Evlenme Şekli	Çalışmıyor	174	31.0 ± 4.3	p< 0,005
	Görücü	125	32.0 ± 3.8	
Eğitim Durumu	Anlaşarak	75	31.0 ± 4.8	p< 0,005
	Okur yazar değil	27	32.1 ± 4.1	
Aylık Geliri	İlkokul	103	31.1 ± 4.3	p< 0,005
	Ortaokul	23	33.1 ± 3.8	
	Lise	29	32.5 ± 4.4	
	Üniversite	18	34.3 ± 3.1	
Aylık Geliri	< 500 YTL	119	31.1 ± 4.2	p< 0,005
	500 – 1.000 YTL	60	32.7 ± 4.2	
	> 1.000 YTL	21	33.9 ± 3.2	

Tablo 2. Hastalar IFSF Skor gruplarına göre ayrıldıklarında gruplardaki hasta sayıları

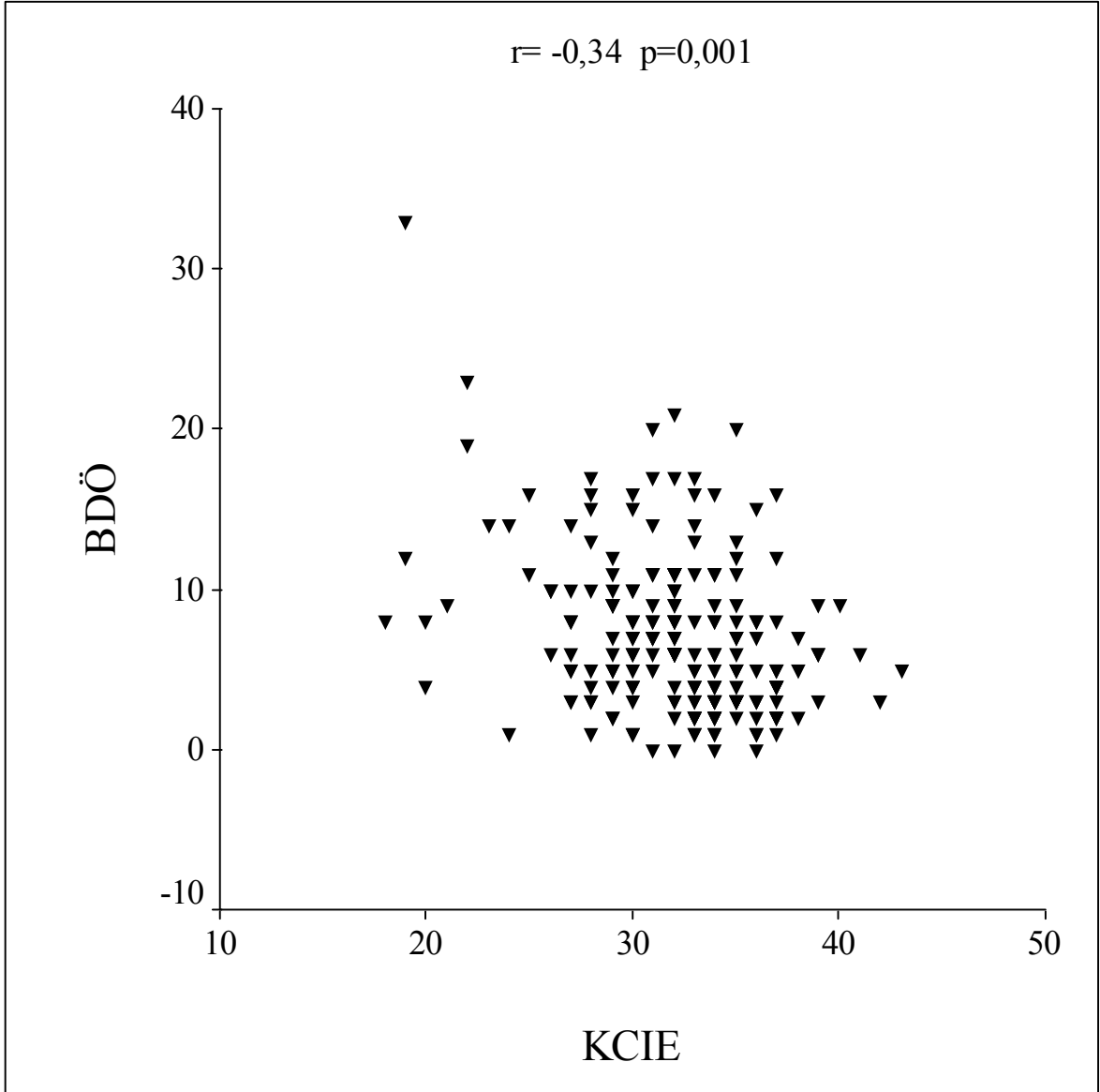
IFSF Skoru

18 - 25
26 - 35
36 - 43

Kadın Sayısı (%)

13 (% 6,5)
148 (% 74)
52 (% 25,5)

BDÖ ile KCIE arasında negatif bir korelasyon saptanmıştır ($r=-0,34$, $p=0,001$)



Şekil 2: BDÖ ve KCIE korelasyonu

Tablo 3: BDÖ ile KCIE'nin diğer faktörler ile korelasyonu

BDÖ KCIE

	r		-0,30(**)
BDÖ	p		0,0001
	r	- 0,34(**)	
KCIE	p	0,0001	
	r	- 0,06	0,02
YAS	p	0,365	0,759
	r	- 0,10	0,14(*)
EGITIM	p	0,159	0,043
	r	- 0,59(*)	0,43
COCUK SAY	p	0,020	0,107
	r	-0,09	- 0,07
GEBESAY	p	0,486	0,627
	r	0,02	- 0,04
EVKISI	p	0,779	0,535
	r	-0,18(*)	0,23(**)
AYLIK GELİR	p	0,011	0,001
	r	0,04	- 0,04
KAC YIL	p	0,597	0,533
	r	0,19(**)	0,08
SIGARA	p	0,008	0,262

** p < 0.01

* p < 0.05

5. TARTIŞMA

Seksüel disfonksiyon veya cinsel işlev bozukluğu hem kadın hem erkekleri yoğun olarak etkileyen bir problemdir. Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre cinsel sağlık; kişilik, iletişim ve aşkı artıran yollarla cinsel varoluşun bedensel, duygusal, entellektüel ve sosyal yönlerinin bütünleşmesidir. Cinsellikle ilgili sorunlar bu bütünlüğün bozulmasına yol açarak, bireylerin ruhsal ve sosyal sorunlar yaşamasına sebep olur.

Cinsel ilişki; iki insanın biyolojik, ruhsal ve sosyal yönleriyle yaşadıkları birleşmedir. Bu birleşmenin belirli bir tek şekli veya kuralı olmadığı gibi taraflar birbirine ve çevreye zarar vermedikleri ve doyuma ulaştıkları sürece nasıl ve ne kadar cinsel aktivitede bulunacaklarına kendileri karar verirler.⁴ Son zamanlarda kadın cinsel fonksiyon bozukluğunun tanı ve tedavisinde Irwin Goldstein öncülüğünde; ürologlar ilgilenmeye başlamıştır. Bu konuda pek çok bilinmeyen mevcut olup yeni çalışmalara ihtiyaç vardır. Türkiye'de henüz kadın cinsel disfonksiyonu ile ilgili kapsamlı bir çalışma yoktur. Bunun nedeni ürologların çoğunluğunun erkek olması nedeniyle bu konuda güçlük çekmeleridir.

Kadın cinsel fonksiyon bozukluğu yaşa bağımlı, progresif ve kadınların % 30-50'sini ilgilendiren, yaşam kalitesini olumsuz etkileyen mültifaktoriyel bir sorundur.² Son yıllarda kadın cinsel fonksiyonuna gösterilen ilgi ve yapılan çalışmalar sonrasında bu konuda hem tanı hem tedavide ilerlemeler kaydedilmiştir. Kadın cinsel fonksiyon bozukluğu çalışmaları ilk kez Kinsey'in 1950'li yıllarda ve Master ve Johnson' un 1960'lı yıllarda yaptığı çalışmalar ile başlamıştır. Cinsel fonksiyon bozukluğu ile ilgili oranlar ülkeler arasında farklılıklar göstermektedir. Kadın cinsel fonksiyon bozukluğu insidans ve prevalansı ile ilgili veriler oldukça az olmakla birlikte, % 76 gibi oldukça yüksek prevalans oranları bildirilmektedir.³ Bu konuda en geniş serili çalışma Amerika Birleşik Devletleri'nde Laumann ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Bu çalışmada, yaşları 18-59 arasında değişen 1749 kadından elde edilen verilerden, erkeklerde cinsel sorun % 31 oranında görülürken kadınlarda bu oran % 43'lerdedir. İngiltere'de % 33, İzlanda'da % 22 oranları bulunmuştur.³ Türkiye'de en geniş çalışma Ergun Öksüz ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Çalışmaya alınan 518 kadının yaş ortalaması 30.0 ± 8.5 (18-55) idi, 508 kadının % 48.3'ünde (FSFI de 25 puandan az alan kadınlar) seksüel fonksiyon bozukluğu tespit edilmiştir. Seksüel fonksiyon bozukluğu için risk faktörlerin

arasında en önemli faktör sigara olarak saptanmıştır. Yaş, sigara, medeni durum, menapoz ve diyet ile cinsel fonksiyon arasında anlamlı bir ilişki vardır. Bizim yaptığımız çalışma infertil kadınlar üzerinde olduğu için risk faktörler içinde yaş ve dolayısıyla menapoz ile medeni durum çalışma dışında kalmıştır. Çayan ve arkadaşları'nın 179 kadın üzerinde yaptıkları çalışmada; sigara kullanımı, evlilik süresi, geçirilmiş pelvik operasyonlar ve kontrasepsiyon yöntemlerinin cinsel fonksiyon bozukluğu üzerine anlamlı etkisi saptanmazken; ileri yaş, düşük eğitim düzeyi, çalışmama, kronik hastalık öyküsü, çok sayıda doğum varlığı ve menapozun kadınlarda cinsel fonksiyonu olumsuz etkilediği bildirilmiştir.⁶³ Yeni ve arkadaşları tarafından yapılan bir başka çalışmada 134 evli hemşire grubu araştırılmış ve yaş arttıkça istek ve orgazm bozukluğunun arttığı vurgulanmıştır.⁶⁴ Toplum temelli çalışmalar Türkiye'de sınırlıdır. Demirezen ve arkadaşları birinci basamak sağlık merkezine gelen 40 yaş altı 123 genç kadında cinsel disfonksiyon prevalansını % 67.5 olarak belirlemiş ve yaş, eğitim düzeyi, ekonomik durum ile cinsel fonksiyon bozukluğu arasında ilişki göstermişlerdir. Cinsellik ve risk faktörleri arasında sağlık sorunu, üriner sistemde problem, sosyoekonomik durum, tecavüz, cinsel taciz gibi kriterler araştırılmıştır.⁶¹

Çalışmamızda kadınların depresyon durumunu araştırdık. Yapılan çalışmaların çoğunda genel olarak psikopatoloji açısından infertil grupla normal kontroller arasında fark bulunamamıştır. İnfertilite tedavisi gören kadınlarla yapılan bir çalışmada depresyon, özgüven ve cinsel işlevsellik açısından normal kontrollerle fark bulunamamıştır. Bizim grubumuzda depresyon puanı ortalama BDÖ'ye göre 7 ± 5 bulundu, korelasyon kat sayısına baktığımızda biz de anlamlı bulamadık.

BDÖ indeksi dışında belirttiğimiz gibi çalışmamızda infertil kadınların cinsel fonksiyonuna etkili olabilecek sosyodemografik özellikler de araştırıldı. Bu risk faktörleri konusunda çalışma sonunda farklı sonuçlar görüldü. Örneğin çalışmaya aldığımız erkek faktörü nedeniyle çocukları olmayan kadınların, cinsel ilişkiye girişim yapmasının azaldığını, eşinde empotans, prematür ejakulasyon varlığı gibi sebepler olabilir. Yapılmış çalışmalarda araştırılmayan sorulardan bir diğeri de kadınların eşe karşı hissidir. Bizim anketlerin sonucunda kadınların % 32,5'u kardeş gibi olduklarını belirttiler. Eşine karşı cinsel istek duymayan kadınlarda cinsel istekte ve orgazm sıklığında azalma tespit edildi. Bir başka araştırılmayan soru da evlenme şekli ile ilgilidir. Eşlerin arasındaki uyum her iki cinsin cinsel fonksiyonunu da etkiler. Bizim

çalışmamızda kadınların 125'i görücü usulü ile evlenmiştir. IFSF skora baktığımızda ise anlaşarak evlenenlerin az da olsa skoru daha düşüktür (Tablo 1). Bu da bize görücü usulü ile evlenen çiftlerin arasında da rahatlıkla uyum olabileceğini göstermektedir. **Fakat soru 1'de gruplar arasında soruya verilen cevap farklıydı ve görücü usulü ile evlenen kadınların cinsel birleşme sırasında daha sık rahatsızlık yaşadığı görülmektedir.** Bu konuda en geniş çalışma olan, ABD'de Laumann ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada eğitim düzeyinin artmasıyla cinsel sorunların daha az yaşanmakta olduğu bildirilmiştir. Bizim çalışma grubumuzu oluşturan kadınlarda da eğitim düzeyi arttıkça IFSF skoru ve cinsel istek, tatmin, orgazmada artma görülmektedir (Tablo1). Bu bulgu Laumann ve arkadaşlarının çalışmasındaki bulgularla uyumludur. Sosyoekonomik durum diğer bir risk faktörüdür. Kadınların 119'nun aylık geliri 500 YTL altındadır. Çalışmamızda tatmin, istek ve klitoral duyarlılık ile gelir düzeyi arasında pozitif bir korelasyon saptanmıştır. Gelir düzeyinde azalma cinsel fonksiyon bozukluğuna neden olabilmektedir. Genel bilgi formunda çalışma ile ilgili sorumuza kadınların ancak 26'sı "çalışıyorum" diye cevap verdi. Diğer kadınlar ise ev hanımıydı. IFSF skoru çalışan kadınlarda 33 iken çalışmayanlarda 31'di ve fark anlamlı idi. Özellikle cinsel istek, doyuruculuk ve orgazmada bozukluk çalışmayan kadınların şikayeti idi.

İncelenen bir diğer faktör evlilik süresiydi. Güvel ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada evlilik süresinin artmasının cinsel fonksiyon üzerine olumsuz etkisinin olduğu görülmüştür. Bu bulgu Çayan ve arkadaşlarının çalışmasındaki bulgularla uyum göstermemektedir.⁶³ Bizim çalışmamızda ise anlamlı bir fark bulunamamıştır, hastaların yaşlarının genç ve evlilik sürelerinin uzun olmaması bu sonucun farklı çıkmasının nedeni olabilir.

Sonuç olarak cinsel partner ve partnerin cinsel sorunları, çalışma hayatı, stres ve günlük yaşam sorunları gibi pek çok faktör kadın cinsel fonksiyonlarını dolaylı olarak etkilemektedir. IFSF formunda cinsel fonksiyon bozukluğu tanısı için belirli bir eşik değeri belirlenmemiştir. Fakat maksimum skorun 45 olduğunu biliyoruz ve altına indikçe cinsel fonksiyonda bozukluk artmaktadır. Çalışmamızda kadınların çalışmasının, eşinin sağlık probleminin olmamasının, uyumlu bir evliliğin olmasının cinsel fonksiyona olumlu etki gösterdiği, gelir ve eğitim düzeyinin azalması gibi etkenlerin ise cinsel fonksiyonu olumsuz etkilediği gösterilmiştir.

6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER

Kadınlarda cinsel disfonksiyon, kadının ruhsal durumunu, özgüvenini, yaşam kalitesini etkileyen ve sık rastlanılan bir durumdur. Türkiye’de kadın cinsel fonksiyon bozukluğuna ilişkin veriler sınırlıdır ve bu problem gizli bir şekilde yaşanmaya devam etmektedir. Bununla birlikte üniversitelerin üroloji ve psikiyatri gibi bölümlerinde kadın cinsel fonksiyon ve disfonksiyonu üzerinde yürütülen çalışmalar giderek artmaktadır.

Bizim çalışmamızda, infertil kadınlarda cinsel fonksiyon üzerinde etki eden risk faktörler tartışıldı. Cinsel partner ve partnerin seksüel sorunları, çalışma hayatı, stres ve günlük yaşam sorunları gibi pek çok faktör kadın cinsel fonksiyonlarını dolaylı olarak etkilemektedir. Çalışmamızda kadınların çalışmasının, eşinin sağlık probleminin olmamasının, uyumlu bir evliliğinin olmasının cinsel fonksiyona olumlu etki gösterdiği ve gelir ve eğitim düzeyinin azalması gibi etkenlerin ise cinsel fonksiyonu olumsuz etkilediği gösterilmiştir. Yaptığımız çalışmada kullanılan IFSF formunda cinsel fonksiyon bozukluğu tanısı için belirli bir eşik değerinin belirlenmemiş olması dolayısıyla bu kadınların cinsel disfonksiyonu olup olmadığına karar veremeyiz. Böyle bir tanı koyabilmek için Türk kadınların cinsel disfonksiyon prevalansını bilmek gerekmektedir. Bunun için de geniş kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır.

KAYNAKLAR:

1. **Geiss I.M, Umek W.H, Dungal A,** et al. Prevalence of female sexual dysfunction in gynecologic and urogynecologic patients according to the international consensus classification. *Urology* **2003** 62: 514–518.
2. **İncesu C.** Cinsel işlevin fizyolojisi, Cinsel İşlev Bozuklukları Monograf Serisi, **1998**; 1:3–11, *Türk Psikiyatri Dizini*.
3. **Lauman ED, Paik A, Rosen RC.** Sexual Dysfunction in the United States, Prevalance and Predictors, *JAMA* **1999**; 281 (6): 5537 – 5544.
4. **Hilleges M, Falconer C, Ekman-Ordeberg G, Johansson O,** Innervation of the human vaginal mucosa as revealed by PGP 9,5 immunohistochemistry. *Acta Anatomica* **1995**; 152: 119–126.
5. **Çelik S, Güvel S.** Kadın Cinsel Fonksiyon Fizyolojisi. *Erkek ve Kadın Cinsel Sağlığı*, Ed. Kadioğlu A, Başar M, Semerci B, Orhan İ, Aşçı R, Yaman M.Ö, Çayan S, Usta MF, Kendirci M, Türk androloji Derneği Yayını, İstanbul, **2004**, s 604
6. **Masters WB, Johnson VE** Human Sexual Behavior. *İnsan Cinsel davranış. Sayın. Ü.* (Çev. ed), İstanbul, Bilimsel ve teknik Yayınları Çeviri Vakfı **1994**.
7. **Goldstein I, A. Gıraldı, A. Kadioğlu, HW Van Lusen, L.Marson, R.Nappi, J. Peaus, A.Salonia, A.M. Traish, Y.Vardı** çeviri Çulha M, Eryılmaz H.Y, Önem K. Seksüel Tıp 2 Uluslar arası seksual Disfonksiyon toplantısı–Paris. *Kadın Cinsel Fonksiyon Fizyolojisi ve Kadın Cinsel Disfonksiyonunun Fizyopatolojisi* s.692.
8. **Meston CM, Hull E, Levin RJ, Sipski M.** Womans orgasm in: T.F. Lue, R. Basson, R. Rosen at all Eds: *Sexual Medicine Sexual Disfunctions in Men and Women*.21stEd, Paris, Health Publications, **2004**; 785–795.
9. **Goldstein I, Gıraldı A., Kadioğlu A.** et al. Physiology of female sexual function and pathophysiology of female sexual dysfunction in: T.F. Lue, R. Basson, R. Rosen et al: *Sexual Medicine Sexual Disfunctions in Men and Women*. Editions 21. Paris, Health Publications, **2004**; 716–717.
10. **Mah K, Bink YM.** The nature of human orgasm: A critical review of major trends. *Clin. Psychol Rev.* **2001**; 21: 823–856.
11. **Eryılmaz H.Y,** Orgazm tanımı ve tipleri, *Androloji Bülteni* Sayı, 2005; 23: 355-358.
12. **Bohlen G, Held JP, Sanderson MO, Ahlgren A.** The female orgasm: Pelvic contractions. *Arch Sex Behav* **1982**; 11: 367–386.
13. **Trashi A.M, Kım N, Munnarriz R, Goldstein I,** *Journal of sex and Marital therapy*, 28 volumny, , **2002**, 233–244 çevr. Prof. Dr. A. İhsan Taşçı, Dr. E. Kemahlı, Kadın genital seksüel uyarılma fonksiyonunda androjenler: Biyokimyasal bir perspektif

- 14. Goldstein I, Gıraldı A, Kadioğlu A, HW Van Lusen, L.Marson, R.Nappi, J. Peaus, A.Salonia, A.M. Traish, Y.Vardı.** Çeviri Çulha M, Eryılmaz H.Y, Önem K. Seksüel Tıp, 2 Uluslar arası seksual Disfonksiyon toplantısı – Paris. *Kadın Cinsel Fonksiyon Fizyolojisi ve Kadın Cinsel Disfonksiyonunun Fizyopatolojisi*, , **2004** s.711.
- 15. Laan E, Van LRH,** Hormones and sexuality in postmenipausal women: a psychophysiological study. *J Psy Obst Gynaecol* **1997**; 18 126–133.
- 16. Canpolat B, Çayan S,** Kadın Cinsel Fonksiyonların değerdendirilmesi ve Cinsel Fonksiyon Bozukluğunda tanı ve tedavi Yaklaşımları, *Üroloji Bülteni* **2003**, 14, 67–75 s 67–75.
- 17. Basson R, Berman J, Burnett A, Derogatis L, Ferguson D, Fourcroy J,Goldstein I, Graziottin A, Heiman J, Laan E, Leiblum S, Padma-Nathan H,Rosen R, Segraves K, Segraves RT, Shabsigh R, Sipski M, Wagner G,Whipple B.** Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications. *J Urol.* **2000** Mar;163(3):888–93.
- 18. Salonia A, Zanni G, Briganti A, Fabbri, F, Rigatti P and Montorsi F.** The role of the urologist in the management of female sexual dysfunctions. *Curr Opin Urol* **2004**; 14: 389–393. mellitus on female sexual function and risk factors. *Arch Androl.* **2005** Jan-Feb;51(1):1-6.
- 19. Önem K, Ahmedov İ, Kadioğlu A.,** *Kadın Cinsel fonksiyon Disfonksiyonunun Patofizyolojisi.* Erkek ve Kadın Cinsel Sağlığı, Ed. Kadioğlu A, Başar M, Semerci B, Orhan İ, Aşçi R, Yaman M.Ö, Çayan S, Usta MF, Kendirci M, Türk androloji Derneği Yayını, İstanbul, **2004**, s 620.
- 20. Sıpskı ML, Alexasnder CJ, Rosen RC,** Sexual arousal and orgasm in women: Effect of spinal cord injury. *Ann Neurol* **2001**; 49,35–44.
- 21. Goldstein I, Berman J;** Vasculogenic female sexual arausal dysfunction. *Int J Impot Res* **1998**;10: 84–90.
- 22. Park K, Goldstein I, Andry C, Siroky MB, Krae RJ, Azadzoi KM:** Vasculojenic female sexual dysfunction: the hemodynamic basis for vaginal engorgement insufficiency and clitoral erectile insufficiency. *İnt J İmpot Res* **1997**; 9: 27–37.
- 23. Goldstein I, A. Gıraldı, A. Kadioğlu, HW Van Lusen, L.Marson, R.Nappi, J. Peaus, A.Salonia, A.M. Traish, Y.Vardı.** Çeviri Çulha M, Eryılmaz H.Y, Önem K. Seksüel Tıp, 2 Uluslar arası seksual Disfonksiyon toplantısı – Paris. *Kadın Cinsel Fonksiyon Fizyolojisi ve kadın Cinsel Disfonksiyonunun Fizyopatolojisi*,**2004**, s.723
- 24. Hultner B, Lundberg PO,** Sexual function in women with hipothalamo – pituitary disorders. *Arch Sex Behav* **1994**; 23: 171 -183.
- 25. Mastrogiacomo I, Serafini E, Zusas, Zucchetta P, Romagnoli GF, Saporiti E, dean P, Ronco C, Ad Amı A,** Hyperprolactinemi and sexual disturbances among uremic womwn on hemodialysis. *Nephron* **1984**; **37**: 195–199
- 26. Enzlin P, Mathieu C, Van Den Bruel A, Bosteels J, Vanderschueren D, Demyttenaere K.** Sexual dysfunction in women with type 1 diabetes. *Diabetes Care*, **2002**; 25 672–677.
- 27. Schiel R, Muller UA,** Prevalence of sexual disorders in a selection free diabetic population (JEVIN), *Diabetes Res Clin Ract* **1999**; 44: 115–121.

28. Erol B, Tefekli A, Ozbey I, Salman F, Dıncak N, Kadioğlu A, Tellaloğlu S. Sexual dysfunction in tip 2 diabetic females: a comparative study. *J. Sex Marital Ther* 2002; 28, 55–62.
29. Hawton K. *Sex Therapy: A Practical Guide*. Oxford University Pres, London, 1985.
30. Dünya Sağlık Örgütü. Ruhsal ve Davranışsal Bozuklukların Sınıflandırılması. Çev. Ed. Öztürk Ö, Ufuk B. Ankara: *Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Hastalıkları Derneği Yayını*, 1993.
31. Şahin D. *Cinsel İşlev Bozukluklarının Psikolojik Nedenleri*. ‘Sık görülen iki cinsel işlev bozukluğu’: Vajinismus ve Erken Boşalmada Değerlendirme, Tanı ve Tedaviler. Ed: D. Şahin, A. Kayır. Roche Yayınları, İstanbul s: 30
32. O’Connor JF: Sexual problems, therapy, and prognostic factors. *In Clinical management of sexual disorder*: JK Meyer,(Ed) Baltimore, Williams and Wilkins, 1976, pp.200-211.
33. Uddenberg N: Psychological aspects of sexual inadequacy in women. *Journal of Psychosomatic Research*, 1974: 18, 33–47.
34. Fisher S. *The female orgasm: Psychology, physiology, fantasy*, London, Allen Lane, 1973.
35. Kinsey AC. Gebhard PH. *Sexual Behaviour In The Human Females*, Sounders, Philadelphia, 1953.
36. Fritz GS, Stoll K, Wagner N. A comparison of males and females who were sexually molested as children. *J of Sex and Marital Therapy*, 1981, 7:54–9.
37. Finkelhor D: Sex among siblings: a survey on prevalence, variety and effects. *Arch of Sex Beh* 1980; 9:171- 94.
38. Fisher S. *The female orgasm*. Basic Books, New York. 1973.
39. Miller WR, Williams AM, Bernstein MH: The effects of rapem on marital and sexual adjustment. *Am J of Family Therapy* 1982; 10: 51–58.
40. Winn RL, Newton N. Sexuality in aging: a study of 106 cultures. *Arch Sex Behav*, 1982; 11:283.
41. Bancroft J. *Human sexuality and its problems*. Churchill Livingstone. Edinburgh. 1980.
42. Kaplan HS. Hypoactive sexual desire. *Journal Sex Marital Ther*, 1977; 3 : 3-9.
43. Kayır A. Yüksel. Tükel MR: Vajinismus Nedenlerinin Tartışılması. *IV. Psikoloji Kongresi*, Özel Sayısı, 1987: 6(21):113–116.
44. Goldstein I, Gıraldı A, Kadioğlu A, HW Van Lusen, Marson L, Nappi R, Peaus J, Salonia A, Traish A.M, Vardı Y. Çeviri Çulha M, Eryılmaz H.Y, Önem K. Seksüel Tıp, 2 Uluslar arası seksual Disfonksiyon toplantısı – Paris. *Kadın Cinsel Fonksiyon Fizyolojisi ve kadın Cinsel Disfonksiyonunun Fizyopatolojisi*, s.725

- 45. Marshal F, Treiger B.** Radical cystectomy. (anterior exenteration) in the female patient. *Urol Clin* .1991; 18:765–775.
- 46. Rako S.** Testosterone supplemental therapy after hysterectomy with or without concomitant oophorectomy: estrogen alone is not enough. *J Women's Health & Gender-Based Medicine*. 2000; 9: 917–923.
- 47. Culter WB.** Genovese – Stone E. Wellness in women after 40 years of age: the role of sex hormones and pheromones. *Dis Mon* 1998; 44: 421–546.
- 48. Bancroft J.** *Human Sexuality and its problems*. Churchill Livingstone. Edinburgh. 1980.
- 49. Basson R, Weijmar Shultz WCM,** *Seksüel Tıp, Bölüm 22, Kadınlarda Cinsel İstek ve Uyarılma Bozuklukları ve Cinsel Ağrı* 2004: s 860
- 50. Bachmann GA,** Sexual function in the perimenopause. *Obstet Gynecol Clin North Am*,1993 : 20:379–389.
- 51. Rosen RC, Beck JG.** Patterns of sexual arousal, New York 1988
- 52. American Psychiatric Association** Diagnostic and statistical manual of mental disorders 4th Ed. Washington, DC 1994.
- 53. ACOG** American College of Obstetricians and Gynecologist technical bulletin: Sexual dysfunction. *Int Gynecol Obstet* 1995; 51:265–277.
- 54. Droegemuller W.** Sexuality and sexual dysfunction. In H Visscher, *Precis IV: An update in obstetrics and gynecology* , Washington, DC: ACOG. 1994.
- 55. Downey, N. ?.** *İnfertility and the new reproductivte technologies*. Psychological Aspects of Womens Health Care: The interface between psychiatry and obstetrics and gynecology. Stewart DE, Stotland NL Edt: Chapter 10, 193–207.1993
- 56. Freidman T.** Infertility and assisted reproduction. *Bailiere's Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 1989; 3(4): 751–767.
- 57. Kaplan SA.** Safety and efficacy of sildenafil in postmenopausal women with sexual dysfunction. *Urology* 1999; 53 3: 481–486.
- 58. Oğuz H.D,** İnfertilite Tedavisi Gören Kadınlarda İnfertilitenin Ruh Sağlığına, Evlilik İlişkileri ve Cinsel Yaşama Etkileri Uzmanlık Tezi İstanbul 2004.
- 59. Yılmaz C, Eryılmaz H.** Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu. Kadın cinsel fonksiyon sorgulama indeksinin (IFSF) geçerlilik - güvenilirlik çalışması
- 60. Erol B, Tefekli A, Özbey I.** Sexual dysfunction in type 2 diabetic females: a comparative study. *J Sex Marital Ther* 2002; 28,55- 62.

- 61. Güvel S, Torun D, Kılınç F, Egilmez T, Özkardeş H.** Hemodiyaliz programındaki Kadınlarda cinsel disfonksiyonun değerlendirilmesi. 4. *Ulusal Androloji Kongresi Program ve Özet Kitabı*; **2001**. 7–10 Kasım; Ankara, Türkiye. s. 28.
- 62. Alıcı B, Özkara H, Erden S, Akkuş E, Hattat H, Solok V.** Tip 2 diyabetik Kadınlarda cinsel fonksiyon bozuklukları değerlendirilmesi. 4. *Ulusal Androloji Kongresi Program ve Özet Kitabı*; **2001**. 7–10 Kasım; Ankara, Türkiye. s. 25.
- 63. Çayan S, Akbay E, Canpolat B, Acar D, Bozlu M, Ulusoy E,** Kadınlarda cinsel fonksiyon bozuklukları prevalansı ve risk faktörleri. 4 *Ulusal Androlojik kongresi program ve Özet kitabı* **2001**
- 64. Önem K, Ahmedov I, Kadioğlu A.** Kadın Cinsel Fonksiyonun Patofizyolojisi, *Erkek ve Kadın Cinsel Sağlığı*, Ed. Kadioğlu A, Baflar M, Semerci B, Orhan I, Aşçı R, Yaman M.Ö, Çayan S, Usta MF, Kendirci M, Türk Androloji Derneği Yayını, İstanbul, **2004**, s. 620 – 629.

EK:1

Genel Bilgi Formu

Ülkemizde kadınların cinsel sorunları ve fonksiyonları konusunda yeterince araştırma yapılmamaktadır. Bu anket formu, Ç.Ü.Üroloji Anabilim Dalında Dr. Dinara Tashbulatova tarafından yürütülmekte olan “Kadın doğum polikliniğine başvuran infertil kadınların cinsel fonksiyon bozukluğu” başlıklı çalışma için veri toplama amacıyla hazırlanmıştır. Katılıp katılmama konusunda karar size aittir. Her iki halde de takibiniz ve tedaviniz aksamadan devam edecektir.

1. Yaşınız?

- a) 20 – 29 y
- b) 30 – 39 y
- c) 40 – 49 y
- d) 50 – 59 y

2. Menapozda mısınız ?

- a) Hayır
- b) Evet

3. Ne kadar süredir evlisiniz ?

- a) 1 – 3 yıl
- b) 4 – 6 yıl
- c) 7 – 9 yıl
- d) 10 yıl ve üzeri

4. Öğrenim durumunuz?

- a)Yok
- b) İlk
- c) Orta
- d) Lise
- e) Üniversite

5. Çalışıyor musunuz ?

- a) Çalışıyor
- b) Çalışmıyor

6. Mesleğiniz?

7. Kaç çocuğunuz var ?

99) Yok

8. Kaç gebelik yaşadınız?

99) Yok

9. Hangi şekilde doğum yaptınız ?

- a) Normal doğum
- b) Epiziotomi ile normal doğum
- c) Sezaryen

10. Evde yaşayan kişi sayısı?

-----Erişkin

-----Çocuk

11. Kaç yıldır Adana'da yaşıyorsunuz?

12. Nereden geldiniz ?

13. Toplam aylık geliriniz ne kadar?

- a) 500 YTL. den az
- b) 501 – 1000 YTL
- c) 1001 YTL üzeri

14. Geçirdiğiniz önemli bir hastalığınız var mı?

- a) Hayır
- b) Evet, adı (HT ; DM; KBY; Depresyon ; Diğerleri.....)

15. Nasıl evlendiniz?

- a) Görücü usulü
- b) Anlaşarak

16. Evlilik öncesi cinsel ilişki yaşadınız mı?

- a) Hayır
- b) Evet

17. Őu anda eŐinize karşı neler hissediyorsunuz?

- a) ok seviyorum
- b) Seviyorum
- c) Kardeş gibiyiz
- d) AnlaŐamıyoruz
- e) ok Şiddetli geçimsizlik

18. Őimdiye kadar cinsel tacize uğradınız mı?

- a) Hayır,
- b) Evet a) Sözle taciz
 - b) Elle taciz
 - c) Tecavüze yeltenme
 - d) Tecavüz

19. Sigara kullanıyor musunuz?

- a) Hayır
- b) Evetpaket/gün

20. Alkol kullanıyor musunuz?

- a) Hayır
- b) Evet günde

21. Devamlı kullanılan ilaç var mı ?

- a) Hayır
- b) Evet

22. Tanı

EK 2:

**İFSF (Index of Female Sexual Function)
sorgulama formu**

1. Son 4 hafta içinde eşinizle cinsel birleşme sırasında

ne sıklıkla rahatsızlık yaşadınız?

- a) Cinsel birleşme girişiminde bulunmadım. (0 puan)
- b) Hemen her zaman ya da her zaman. (1 puan)
- c) Çoğu zaman (yarıdan çok daha fazlasında). (2 puan)
- d) Bazen (yaklaşık yarısında). (3 puan)
- e) Birkaç kere (yarıdan çok daha azında). (4 puan)
- f) Hemen hemen hiç. (5 puan)

2. Son 4 hafta içinde eşinizle cinsel birleşme sırasında

ne sıklıkla vajinal kuruluştan yakındınız?

- a) Cinsel birleşme girişiminde bulunmadım. (0 puan)
- b) Hemen her zaman ya da her zaman. (1 puan)
- c) Çoğu zaman (yarıdan çok daha fazlasında). (2 puan)
- d) Bazen (yaklaşık yarısında). (3 puan)
- e) Birkaç kere (yarıdan çok daha azında). (4 puan)
- f) Hemen hemen hiç. (5 puan)

3. Son 4 hafta içinde ne sıklıkla cinsel birleşme

girişiminde bulundunuz?

- a) 0 (0 puan)
- b) 1-2 (1 puan)
- c) 3-4 (2 puan)
- d) 5-6 (3 puan)
- e) 7-10 (4 puan)
- f) 11+ (5 puan)

4. Son 4 hafta içinde ne sıklıkla cinsel istek duydunuz?

- a) Neredeyse hiç ya da hiç. (1 puan)
- b) Birkaç kere (yarısından çok daha azında). (2 puan)
- c) Bazen (yaklaşık yarısında). (3 puan)
- d) Çoğu zaman (yarıdan çok daha fazlasında). (4 puan)
- e) Hemen hemen her zaman ya da her zaman. (5 puan)

puan)

5. Son 4 hafta içinde cinsel istek düzeyinizi nasıl

buluyorsunuz?

- a) Çok düşük ya da hiç yok. (1 puan)
- b) Düşük. (2 puan)
- c) Orta. (3 puan)
- d) Yüksek. (4 puan)
- e) Çok yüksek. (5 puan)

6. Son 4 hafta içinde eşinizle cinsel ilişkiniz ne kadar doyurucuydu?

- a) Hiç doyurucu değil. (1 puan)
- b) Pek doyurucu değil. (2 puan)
- c) Yarı yarıya. (3 puan)
- d) Orta derecede doyurucu. (4 puan)
- e) Çok doyurucu. (5 puan)

7. Son 4 hafta içinde cinsel yaşamınız genel olarak ne kadar doyurucuydu?

- a) Hiç doyurucu değil. (1 puan)
- b) Pek doyurucu değil. (2 puan)
- c) Yarı yarıya. (3 puan)
- d) Orta derecede doyurucu. (4 puan)
- e) Çok doyurucu. (5 puan)

8. Son 4 hafta içinde cinsel uyarılma yada birleşme

sırasında ne sıklıkla orgazm oldunuz ?

- a) Neredeyse hiç ya da hiç. (1 puan)
- b) Birkaç kere (yarısından çok daha azında). (2 puan)
- c) Bazen (yaklaşık yarısında). (3 puan)
- d) Çoğu zaman (yarıdan çok daha fazlasında). (4 puan)
- e) Hemen hemen her zaman ya da her zaman. (5 puan)

9. Son 4 hafta içinde cinsel uyarılma yada birleşme

sırasında klitorisinizdeki duyarlılığı nasıl değerlendiriyorsunuz?

- a) Çok düşük ya da hiç yok. (1 puan)
- b) Düşük. (2 puan)
- c) Orta. (3 puan)
- d) Yüksek. (4 puan)
- e) Çok yüksek. (5 puan)

BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ (B D Ö)

AÇIKLAMA:

Sayın cevaplayıcı aşağıda gruplar halinde cümleler verilmektedir. Öncelikle her gruptaki cümleleri dikkatle okuyarak, **BUGÜN DAHİL GEÇEN HAFTA** içinde kendinizi nasıl hissettiğini en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Eğer bir grupta durumunuzu, duygularınızı tarif eden birden fazla cümle varsa her birini daire içine alarak işaretleyiniz.

Soruları vereceğiniz samimi ve dürüst cevaplar araştırmanın bilimsel niteliği açısından son derece önemlidir. Bilimsel katkı ve yardımlarınız için sonsuz teşekkürler.

A- 0. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.

1. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
2. Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
3. O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.

0. Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim.

1. Gelecek hakkında karamsarım.
2. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
3. Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.

0. Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.

1. Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
2. Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
3. Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.

B- 0. Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.

1. Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
2. Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
3. Her şeyden sıkılıyorum.

0. Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.

1. Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
2. Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
3. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.

0. Bana cezalandırılmışım gibi geliyor.

1. Cezalandırılabilirim hissediyorum.
2. Cezalandırılmayı bekliyorum.
3. Cezalandırıldığımı hissediyorum.

0. Kendimden memnunum.

1. Kendi kendimden pek memnun değilim.
2. Kendime çok kızıyorum.
3. Kendimden nefret ediyorum.

C- 0. Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.

1. zayıf yanların veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.
2. Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi kabahatli bulurum.
3. Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.

0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.

1. Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.
2. Kendimi öldürmek isterdim.
3. Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.

0. Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.

1. Zaman zaman içindem ağlamak geliyor.
2. Çoğu zaman ağlıyorum.
3. Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.

0. Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.

1. eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.
2. Şimdi hep sinirliyim.
3. Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.

L. 0. Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.

1. Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
2. Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybetmedim.
3. Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.

0. Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.

1. Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
2. Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
3. Artık hiç karar veremiyorum.

N- 0. Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.

1. Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
2. Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.
3. Kendimi çok çirkin buluyorum.

O- 0. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.

1. Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.
2. Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
3. Hiçbir şey yapamıyorum.

P- 0. Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.

1. Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.
2. Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
3. Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.

R- 0. Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.

1. Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.

2. Yaptığım her şey beni yoruyor.
3. Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.

S- 0. İştahım her zamanki gibi.

1. İştahım her zamanki kadar iyi değil.
2. İştahım çok azaldı.
3. Artık hiç iştahım yok.

T- 0. Son zamanlarda kilo vermedim.

1. İki kilodan fazla kilo verdim.
2. Dört kilodan fazla kilo verdim.
3. Altı kilodan fazla kilo vermeye çalışıyorum.

Evet Hayır

U- 0. Sağlığım beni fazla endişelendiriyor.

1. Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendiriyor.
2. Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.
3. Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünemiyorum.

V- 0. Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.

1. Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.
2. Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.
3. Cinsel konular olan ilgimi tamamen kaybettim.

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı : **Dinara TASHBULATOVA**

Doğum Tarih ve Yeri : **05.05.1973 BISHKEK**

Medeni Durumu : **Evli**

Adres : **Yunusaliyeva 98/1 Bishkek, KIRGIZSTAN**

Telefon : **0536 877 04 87**

Fax : **-**

E-Mail : **dinarat@hotmail.com**

Mezun Olduğu Tıp Fakültesi : **ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ**

Varsa Mezuniyet Derecesi : **-**

Görev Yerleri : **-**

Dernek Üyelikleri : **-**

Alınan Burslar : **-**

Yabancı Dil(ler) : **Rusça, Boşnakça, Sırpça**