40–65 Yaş Grubu Kadınlarda Cinsel Fonksiyon Bozukluğu Prevalansı, Depresyon Ve Diğer İlişkili Faktörler

Nebahat Özerdoğan*, F.Deniz SAYINER*,
Nedime KÖŞGEROĞLU** , Alaattin ÜNSAL***

ÖZET

Amaç: *Klimakteryum; biyolojik, psikolojik ve sosyal değişiklerin yaşandığı, bu değişiklikler nedeniyle cinsel fonksiyonun etkilenebildiği değişken ve kompleks bir süreçtir. Bu çalışmayla klimakterik dönemdeki 40-65 yaş grubu kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu (CFB) prevalansının, CFB ile depresyon ve diğer risk faktörlerinin ilişkisinin belirlenmesi amaçlandı.*

Yöntem: *Tanımlayıcı tipteki bu çalışma Ekim-Şubat 2009 tarihleri arasında Eskişehir'de bulunan Kurtuluş Aile Sağlığı Merkezinde gerçekleştirildi. Çalışma, merkeze başvuran 348 kadından gönüllü ve örneklem seçme kriterlerine uyan 269 kadını içerdi. Araştırmanın verileri, araştırmacılar tarafından hazırlanan anket formu, Beck Depresyon Ölçeği, Kadın Cinsel Fonksiyon Sorgulama İndeksi (Index of Female Sexual Function /IFSF) ile toplandı.*

Bulgular: *Çalışmamızda CFB görülme sıklığı (IFSF skoru ≤30) %68.8(n=185) idi. CFB görülme sıklığı 40-44 yaş arasındaki kadınlarda %53.9(55), 45-49 yaş grubunda %65.8(52), 50-65 arasındakilerde %88.6(78) olarak belirlendi. Lojistik regresyon analizinde CFB için; üriner inkontinans (odds ratio (OR) 4.2, %95 confidence interval (CL) 1.3-13.6, p=0.014), bir işte çalışmama (OR 4.0, %95 Cl 2.0-7.9, P=0,000), depresyon (OR 2.6, %95 Cl 1.0-6.7, P=0.039) risk faktörleri olarak belirlendi. Beck Depresyon Ölçeği ile IFSF ölçeğinden alınan puanlar arasında negatif bir ilişki bulundu (r_s=-0.594; p=0.000).*

Sonuç: *40-65 yaş arasında bulunan kadınlarda CFB yaygındı. Araştırmada belirlenen risk faktörleri CFB'nun fiziksel, sosyal ve emosyonel yönleri olan bir sorun olduğunu göstermektedir.*

Anahtar sözcükler: *Kadın cinsel fonksiyon bozukluğu, prevalans, risk faktörleri, depresyon*

The Prevalence of Sexual Dysfunction and Depression and Other Factors Associated in Women 40 to 65 Years Old

ABSTRACT

Objectives: *The climacteric is a variable and complex period of bio-psycho-social changes that may alter sexual function. The aim of the study was to determine the prevalence, depression and other risk factors for sexual dysfunction in climacteric women 40 to 65 years old.*

Methods: *This descriptive study was realized in Kurtulus Family Health Center through October-February 2009 period in the center of Eskisehir. The study consisted of 269 women who willing and appropriate to sample rules from 348 women applied to Kurtulus Family Health Center. Data were collected by using a questionnaire prepared by the researchers, Beck Depression Inventory and Index of Female Sexual Function /IFSF.*

* ***Yrd.Doç.Dr****.Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu*
** ***Doç.Dr.*** *Eskişehir Büyükşehir Belediyesi Kadın Danışma ve Dayanışma Birimi*
*****Prof.Dr.** *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı*

Results: *The prevalence of sexual dysfunction (IFSF score ≤30) was 68.8 %(n=185). The prevalence of sexual dysfunction was 53.9 %(55) 40-44, 65.8%(52) in the ages of 45-49, 88.6%(78) in the ages of 50-65. Logistic regression analysis determined that urinary incontinence (odds ratio (OR) 4.2, %95 confidence interval (CL) 1.3-13.6, p=0.014), unemployment status (OR 4.0, %95 Cl 2.0-7.9, P=0,000), depression (OR 2.6, %95 Cl 1.0-6.7, P=0.039) determined as the risk factors for sexual dysfunction. The negative correlation was found between points of Beck Depression Inventory and Index of Female Sexual Function /IFSF (r_s=-0.594; p=0.000).*

Conclusion: *The sexual dysfunction was a common problem in women 40 to 65 years old. The risk factors were indicated that sexual dysfunction has multiple physical, social and emotional causes.*

Keywords: *Female sexual dysfunction, prevalence, risk factors, depression*

GİRİŞ VE AMAÇ

Kadın cinsel işlevi, yasam kalitesi için önemli bir bileşendir ve çeşitli fizyolojik, psikolojik ve sosyokültürel faktörler tarafından etkilenir (Cayan ve ark. 2004; Nobre ve Pinto-Gouveia 2006). Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) yayınladığı International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems'da (ICD–10) cinsel fonksiyon bozukluğu (CFB), bireyin umduğu cinsel ilişkiyi yaşayamaması durumu olarak tanımlanmaktadır**.**

Kadınlarda CFB sık görülen ve yaşlanma ile birlikte prevalans oranı artan bir sağlık problemidir. Biyolojik, psikolojik ve sosyal değişiklerin yaşandığı, bu değişiklikler nedeniyle cinsel fonksiyonun etkilenebildiği değişken ve kompleks bir süreç olan klimakteryum döneminde kadınlardaki CFB prevalans oranları; %14.8 ile %82.2 arasında değişmektedir (Peeyananjarassri, Liabsuetrakul, Soonthornpun, Choobun, Manopsilp 2008; Shifren, Monz, Russo, Segreti, Johannes 2008) Cinselliğin çoğunlukla toplumsal bir tabu olması kadınların şikâyetlerini rahatlıkla dile getirmelerini ve yardım almalarını olumsuz etkilemektedir (Güvel ve ark. 2003)

Kadın cinsel fonksiyon bozukluğunun etyolojisinde genetik yatkınlık dâhil çok sayıda biyolojik, bilişsel, emosyonel ve sosyal faktörler rol oynamaktadır. Menopozal geçiş döneminde östrojen seviyesindeki uzun süreli azalma sonucu; vajinada kuruluk ve somatik değişiklikler, vasküler ve ürogenital sistem değişiklikleri, kemik kaybı, duygu durum ve uyku bozuklukları, bilişsel fonksiyonlarda azalma ortaya çıkar. Bu değişikliklerle bağlantılı olarak kadınlar cinsel istek ve uyarılmada azalma, vajinal lubrikasyonun yetersizliğinden yakınırlar (Dennerstein, Lehert, Burger 2005). Yaşlanma ile birlikte sensorial algılama, santral ve periferik sinir iletimi, periferik kan akımı, vajinal ve klitoral nitrik oksit sentez ekspresyonu ve perine/vajina kaslarının yeterli gerilim oluşturabilme yeteneğinin östrojen eksikliğine bağlı olarak bozulması ile cinsel fonksiyonun diğer komponentleri de menopozdan etkilenmektedir. Yaşlanma ile birlikte artan kronik hastalıklar ve alınan ilaçlar kadında ki cinsel fonksiyonda azalmaya neden olmaktadır. **(**Gallicchio ve ark. 2007**).**

Kadınların cinselliğe yönelik inanış, tutum ve değer yargıları, motivasyonu ve psikolojik durumu da cinsel fonksiyonu olumlu ya da olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Partnerlerin davranış şekilleri ve toplumsal değerler kadın cinsel işlev bozukluğu oluşumu ve derecesini etkileyen faktörlerdir (Shifren ve ark. 2008). Menopoz döneminde ortaya çıkan fizyolojik, biyolojik ve sosyal değişiklikler bu dönemde depresyonun daha sık görülmesine neden olmaktadır. Depresyon ve anksiyetenin varlığı ve tedavisinde kullanılan ilaçlar da cinsel fonksiyonu olumsuz etkileyen etmenlerdendir (Angst 1998; Yangin, Sözer, Sengün, Kukulu 2008; Zemishlany ve Weizman 2008) Bu nedenlerle bağlantılı postmenopozal dönemdeki kadınlar erişkin dönemdekilerle kıyaslandığında 2.3 kez daha fazla cinsel fonksiyon bozukluğu (CFB) görülme riskine sahiptirler **(**Gracia, Freeman, Sammel, Lin, Mogul 2007**).**

Ülkemizde menopozun kadınların psikolojisi ve cinselliğini etkilemediği, kadınların rol, sorumluluk ve ilişkilerdeki değişim açısından menopozu olumsuz bir süreç olarak algılamadıklarını gösteren çalışmalar olduğu gibi menopozun yaşlılığın başlangıcı olduğu ve cinselliğin daha az önemsenmesi ve yaşanması gerektiğinin ifade edildiği araştırmalar da vardır (Aydemir, Yağcı, Gülseren 1999; Varma,

Karadağ, Oğuzhanoğlu, Özdel, Kökten 2006). Bu tanımlayıcı çalışma; 40–65 yaş grubu kadınlarda CFB görülme sıklığının, CFB ile depresyon ve diğer risk faktörlerinin ilişkisinin belirlenmesi amacıyla planlanmıştır.

YÖNTEM

Çalışma 1 Ekim- 29 Şubat tarihleri arasında Eskişehir'de bulunan Kurtuluş Aile Sağlığı Merkezinde yapıldı. Bu merkeze başvuran 348 kadından araştırmaya katılmayı kabul eden ve örneklem seçme kriterlerine uyan 269 kadın çalışma grubunu oluşturdu. Örneklem grubuna evli, son bir aydır aktif cinsel yaşamı olan ve gebe olmayanlar alındı. 348 kadının 63'ü araştırmaya katılmayı kabul etmediği, 15 kadın son bir ayda cinsel yönden aktif olmadığını ifade ettiği, 1 kadın da gebe olduğu gerekçesiyle toplam 79 kişi araştırma grubuna dâhil edilmedi.

Verilerin toplanmasında üç ayrı form kullanıldı. Araştırmacılar tarafından geliştirilen soru formu ile kadınların sosyo-demografik, obstetrik-jinekolojik özellikleri belirlendi. Son bir yıldır menstruel kanaması olmayan kadınlar menopozda kabul edildi. Ayrıca sigara içme alışkanlığı, hekim tarafından tanı koyulmuş kronik hastalık durumu, sürekli kullanmak zorunda olduğu ilaç, üriner inkontinans, üriner ve genital sistem enfeksiyon varlığı sorgulandı. Kadınlarda üriner inkontinans varlığı "istemsiz idrar kaçırma şikâyetiniz var mı? Sorusuyla subjektif olarak belirlendi. Üriner sistem enfeksiyonunun subjektif belirlenmesinde "idrar yaparken ağrı, yanma ve sık idrara çıkma şikâyetinin varlığı" soruldu. Genital sistem enfeksiyonu ise "normalden farklı kokulu akıntı, dış üreme organlarında kaşıntı, yanma ve cinsel ilişki sırasında ağrı şikâyetinin varlığı" ile belirlendi.

Depresyon açısından riskli grubu belirlemek için Beck tarafından 1961 yılında geliştirilen, 1978 yılında tekrar düzenlemesi yapılan Beck Depresyon Ölçeği kullanıldı. Ölçekte yer alan her bir ifade için puanlaması 0 ile 3 arasında değişen dört farklı yanıt seçeneği bulunmaktadır. 21 maddeden oluşan, toplam puanı 0-63 arasında değişen ölçeğin amacı depresyonun derecesini objektif olarak sayılarla ifade etmektir. Depresyon tanısı koymak için kullanılmamaktadır. Ölçeğin kesme puanı, Beck ve Beamesderfer (1974) tarafından toplum tabanlı çalışmalarda 13, klinik araştırmalarda 21 olarak belirlenmiştir. Bu çalışmada da kesme puanı 13 olarak alındı. Ölçeğin Türkçe çevirisinin geçerlilik güvenirlik çalışmasını yapan Teğin ve Hisli, test-retest güvenirlik katsayısını 0,65, iki-yarım test güvenirliği katsayısını öğrenci grubu için 0.78, depresif hastalar için 0.61 olarak bulmuştur (Hisli 1988; Tegin 1980).

Kadınların cinsel fonksiyon durumlarını değerlendirmek için Kadın Cinsel Fonksiyon Sorgulama İndeksi (Index of Female Sexual Function/IFSF) kullanıldı. Kaplan ve arkadaşları tarafından geliştirilen, Türk Androloji Derneği tarafından onaylanan bu ölçek; ülkemizde ve yurt dışı platformlarda kabul görmüştür. Kadının son bir aylık dönemdeki cinsel fonksiyon durumu sorgulanmaktadır.

Türkçe güvenilirlik ve geçerlilik çalışması Yılmaz ve Eryılmaz tarafından 2004 yılında yapılmış, Cronbach's Alpha güvenilirlik katsayısı değeri 0.82 olarak belirlenmiştir (Yılmaz ve Eryılmaz 2009). Dokuz sorudan oluşan IFSF'de kadın cinsel fonksiyonu; cinsel ilişkide rahatsızlık, lubrikasyon, cinsel ilişki sıklığı, cinsel istek, cinsel ilişki tatmini, orgazmik fonksiyon ve klitoral duyarlılık olmak üzere altı alt başlıkta değerlendirilmektedir. Negatif olarak puanlanan indekste en yüksek toplam skor 45'tir (Aralık 5 ten 45'e kadar). Türkiye'de CFB için ölçeğin kesin skor eşik değeri belirlenmiş olmamakla birlikte total skorun ≤30 olması CFB'nun varlığı şeklinde yorumlanmaktadır (Erol B ve ark.2002).

Araştırmanın uygulanabilmesi için İl Sağlık Müdürlüğü'nden resmi izin alındı. Kadınlara araştırma ve kullanılan formlarla ilgili gerekli açıklamalar yapıldı ve araştırmaya katılmayı kabul edenlere bilgilendirilmiş onam formu imzalatıldı. Kadınlar verilerin toplanmasında kullanılan formları doldurabilmeleri için aile sağlığı merkezinde yalnız kalabilecekleri bir odaya alındı. Formların doldurulması için gereken süre ortalama 15 dakikaydı.

Verilerin istatistik analizi Statistical Package for Social Sciences 15.0 for Windows istatistik paket programında yapıldı. Verilerin değerlendirilmesinde; yüzdelik sayılar hesaplaması, Pearson Chi-Square ve Fisher's Exact testi, lojistik regresyon analizi, Pearson korelasyon analizi kullanıldı.

BULGULAR

Çalışma grubunu oluşturan toplam 269 kadının yaş ortalaması 48.02±6.99 olup, 40-65 arasında değişmektedir. Kadınların 102'si (%37.9) 40-44, 79'u (%29.4) 45-49 ve 88'i (%32.7) ise 50 ve üzeri yaş grubunda idi. Eşlerinin yaş ortalaması 51.32±7.56 olup, 39-80 arasında değişmekteydi. Eşlerden 53'ü (%19.7) 40-44, 69'u (%25.7) 45-49 ve 147'si (%54.6) ise 50 ve üzeri yaş grubunda idi.

Çalışma grubunda okur yazar olmayan 17 (%6.3), okuryazar 21 (%7.8), ilkokul mezunu 122 (%45.4), ortaokul mezunu 36 (%13.4), lise mezunu 42 (%15.6) ve üniversite mezunu 31 (%11.5) kişi vardı. Eşlerden okur yazar olmayan 3 (%1.1), okuryazar 8 (%3.0), ilkokul mezunu 88 (%32.7), ortaokul mezunu 48 (%17.8), lise mezunu 72 (%26.8) ve üniversite mezunu 50 (%18.6) kişi idi.

Kadınlardan 185'i (%68.8) ev hanımı olduğu için çalışmıyordu. Çalışanlardan 42'si (%50.0) memur, 23'ü (%27.4) işçi ve 19'u (%22.6) ise esnaflık yapıyordu. Eşlerden 22'si (%8.2) işi olmadığından çalışmıyordu. Çalışanların 70'i (%28.3) memur, 109'u (%44.1) işçi ve 68'i (%27.6) esnaf idi.

Kadınlardan 30'u (%11.2) herhangi bir sosyal güvenceden yoksundu. Aile gelir durumunu kötü olarak tanımlayanlar 83 (%30.9), orta düzeyde tanımlayanlar 163 (%60.6) ve iyi olarak tanımlayanlar ise 23 (%8.6) kişi idi. Çalışma grubundakilerin 227'si (%84.4) çekirdek tipi aile yapısına sahipti.

Çalışmamızda CFB görülme sıklığı %68.8 (n=185) olarak bulundu. Çalışma grubunda CFB saptanan ve saptanamayan kadınların bazı sosyodemografik özelliklere göre dağılımı Tablo 1'de verilmiştir.Yaş, eş yaşı, öğrenim durumu, eşin öğrenim durumu, çalışma ve sosyal güvence durumu ile CFB görülmesi arasında ileri derece anlamlı ilişki olduğu belirlendi. CFB görülmesi ile eşin çalışma durumu ve ailenin gelir düzeyi arasında anlamlı ilişki varken aile tipi ile arasında anlamlı ilişki olmadığı saptandı.

Tablo 1. Kadınların CFB Durumlarına Göre Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı

SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER	**CINSEL FONKSIYON BOZUKLUĞU**			**İSTATİSTİK ANALİZ**
	Var n (%)*	**Yok n (%)***	**Toplam n (%)****	**X^2; P**
Kadının yaş grubu				
40-44	55 (53.9)	47 (46.1)	102 (37.9)	**26.964; 0.000**
45-49	52 (65.8)	27 (34.2)	79 (29.4)	
50 and over	78 (88.6)	10 (11.4)	88 (32.7)	
Eşinin yaş grubu				
39-44	26 (49.1)	27 (50.9)	53 (19.7)	**23.496; 0.000**
45-49	40 (58.0)	29 (42.0)	69 (25.7)	
50 and over	119 (81.0)	28 (19.0)	147 (54.6)	

ÖĞRENİM DURUMU				
İlkokul ve altı	131 (81.9)	29 (18.1)	160 (59.5)	**33.928; 0.000**
Ortaokul-lise	42 (53.8)	36 (46.2)	78 (29.0)	
Yüksekokul	12 (38.7)	19 (61.3)	31 (11.5)	
Eşinin öğrenim durumu				
İlkokul ve altı	84 (84.8)	15 (15.2)	99 (36.8)	**31.278; 0.000**
Ortaokul-lise	81 (67.5)	39 (32.5)	120 (44.6)	
Yüksekokul	20 (40.0)	30 (60.0)	50 (18.6)	
Çalışma durumu				
Çalışıyor	40 (47.6)	44 (52.4)	84 (31.2)	**24.039; 0.000**
Çalışmıyor	145 (78.4)	40 (21.6)	185 (68.8)	
Eşinin çalışma durumu				
Çalışıyor	165 (66.8)	82 (33.2)	247 (91.8)	**4.402; 0.036**
Çalışmıyor	20 (90.9)	2 (9.1)	22 (8.2)	
Sosyal güvencesi				
Yes	156 (65.3)	83 (34.7)	239 (88.8)	**10.815; 0.001**
No	29 (96.7)	1 (3.3)	30 (11.2)	
Aile gelir durumu				
İyi	11 (47.8)	12 (52.2)	23 (8.6)	**12.450; 0.002**
Orta	106 (65.0)	57 (35.0)	163 (60.6)	
Kötü	68 (81.9)	15 (18.1)	83 (30.9)	
Aile tipi				
Çekirdek aile	151 (66.5)	76 (33.5)	227 (84.4)	2.798; 0.094
Geniş aile	34 (81.0)	8 (19.0)	42 (15.6)	
Toplam	**185 (68.6)**	**84 (31.2)**	**269 (100.0)**	

*Satır toplamına göre yüzdesi

**Sütun toplamına göre yüzdesi

Kadınların 171'i (%63.6) görücü usulü ile 98'i ise (%36.4) anlaşarak evlendiklerini ifade etti. İlk evlenme yaşı 13-38 arasında değişmekte olup, ortalama 20.15±3.30 yaş idi. Kadınlardan 89'unun (%33.1) evlenme yaşının 18 ve altı, 88'inin (%32.7) 19-20, 33'ünün (%12.3) 21-22, 33'ünün (%12.3) 23-24 ve 26'sının (%9.7) ise 25 ve üzeri yaş grubunda olduğu belirlendi. Çalışma grubundakilerin ortalama evlilik süresi 27.76±8.85 olup, 2-52 yıl arasında değişmektedir.

Evlilik süresi 19 ve daha az yıl olan 34 (%12.6), 20-24 yıl olan kadın sayısı 75 (%27.9), 25-29 yıl olan kadın sayısı 67 (%24.9), 30 ve üzeri yıl olanların sayısı ise 93 (%34.6) idi.

Grubun doğum sayısı 0-9 arasında değişmekte olup, ortalama doğum sayısı 2.90±1.64 idi. Doğum sayısı 0 olanlar 5 kişi (%1.9), 1 olanlar 43 kişi (%16.0), 2-3 olanlar 148 kişi (%55), 4 ve daha fazla olanlar ise 73 kişi (%27.1) idi. Doğum yapanların 194'ü (%73.5) normal vajinal doğum, 34'ü (%12.9) sezeryan seksiyo, 36'sı (%13.6) ise normal vajinal+sezaryen seksiyo ile doğum yaptıklarını bildirdi. Normal vajinal doğum yapanların sayısı 194 (%73.5), sezaryen seksiyo ile doğum yapanların sayısı ise 70 (%26.5) idi.

Kadınlardan 125'i (%46.5) menopoza girdiğini ifade etti. Menopoza girenlerin 58'i (%46.4) 4 yıl ve daha az, 33'ü (%12.3) 5-9 yıl, 34'ü (%12.6) ise 10 ve daha fazla yıldır menopozda olduğunu bildirdi. CFB saptanan ve saptanamayan kadınların evlilik, doğum ve menopoz ile ilgili bazı özellikleri Tablo 2'de verilmiştir. Evlilik şekli, ilk evlenme yaşı, evlilik süresi, doğum sayısı, menopoza girme ile CFB görülmesi arasındaki ilişki ileri derece anlamlı, doğum şekli ile anlamlı idi. Çalışma grubunda menopoz süresi CFB ile ilişkili bulunmadı.

Tablo 2. CFB saptanan ve saptanamayan kadınların evlilik, doğum ve menopoz ile ilgili bazı özellikleri

DEĞİŞKENLER	CINSEL FONKSIYON BOZUKLUĞU			İSTATİSTİK ANALİZ
	Var n (%)*	Yok n (%)*	Toplam n (%)**	X^2; P
Evlilik şekli				
Görücü usulü ile	137 (80.1)	34 (19.9)	171 (63.6)	**28.125; 0.000**
Anlaşarak	48 (49.0)	50 (51.0)	98 (36.4)	
İlk evlenme yaşı				
≤18	78 (87.6)	11 (12.4)	89 (33.1)	**37.314; 0.000**
19-20	61 (69.3)	27 (30.7)	88 (32.7)	
21-22	22 (66.7)	11 (33.3)	33 (12.3)	
23-24	15 (45.5)	18 (54.5)	33 (12.3)	
25 and over	9 (34.6)	17 (65.4)	26 (9.7)	
Evlilik süresi (yıl)				
≤19	17 (50.0)	17 (50.0)	34 (12.6)	**37.872; 0.000**
20-24	39 (52.0)	36 (48.0)	75 (27.9)	
25-29	44 (65.7)	23 (34.3)	67 (24.9)	
30 and over	85 (91.4)	8 (8.6)	93 (34.6)	

DOĞUM SAYISI				
0	3 (60.0)	2 (40.0)	5 (1.9)	**24.868; 0.000**
1	27 (62.8)	16 (37.2)	43 (16.0)	
2-3	88 (59.5)	60 (40.5)	148 (55.0)	
4 ve üzeri	67 (91.8)	6 (8.2)	73 (27.1)	
Doğum şekli				
Normal Vaginal doğum	143 (73.7)	51 (26.3)	194 (73.5)	**7.782; 0.020**
Sezaryen seksiyo ile	19 (55.9)	15 (44.1)	34 (12.9)	
Normal Vaginal doğum+Sezaryen	20 (55.6)	16 (44.4)	36 (13.6)	
Menopoz				
Evet	105 (84.0)	20 (16.0)	125 (46.5)	**25.210; 0.000**
Hayır	80 (55.6)	64 (44.4)	144 (53.5)	
Menopoz süresi (yıl)				
≤4	44 (75.9)	14 (24.1)	58 (46.4)	5.333; 0.069
5-9	30 (90.9)	3 (9.1)	33 (26.4)	
10 yıl ve üzeri	31 (91.2)	3 (8.8)	34 (27.2)	
Toplam	**185 (68.8)**	**84 (31.2)**	**269 (100.0)**	

*Satır toplamına göre yüzdesi

**Sütun toplamına göre yüzdesi

Kadınlarda sigara içme sıklığı %32.7 (n=88) olarak saptandı. Sürekli ilaç kullanmayı gerektiren herhangi bir kronik hastalık öyküsü olan kadın sayısı 71 (%26.4) idi. Hastalıklardan 20'si (%28.2) hipertansiyon, 4'ü (%5.6) guatr, 14'ü (%19.7) diabetes mellitus, 2'si (%2.8) astım bronşiyale, 1'i (%1.4) osteoporoz, 1'i (%1.4) romatizmal hastalık, 5'i (%7.0) kardiyovasküler hastalık, 1'i (%1.4) pelvik inflamatuvar hastalık, 2'si (%2.8) anemi ve 21'i (%29.5) ise diğer veya belirtilmemiş hastalıklardır.

Bu çalışmada depresyon şüphesi bulunanların oranı %32.3 (n=87) olarak saptandı. Çalışma grubundakilerden 109'u (%40.5) üriner sistem enfeksiyonu, 92'si (%34.2) ise genital enfeksiyon şikayetlerine sahipti. Üriner inkontinans görülen kadın sayısı 74 (%27.5), cinsel ilişki sırasında üriner inkontinans öyküsü olan kadın sayısı ise 19 (%7.1) idi. CFB saptanan ve saptanamayan kadınların sigara, kronik hastalık, depresyon ve genitoüriner sistem yakınmaları ile ilgili bazı özellikleri Tablo 3'de verilmiştir. Sürekli ilaç kullanmayı gerektiren herhangi bir kronik hastalık varlığı, üriner ve genital sistem enfeksiyonu, depresyon düzeyi, üriner inkontinans varlığı ile CFB arasındaki ilişki ileri derecede anlamlı bulundu. Sigara içme ve cinsel ilişki sırasında inkontinans öyküsü CFB durumu ile ilişkili değildi.

Tablo 3. CFB saptanan ve saptanamayan kadınların sigara, kronik hastalık, depresyon düzeyi ve genitoüriner sistem yakınmaları ile ilgili bazı özellikleri

DEĞİŞKENLER	CINSEL FONKSIYON BOZUKLUĞU			İSTATİSTİK ANALİZ X^2; P
	Var n (%)*	Yok n (%)*	Toplam n (%)**	
Sigara içme				
Evet	54 (61.4)	34 (38.6)	88 (32.7)	2.850; 0.091
Hayır	131 (72.4)	50 (27.6)	181 (67.3)	
İlaç kullanımını gerektiren kronik hastalık varlığı				
Evet	60 (84.5)	11 (15.5)	71 (26.4)	**10.146; 0.001**
Hayır	125 (63.1)	73 (36.9)	198 (73.6)	
Depresyon şüphesi				
Evet	75 (86.2)	12 (13.8)	87 (32.3)	**17.018; 0.000**
Hayır	110 (60.4)	72 (39.6)	182 (67.7)	
Üriner sistem enfeksiyonu				
Evet	97 (89.0)	12 (11.0)	109 (40.5)	**34.880; 0.000**
Hayır	88 (55.0)	72 (45.0)	160 (59.5)	
Genital organ enfeksiyonu				
Evet	75 (81.5)	17 (18.5)	92 (34.2)	**9.698; 0.002**
Hayır	110 (62.1)	67 (37.9)	177 (65.8)	
Üriner inkontinans varlığı				
Evet	69 (93.2)	5 (6.8)	74 (27.5)	**26.912; 0.000**
Hayır	116 (59.5)	79 (40.5)	195 (72.5)	
Cinsel ilişki sırasında üriner inkontinans öyküsü				
Evet	17 (89.5)	2 (10.5)	19 (7.1)	3.108; 0.078
Hayır	168 (67.2)	82 (32.8)	250 (92.9)	
Toplam	**185 (68.8)**	**84 (31.2)**	**269 (100.0)**	

*Satır toplamına göre yüzdesi

**Sütun toplamına göre yüzdesi

CFB ile ilişkili olduğu düşünülen bazı değişkenlerle (yaş grubu, öğrenim durumu, çalışma durumu, sosyal güvence, aile gelir durumu, evlilik süresi, doğum sayısı, menopoz durumu, sigara, sürekli ilaç kullanmayı gerektiren bir konik hastalık varlığı, depresyon şüphesi ve üriner inkontinans öyküsü) oluşturulan Lojistik Regresyon Analizi sonuçları Tablo 4'de verilmiştir. CFB görülme sıklığı; çalışmayanlarda çalışanlara göre 4.034 kez, menopoza girenlerde girmeyenlere göre 2.033 kez, depresyon şüphesi olanlarda olmayanlara oranla 2.662 kez, üriner inkontinansı olanlarda olmayanlara göre 4.290 kez daha sık görülmekteydi.

Tablo 4. CFB ile ilişkili olduğu düşünülen bazı değişkenlerle oluşturulan lojistik regresyon analiz sonuçları *(step 9)*

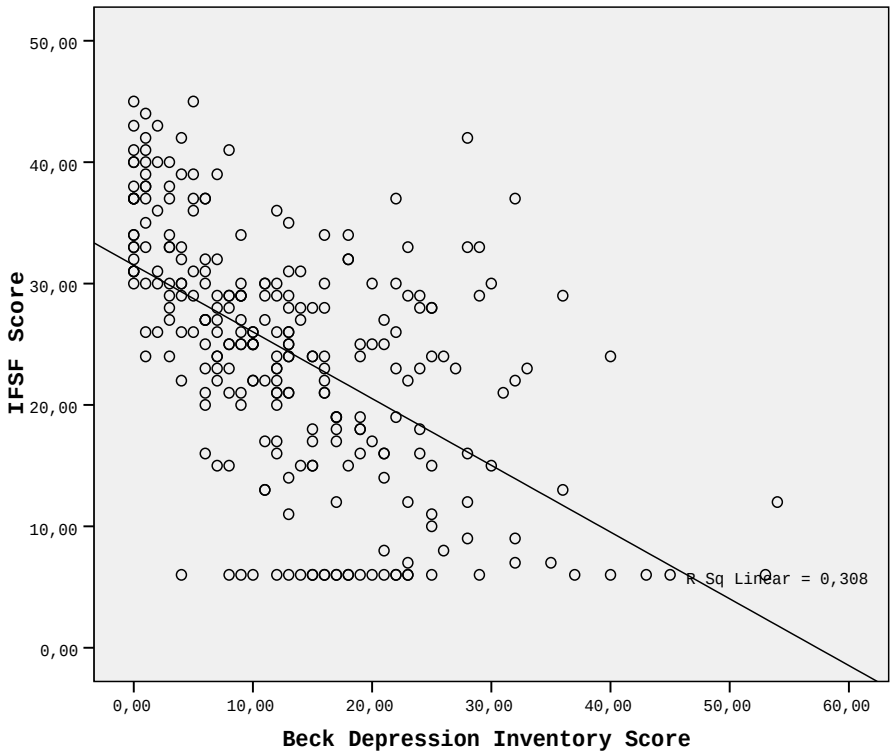
DEĞİŞKENLER	**ß**	**SE[A]**	**P**	**OR[B]**	**%95 CI[C]**
Constant	-0.911	0.296	0.002		
Çalışma durumu (reference: çalışıyor**)**					
Çalışmıyor	1.395	0.346	**0.000**	4.034	2.048-7.947
Menopoz (refence: yok)					
Var	0.710	0.368	0.054	2.033	0.989-4.179
Depresyon (reference: yok)					
Var	0.979	0.474	**0.039**	2.662	1.051-6.739
Üriner inkontinans varlığı (reference: yok)					
Var	1.456	0.590	**0.014**	4.290	1.350-13.634

SE[a]: Standard hata, OR[b] : Odd's ratio, CI[c]: Confidence interval

(Hosmer and Lemeshow Test: X^2=2.919, df=6; p=0.819)

Çalışma grubundakilerin Beck Depresyon Ölçeğinden aldıkları puanlar 0-54 arasında değişmekte olup, ortalama 13.28±10.20 puan idi. IFSF ölçeğinden aldıklar puanlar ise 6-45 arasında değişmekte olup, ortalama 24.22±10.11 puandır. Beck Depresyon Ölçeği ile IFSF ölçeğinden alınan puanlar arasında önemli negatif bir ilişki bulundu (r_s=-0.594; p=0.000) **(Grafik 1**). Ölçeklerden elde edilen puanlara göre depresyonu derecesi arttıkça CFB görülme riski artmakta idi.

Grafik 1. Beck Depresyon Ölçeği puanları ve IFSF ölçek puanlarının serpilme diyagramı



TARTIŞMA

40-65 yaş arasındaki kadınlardan oluşan araştırma grubunda CFB prevalansı yüksekti (%68.8; n=185) (Tablo 1). Ülkemizde yapılan çalışmalarda kadınlarda CFB oranı araştırma bulgumuza benzer oranlarda belirlenmiştir. Cayan ve arkadaşlarının 38-67 yaş grubu kadınlardaki çalışmasında CFB prevalansı %70.76, Oksüz ve arkadaşlarının 46-55 yaş grubu kadınlardaki çalışmasındaysa CFB prevalansı %67,9 olarak belirlenmiştir (Cayan ve ark 2004; Oksuz ve Malhan 2006). Türkiye'de yapılan başka bir çalışmadaysa CFB prevalansı 40-49 yaş grubundaki kadınlarda %50.2, 50-59 yaş grubundaki kadınlarda %71.3, 60-64 yaş grubundaki kadınlarda 82.9% olarak saptanmıştır (Aslan, Beji, Gungor, Kadioglu, Dikencik 2008).

29 ülkede 40-80 yaşları arasında bulunan 27500 kadın ve erkekte yapılan çalışmada kadınların yaklaşık yarısında CFB görüldüğü belirlenmiştir (Moreira 2005). CFB prevalansı Japonya'da 60 yaş üstü kadınlarda %57.9, Şili'de 40-44 yaş grubunda %22, 60-64 yaş grubunda %66 olarak rapor edilmektedir (Castelo-Branco, Blumel, Araya 2003; Hisasue ve ark. 2005). Yine Şili'de klimakterik dönemde olan 40-59 yaş grubundaki kadınlarda FSFI kullanılarak yapılan başka bir çalışmadaysa CFB prevalansı %57 olarak tespit edilmiştir (Jara ve ark. 2009). Amerika'da 45 -64 yaş grubundaki prevalans oranı daha düşük %14.8 olarak saptanmıştır (Shifren ve ark 2008). Bu oranlar bizim bulduğumuz değerle karşılaştırıldığında daha düşük kalmaktadır. CFB prevalansı Tayland'ta 45-55 yaş grubu kadınlarda %82.2, Hindistan'da 40 yaş üstü bayanlarda %80,5 olarak bulunmuştur. (Singh, Tharyan, Kekre, Singh, Gopalakrishnan 2009; Peeyananjarassri ve ark. 2008). Bu oranlarsa araştırma bulgumuzdan daha yüksek değerlerdir. Benzer yaş gruplarında farklı değerlerin saptanması; CFB tanımlanması, araştırma metodolojilerindeki, çalışmanın yapıldığı toplumların cinsellikle ilgili sosyo- kültürel yapı ve değerlerindeki farklılıklarla açıklanabilir.

Yaş kadın CFB üzerine etkisi olan en önemli faktör olarak tanımlanmaktadır. İlerleyen yaşla birlikte doku ve organlardaki işlevsel kapasitenin azalması, doğum sayısının artması ve hormonal değişiklikler genç yaştakilerle karşılaştırıldığında ileri yaştaki kadınlarda CFB'nun ortaya çıkışına neden olabilmektedir (Salonia ve Zanni 2004). Literatür Kadın CFB sıklığının yaşla birlikte

arttığını ortaya koymaktadır (Aslan ve ark 2008; Castelo-Branco, Blumel, Araya 2003; Cayan ve ark. 2004; Hisasue ve ark. 2005, Shifren ve ark. 2008, Singh ve ark. 2009). Araştırma grubunda literatüre uygun olarak CFB sıklığı yaşla birlikte artış göstermiştir (Tablo 1).

Kadınların öğrenim düzeyi arttıkça CFB görülme sıklığı azalmakta idi (Tablo 1). Ülkemizde Aslan ve Cayan'ın çalışmalarında bulgularımız paralelinde öğrenim düzeyi düşük olan kadınlarda CFB'un daha sık görüldüğü rapor etmişlerdir (Aslan ve ark. 2008; Cayan ve ark 2004) Diğer ülkelerden de bulgumuz ile paralel sonuç elde eden çalışmalar vardır (Laumann, Paik, Rosen 1999; Singh ve ark. 2009). Güvel ve ark (2003) çalışmalarında öğrenim düzeyini CFB görülme durumu ile ilişkili bulmamıştır. Nijerya'da yapılan bir çalışmadaysa öğrenim düzeyi yüksek olanlarda CFB daha fazla bulunmuştur (Fajewonyomi, Orji, Adeyemo 2007. Kendisi ve eşi çalışmayan kadınlarda çalışanlara göre CFB önemli oranda daha sık görülmekteydi (Tablo 1). Cayan ve ark. (2004) araştırmalarında bulgumuzla uyumlu olarak çalışmayan kadınlarda CFB sıklığını daha yüksek bulmuşlardır. Bu sonuç çalışmayan kadın grubunun yaş ortalamasının daha yüksek olması, eğitim düzeyinin daha düşük oluşu gibi faktörlerin etkileriyle açıklanabilir.

Geçim sıkıntısı yaşama ve ekonomik güçlüklere bağlı cinsel sağlık olumsuz etkilenebilmektedir. Çalışma grubunda ailenin gelir düzeyi düştükçe CFB görülme sıklığı artmıştır (Tablo 1).. Hindistan'da yapılan çalışmanın bulgusu sonucumuzla uyumludur (Singh ve ark. 2009). Kalabalık ailede yaşamanın eşlerin cinsel yaşamlarında kısıtlamalara yol açabileceğini bunun da cinsel fonksiyonu olumsuz etkileyebileceğini düşünerek aile tipinin CFB'daki etkisini araştırdık. Bulgulara göre; geniş aileye sahip olanlarda çekirdek ailede yaşayanlara oranla CFB daha sıktı. Ancak bu fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı. Singh'in çalışmasında da aile tipi cinsel fonksiyonla ilişkili bulunmamıştır (Singh ve ark. 2009).

CFB saptanan ve saptanamayan kadınların evlilik, doğum ve menopoz ile ilgili bazı özellikleri Tablo 2'de verilmiştir. Evlilik ile ilgili özellikler CFB için önemli risk faktörleri olarak belirlendi. Görücü usulü ile evlenme anlaşarak evlenmeye göre CFB için önemli bir risk faktörü idi. Görücü usulü ile evlenmede bireylerin eş seçiminde inisiyatifleri bulunmadığı için bu tip evliliklerde eşler arasında uyumsuzluğun daha fazla yaşanabileceği bunun da cinsel sorunları artırabileceği düşünülmektedir. İlk evliliğin yapıldığı yaş arttıkça CFB görülme oranı anlamlı şekilde düşmekte, evlilik süresi arttıkça da artmaktaydı. Cayan ve ark.(2004) çalışma bulgularında evlilik süresinin CFB görülme sıklığını etkilemediğini saptamışlardır. Araştırma sonucumuza benzer bir şekilde evlilik süresi uzadıkça CFB sıklığının arttığını bulan araştırma sonuçları vardır. (Güvel ve ark. 2003; Singh ve ark. 2009). Bu sonuç değerlendirilirken evlilik süresinin uzamasıyla ileri yaş, menopoz gibi faktörlerinde sonuca etki edebileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

Doğum sayısı 0 ile 3 arasında olanlarda CFB görülme oranı arasında fark yokken 4 ve üzeri olanlarda anlamlı şekilde yükselmektedir. Multipariteyi CFB için önemli bir risk faktörü olarak saptayan araştırma sonuçları vardır. (Cayan ve ark. 2004; Safarinejad 2006). Ülkemizde yapılan Güvel'in çalışmasında parite CFB görülme durumu ile ilişkili bulunmamıştır (Güvel ve ark. 2003). Doğum şekillerinin etkisi incelendiğinde normal vajinal doğum yapanlarda sezaryen seksiyo ile doğum yapanlara göre CFB görülme sıklığı fazlaydı. Bu sonuç üzerinde yaş faktörünün etkisi göz önünde bulundurulmalıdır. Çünkü araştırma grubumuzda ileri yaştaki kadınlarda vajinal doğum yapma oranı daha yüksekti.

Klimakterik dönemde over foksiyonlarındaki azalmaya bağlı hormonal denge değişmekte östrojen ve testesteron düzeylerinin azalmasıyla ortaya çıkan değişiklikler CFB'a neden olabilmektedir (Dennerstein ve ark. 2005; Gallicchio 2007). Araştırma bulgumuza göre menopoz CFB için önemli bir risk faktörü olarak saptandı. Literatür araştırma sonucumuzla uyumludur (Aslan ve ark. 2008; Cayan ve ark. 2004, Oksüz&Malhan 2006; Safarinejad 2006). Çalışma grubunda menopoz süresi CFB ile ilişkili bulunmadı.

Çalışma grubundaki kadınların %26.4'ünün kronik hastalığı mevcuttu. Bu hastalıklar içinde en yaygın olanları hipertansiyon, tiroit bezi hastalıkları ve diabetes mellitüstü. Sürekli ilaç kullanmayı gerektiren herhangi bir kronik hastalık varlığı CFB için önemli bir risk faktörü olarak bulundu (Tablo 3). Cayan ve ark. (2004), Safarinejad (2006) araştırmalarında benzer sonuç elde

etmişlerdir. Üriner ve genital sistem enfeksiyonu kadınlarda yaygın olarak saptandı. Her iki durumun varlığı da CFB için önemli oranda risk oluşturmaktaydı. Bu durumun; her iki hastalık durumunda görülen belirtilerin cinsel fonksiyon üzerine olumsuz etkisiyle ilgili olduğu düşünülmektedir.

Depresyonda yaşanan ilgi kaybı, enerji azalması, düşük benlik saygısı, hayattan zevk alamama, iritabilite ve sosyal izolasyon kişiler arası ilişkilerin şekline ve sürekliliğine zarar verebilmektedir. Bu semptomların varlığı kişilerin cinsel yaşamı ve ilişkilerine de zarar verebilmekte, CFB'a neden olabilmektedir. Epidemiyolojik ve klinik çalışmalar tedavi almayan hastalarda dâhil olmak üzere depresyonun cinsel fonksiyon ve doyum üzerine olumsuz etkisini göstermektedir. Depresyon tedavisinde kullanılan ilaçların CFB'a neden olduğu rapor edilmektedir. Depresyon tanısı konulup tedavi uygulananlar ile uygulanmayanların ve depresyonu bulunmayan grubun karşılaştırıldığı bir çalışmada en fazla cinsel problemi olan grup depresyon tedavisi alan grup olarak belirlenmiştir (Angst 1998). Araştırmada depresyon şüphesi olanların oranı %32.3 olarak belirlendi (Tablo 3). Depresyon CFB için bağımsız bir risk faktörü olarak bulundu (Tablo 4). Depresyon belirtisi olanlarda olmayanlara oranla CFB görülme sıklığı anlamlı şekilde yüksekti. Ölçeklerden elde edilen puanlar arasında anlamlı düzeyde negatif korelasyon belirlendi. Buna göre depresyonun derecesi arttıkça CFB görülme riski de artmakta idi (Grafik 1). Bu sonuçlar Türkiye'de ve diğer ülkelerdeki kadınlarda yapılan araştırma bulgularıyla uyumludur (Aslan ve ark. 2008; Gallicchio ve ark. 2007; Yangin ve ark. 2008). 45-55 yaşları arasındaki Avustralya kadınları arasında yapılan bir çalışmada da yüksek depresyon skorları tespit edilen kadınlarda CFB prevalansının yüksek olduğu belirlenmiştir (Dennerstein ve ark. 2008).

Üriner inkontinansın kadın cinsel fonksiyonları üzerine olumsuz etkisi olduğu ve bu hasta grubunda seksüel disfonksiyon sıklığının % 26 ile %43 arasında değiştiği bildirilmiştir (Hansen 2004; Salonia ve Giuseppe 2004; Sen ve ark. 2006). Bizim çalışmamızda da kadınlarda üriner inkontinans varlığı CFB için bağımsız bir risk faktörü olarak saptandı (Tablo 4). Koitus sırasında inkontinans öyküsü CFB durumu ile ilişkili bulunmadı (Tablo 3).

Sigara içme CFB durumu ile ilişkili bulunmadı (Tablo 3). Cayan'ın araştırmasında bulgumuzla uyumlu olarak sigara ile CFB arasında ilişki bulunmamıştır (Cayan ve ark. 2004). Oksüz&Malhan'ın çalışmasında (2006) sigara içme CFB için risk faktörü olarak saptanmıştır.

SONUÇ

40-65 yaş arasında bulunan kadınlarda CFB yaygındı CFB görülme sıklığı; çalışmayanlarda çalışanlara göre 4.034 kez, menopoza girenlerde girmeyenlere göre 2.033 kez, depresyon şüphesi olanlarda olmayanlara oranla 2.662 kez, üriner inkontinansı olanlarda olmayanlara göre 4.290 kez daha sık görülmekteydi. Araştırmada belirlenen risk faktörleri CFB'nun fiziksel, sosyal ve emosyonel yönleri olan bir sorun olduğunu göstermektedir.

KAYNAKLAR

Angst J (1998). Sexual problems in healthy and depressed patients. Int Clin Psychopharmacol, 13 (Suppl 6): S1–3.

Aslan E, Beji NK, Gungor I, Kadioglu A, Dikencik BK (2008). Prevalence and risk factors for low sexual function in women: a study of 1,009 women in an outpatient clinic of a university hospital in Istanbul. J Sex Med, 5: 2044-52.

Aydemir Ö, Yağcı E, Gülseren L ve Ark. (1999) . "Menopoz döneminde anksiyete ve depresyon". Türk Psikiyatri Dergisi. 10, 268- 274.

Castelo-Branco C, Blumel JE, Araya H (2003*).* Prevalence of sexual dysfunction in a cohort of middle-aged women: influences of menopause and hormone replacement therapy. *J Obstet Gynaecol,* 23: 426 -30.

Cayan S, Akbay E, Bozlu M, Canpolat B, Acar D, Ulusoy E (2004);.The prevalence of female sexual dysfunction and potential risk factors that may impair sexual function in Turkish woman. Urol Int, 72(1): 52- 7.

Dennerstein L, Guthrie JR, Hayes RD, DeRogatis LR, Lehert P (2008). Sexual function, dysfunction, and sexual distress in a prospective, population-based sample of mid-aged, Australian-born women. J Sex Med., 5(10): 2291-9. Epub 2008 Jul 14.

Dennerstein L, Lehert P, Burger H (2005). The relative effects of hormones and relationship factors on sexual functioning of women through the natural menopausal transition. Fertil Steril, 84: 174-180.

Erol B, Tefekli A, Ozbey I, Salman F, Dincag N, Kadioglu A, Tellaloglu S (2002). Sexual dysfunction in type 2 diabetic females: a comparative study. J Sex Marital Ther, 28(suppl 1): 55-62.

Fajewonyomi BA, Orji EO, Adeyemo AO (2007). Sexual dysfunction among female patients of reproductive age in a hospital setting in Nigeria. J Health Popul Nutr, 25: 101-6.

Gallicchio L, Schilling C, Tomic D, Miller S.R, Zacur H, Flaws J.A (2007). Correlates of sexual functioning among mid-life. Climacteric, 10: 132-142.

Gracia CR, Freeman EW, Sammel MD, Lin H, Mogul M (2007). Hormones and sexuality during transition to menopause. Obstet Gynecol., 109(4):831-40.

Güvel S, Yaycıoğlu Ö, Bağış T. , Savaş N, Bulgan E, Özkardeş H (2003). Evli Kadınlarda Cinsel Fonksiyonlara Etkin Faktörler. Türk Üroloji Dergisi, 29(1): 43-48.

Hansen Bjarne Luhrn (2004). Lower Urinary Tract Symptoms (LUTS) and Sexual Function in Both Sexes. European Urology, 46 229–234.

Hisasue S, Kumamoto Y, Sato Y, Masumori N, Horita H, Kato R, Kobayashi K, Hashimoto K, Yamashita N, Itoh N (2005). Prevalence of female sexual dysfunction symptoms and its relationship to quality of life: a Japanese female cohort study. Urology, 65**:** 143–148. doi: 10.1016/j.urology

Hisli N (1988) Beck Depresyon Envanterinin geçerliği üzerine bir çalışma. Türk Psikoloji Dergisi, 6(22): 118-126.

Jara D, Fuenzalida A, Figueroa R, Prado M, Flore D, Blümel JE, Chedraui P (2009). Is the Menopause Rating Scale accurate for diagnosing sexual dysfunctionamong climacteric women? Maturitas, (62): 321–323.

Laumann EO, Paik A, Rosen RC (1999). Sexual dys-function in the United States: Prevalence and pre-dictors. JAMA, 281: 537-544.

Moreira ED, Brock G, Glasser DB, Nicolosi A, Laumann EO, Paik A, Wang T, Gingell C (2005). Help-seeking behavior for sexual problems: the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. Int J Clin Pract, 59: 6–16. doi: 10.1111/j.1742-1241.2005.00382.x.

Nobre PJ, Pinto-Gouveia J (2006). Emotions during sexual activity: differences between sexually functional and dysfunctional men and women. Arch Sex Behav, 35(4): 491-9.

Oksuz E, Malhan S (2006). Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction in Turkish women The Journal of Urology, 175(2): 654-8.

Peeyananjarassri K, Liabsuetrakul T, Soonthornpun K, Choobun T, Manopsilp P (2008). Sexual functioning in postmenopausal women not taking hormone therapy in the Gynecological and Menopause Clinic, Songklanagarind Hospital measured by Female Sexual Function Index questionnaire, 91(5): 625-32.

Safarinejad MR (2006). Female sexual dysfunction in a population-based study in Iran: prevalence and associated risk factors. Int J Impot Res,18: 382-95.

Salonia Andrea, Zanni Giuseppe (2004). Sexual dysfunction is common in women with lower urinary tract symptoms and urinary incontinence:Results of a cross-sectional study. European Urology, 45: 642–648.

Sen I, Onaran M, Aksakal N, Acar C, Tan MO, Acar A, Bozkirli I (2006). The impact of urinary incontinence on female sexual function. Adv Ther, 23(6): 999-1008.

Shifren JL, Monz BU, Russo PA, Segreti A, Johannes CB (2008). Sexual problems and distress in United States women: prevalence and correlates. Obstet Gynecol, 112(5):970-8.

Singh JC, Tharyan P, Kekre NS, Singh G, Gopalakrishnan G (2009). Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction in women attending a medical clinic in south India. Journal of Postgraduate MedicineYear, 55(2):113-120.

Tegin B (1980) Depresyonda bilişsel bozukluklar: Beck modeline göre bir inceleme. Yayınlanmamış doktora tezi. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

Varma GS, Karadağ F, Oğuzhanoğlu NK, Özdel O, Kökten S (2006). Doğal ve Cerrahi Menopozda Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri ile Cinsel Doyum Arasındaki İlişki. New/Yeni Symposium Journal, 44(4):182-88.

World Health Organization. ICD-10: Đnternational Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. Geneva: World Health Organization, 1992.

23. American Psychiatric Association. DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edn. Washington, DC: American Psychiatric Pres, 1994.

Yangin HB, Sözer GA, Sengün N, Kukulu K (2008). Maturitas. The relationship between depression and sexual function in menopause period, 20; 61(3): 233-7. Epub Oct 31.

Yılmaz C, Eryılmaz H. Kadın cinsel fonksiyon sorgulama indeksinin (IFSF) geçerlilik/güvenilirlik çalışması. Erişim:3.02.2009. http://www.androloji.org.tr/images/file/DID_8_kadin8_18.say%C4%B1.pdf

Zemishlany Z, Weizman A (2008). The impact of mental illness on sexual dysfunction.Wise T.N Edt. Sexual Dysfunction. Basel Karger 29:89 - 106.

İletişim Adresi:

Yrd.Doç.Dr.Nebahat Özerdoğan

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi

Sağlık Yüksekokulu

e-mail: nozerdogan@ogu.edu.tr

Tel:222 2292693