

# Kadın cinsel fonksiyon bozuklukları: 2018 güncelleme

## Female sexual function disorders: Updating 2018

Handan Özcan<sup>1</sup>, Nezihe Kızılkaya Beji<sup>2</sup>

### ÖZ

Kadın cinsel disfonksiyonu (KCD); cinsel istek bozukluğu, orgazm, uyarılma ve cinsel ağrı gibi problemlerin birkaçını ya da tamamını bir arada bulunduran, psikoseksüel hastalıklar topluluğudur. Önceden beş tane olarak tanımlanan KCD, DSM-5'te sadeleştirilmiş ve üç ana başlık altında toplanmıştır. Kadın hipoaktif cinsel istek ve uyarılma disfonksiyonu, kadın cinsel ilgi/uyarılma bozukluğu olarak tek bir başlıkta birleştirilmiştir. Önceden ayrı olan dispareuni ve vajinismus, genitopelvik ağrı / penetrasyon bozukluğu olarak adlandırılmıştır. Kadın orgazm bozukluğu bir kategori olarak kalmış ve değiştirilmemiştir. Şikâyetlerin erken dönemde saptanması, kadınların fiziksel, emosyonel, sağlığının korunmasını ve yaşam kalitesinin artmasını sağlayacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** Kadın, cinsel fonksiyon bozukluğu, cinsellik

### ABSTRACT

Female sexual dysfunction (FSD); sexual dysfunction, orgasm, arousal, and sexual pain or a combination of all or some of the problems of psychosexual disorders. While KCD has been identified as five in the past, the DSM-5 has been simplified and grouped under three headings. Female hypoactive sexual desire and arousal dysfunction is combined into a single topic as female sexual arousal / arousal disorder. Previously separated dyspareunia and vaginismus are called genitopelvic pain/penetration disorders. Female orgasmic disorder has remained a category and has not changed. Early detection of complaints will ensure the physical, emotional, and well-being of women and increase their quality of life.

**Keywords:** Female, sexual dysfunction, sexuality

Cinsellik vasküler, nörolojik ve endokrin sistemlerle ilişkili olan karmaşık bir süreçtir. Kadının yaşam kalitesini ve genel sağlık durumunu etkilemektedir. Kadın cinsel disfonksiyonu (KCD); cinsel istek bozukluğu, orgazm, uyarılma ve cinsel ağrı gibi problemlerin birkaçını ya da tamamını bir arada bulunduran, psikoseksüel hastalıklar topluluğu olup kadının yaşam kalitesini düşürmektedir.<sup>[1]</sup>

Cinsel istekte azalma, orgazm ve uyarılma zorlukları gibi cinsel fonksiyon problemleri yaygın olarak görülmektedir. ABD ve Avrupa'da erkekler arasında %15–30, kadınlar arasında %34–40 olarak rapor edilmiştir.<sup>[2]</sup> ABD'de 18 yaş üstü toplam 31581 kadınla yapılan bir çalışma sonucunda, kadınların %44'ünde cinsel disfonksiyon, %38,7'sinde

ise hipoaktif cinsel arzu bozukluğu olduğu saptanmıştır.<sup>[3]</sup> Mısır'da yapılan çalışmalarda KCD prevalansının, ABD ve Avrupa toplumlarından daha yaygın olduğu bildirilmiştir.<sup>[4]</sup> Türkiye'de Ege'nin 188 kadınla yapmış olduğu çalışmada KCD prevalansı %45,6, Öksüz ve Malhan'ın çalışmasında ise %48,3 olarak saptanmıştır.<sup>[5,6]</sup> KCD, uluslararası bir problem olup etnik köken, ırk, din ve yaşanılan bölgeye göre prevalansı değişmektedir. Prevalansı yüksek olan toplumlarda KCD, sağlık hizmetinin verilmemesi ya da kültürel tabulardan kaynaklandığı vurgulanmıştır.<sup>[7]</sup>

Cinsel fonksiyonu etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Kadın cinsel disfonksiyonu etiyojisinde; nörojenik, vasküler, hormonal, muskülojenik ve psikojenik faktörler yer almaktadır. Hormonlardaki değişiklikler (menopozal dönem gibi), yaş, genel ve zihinsel sağlık durumu, benlik saygısı, norm ve deneyimler, beden imajı, eğitim, üreme hedefleri, eşle olan ilişki, eşin genel ve cinsel sağlığı gibi birçok faktör KCD'nun etkilenmesine sebep olmaktadır.<sup>[8]</sup>

Kadın cinsel disfonksiyonu, sıkıntılara sebep olması durumunda, kadınların yaşam kalitelerini negatif yönde etkilemektedir. Kişiler arası sorunlar ve rahatsızlıklara sebep olan cinsel yanıt, ağrı, orgazm ve istek ile ilgili problemlerin,

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, İstanbul, Türkiye  
<sup>2</sup>Biruni Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

**Yazışma Adresi / Correspondence:**  
Dr. Öğr. Üyesi Handan Özcan  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, İstanbul, Türkiye  
Tel. +90 537 015 50 30  
E-mail: hndnozcn@hotmail.com

**Geliş / Received:** 16.05.2018  
**Kabul / Accepted:** 20.06.2018

sürekli tekrarlanması karmaşık bir sorunu ortaya çıkar-maktadır. KCD ile ilgili yapılan çalışmalar, erkek cin-sel disfonksiyonuna göre yetersizdir ve bu alana daha az önem verilmektedir.<sup>[9]</sup> KCD ve yaşam kalitesi çok boyutlu olup, üreme ömrü boyunca çift yönlü bir ilişkiye sahiptir. KCD'nun gerçek prevalansını tahmin etmede metodolojik zorluklar mevcuttur. Çünkü büyük ölçekli bir araştırma-da, cinsel birliktelikle ilgili problemleri belirlemek zordur. Kadınlar arasında en az bir cinsel semptom prevalansı, yak-laşık olarak %40–50 olarak bildirilmiştir. Bu durum vul-vovajinal atrofi ve hipoaktif cinsel istek bozukluğu gibi me-nopoz dönemindeki hormonal değişikliklerle ilişkili bazı durumların, cinsel işlev ve yaşam kalitesi üzerinde önemli bir etkisi vardır. Sağlık personelleri orta yaş ve yaşlı kadın-larda cinsel semptomları proaktif olarak ele almalıdır.<sup>[8]</sup>

Cinsel fonksiyon bozukluğu sonucunda, kadınlarda özgü-ven kaybı, kişilerarası ilişkilerde bozulma ve sıklıkla emos-yonel stres görülmektedir.<sup>[6]</sup> Elnashar ve ark.'nın yaptıkları çalışmada, KCD sorunu yaşayan kadınların emosyonel ve fiziksel sağlıklarının daha kötü olduğu belirtilmiştir. Problemlerin çözümüne yönelik standart bir tedavi yakla-şımı bulunmamaktadır. Bu sebeple tıbbi tedavi ile beraber yaşam tarzı değişiklikleri de önerilmektedir.<sup>[6,10]</sup>

## Kadın cinsel disfonksiyonunun değerlendirilmesi

masters ve Johnson, cinsel bozuklukları olan kadınların bakımı için ilk olarak 1957 yılında önemli adımlar atmış-lardır. 2000 yılında, Amerikan Ürolojik Hastalıklar Vakfı Cinsel İşlev Sağlık Konseyi, kadın cinsel disfonksiyonu için sınıflandırma sistemini tanımlamıştır. 2001 yılında Kadın Sağlığı Çalışması Uluslararası Topluluğu (The International Society for the Study of Women's Health (ISSWSH)) kadın cinselliği ile ilgili çalışmaları yürütmek üzere kurulmuştur. KCD değerlendirmek ve yönetmek için rehberler yayımlanmıştır.<sup>[11]</sup> Son on yılda ise kadın cinsel fonksiyonları ile ilgili klinik ve akademik çalışmalarda bir artış görülmektedir. Kadın Cinsel Disfonksiyonları (KCD); cinsel ağrı, cinsel istek, cinsel uyarılma ve orgazmik bozukluklar ola-rak tanımlanır.<sup>[12]</sup> Birçok hasta bu kriterlere uymayabilse de yönetim ve değerlendirmede esas alınmalıdır. Ayrıntılı bir tarama, öykü ve fizik muayene gerektiren karmaşık fizyolojik ve psikolojik bileşenlere sahiptir. Semptom ta-banlı bir yaklaşım ile sağlık personelinin işbirliği sağlama-sı sonucunda; ortak bir dil oluşması, hastanın erken tıbbi değerlendirilmesi ve tedavinin organize edilmesi için etkili bir yol olacaktır. Kadın Cinsel disfonksiyonları için temel alınan semptomların değerlendirilmesi aşağıda verilmiştir.

## Cinsel ağrı

Cinsel ağrı, pelvik kasların penetrasyonu veya sıkışması sonucunda derin ağrı ve vulva ağrısıyla karakterize olup, her yaştaki kadında sık görülen bir şikâyettir. Tam bir tıbbi öykü; jinekolojik öykü, kullanılan ilaçların incelenmesi, doğum kontrolü veya hormon tedavi öyküsü, duygu du-rum bozuklukları ve istismar gibi psikososyal öyküyü içere-melidir. Kadın Cinsel İşlev Ölçeği (Female Sexual Function Index –FSFI) gibi standardize edilmiş cinsel fonksiyon araştırması formu, başlangıçta hastaları değerlendirmek için kullanılan etkili bir yöntem olarak önerilmektedir.<sup>[13]</sup>

Fiziksel muayenede; ciltte renk değişikliği, spesifik duyar-lılık noktaları, klitoris, klitoral bölge, pelvik kaslar değere-lendirilmeli, labial ölçümler ve mümkünse vulvoskopi ya-pılmalıdır. Vulvoskopi hastalarda meydana gelen anatomik değişiklikleri, yüksek çözünürlükte değerlendirilmesine izin verir. Vulva ve vestibüldeki cue tip testiyle de, hassas bölgeler tekrar değerlendirilip, belirlenmesi sağlanır. Lokal hormonal tedavi sonrasında, tedavinin etkisi, vajinal Ph'ı ve atrofik vajinit belirlenebilir.<sup>[14]</sup>

## Cinsel istek azlığı

Cinsel istek azlığı olan kadınlar, cinsel fantezilerde bir yok-luk ya da azalma ve sıkıntı yaratan cinsel aktivite arzusu ya-şamaktadırlar. Cinsel istek, ömür boyu devam eder ancak kişinin yaşamındaki çeşitli durumlarda, ciddi sıkıntılara sebep olabilir. Ağrılı cinsel birliktelik gibi, düşük arzusu olan kadınları değerlendirmek ve tedavi etmek için tıbbi ve psikososyal yönden değerlendirmeleri içeren çok disiplinli bir yaklaşım gerekmektedir. Kişinin cinsel isteğini et-kileyebilecek psikososyal faktörlere odaklanan kapsamlı bir tıbbi öykü önemlidir. Bazı tedavilerin cinsel istek azalması-na neden olabileceği için ilgili ilaçların gözden geçirilmesi gerekmektedir. Örneğin hormonal kontraseptiflerin düşük arzuya bağlantılı olduğu belirtilmiştir.<sup>[15]</sup>

## Düşük uyarılma

Kadınların birçoğunda kan akışkanlığı ile ilgili genital sı-caklıkla ve vajinal kayganlıkta azalma sonucunda düşük uyarılma görülmektedir. Uyarılma bozukluklarında yu-karıda belirtildiği gibi tam bir tıbbi ve cinsel öykü ile fi-ziksel muayene önemlidir. Uyarılmayı etkileyen durumlar, kullanılan ilaçlar da gözden geçirilmelidir. Hipertansiyon, hiperlipidemi ve diyabet KCD sebep olan düşük uyarılma ile ilişkili olduğu belirtilmiştir.<sup>[16,17]</sup> Düşük uyarılması olan kadınların değerlendirilmesinde, multidisipliner bir ekiple pelvik tabanın fiziksel rehabilitasyonu ve psikososyal deste-ğin sağlanması önemli faktörlerdir.

## Orgazm disfonksiyonu

Gecikmeli veya orgazm eksikliğine bağlı şikâyetleri olan kadınlar için mutlaka ayrıntılı bir tıbbi öykü ile psikososyal öykü ve olası rahatsız edici ilaçları belirlemek gerekir. Sorunun yaşam boyu veya kazanılmış olup olmadığını anlamak, tamamen, gecikmiş veya yetersiz orgazm olma arasındaki ayrımı yapmak için ayrıntılı bir cinsel öykünün alınması gerekmektedir. Alınan cinsel öyküye göre tıbbi ve psikososyal tedaviye karar verilmektedir. Orgazm problemleri genellikle cinsel disfonksiyonunun diğer formlarıyla ilişkilidir, örneğin cinsel ağrı ve zayıf uyarılması olan hastaların orgazma ulaşması daha zordur. Vulvoskopi de dahil olmak üzere fizik muayenede klitoris değerlendirilmesi gerekmektedir. Bazı kadınların etiyolojisinde (liken sklerozu gibi) alta yatan ya da yatmayan fimozis olabilir. Ayrıca hastalarda klitoris dış kısmına zarar veren hasarlar taranmalı ve incelenmelidir.<sup>[14]</sup>

## Kadın cinsel disfonksiyonunun sınıflandırılması

mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabının (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) Beşinci Baskısı (DSM-5), KCD'nun farklı bileşenleri için tanılama kılavuzu yayımlamıştır. Cinsel bozuklukların sınıflandırması sadeleştirilmiş ve Mayıs 2013'te yayınlanmıştır. Önceden beş tane olarak tanımlanan kadın cinsel disfonksiyonları, DSM-5'te sadeleştirilmiş ve üç ana başlık altında toplanmıştır.

- Kadın hipoaktif cinsel istek ve uyarılma disfonksiyonu, kadın cinsel ilgi / uyarılma bozukluğu olarak tek bir başlıkta birleştirilmiştir.
- Önceden ayrı olan disparoni (ağrılı ilişki) ve vajinismus, genitopelvik ağrı / penetrasyon bozukluğu olarak adlandırılmıştır.
- Kadın orgazm bozukluğu bir kategori olarak kalmış ve değiştirilmemiştir.<sup>[18,19]</sup>

Disfonksiyonu tanımlamak için sorunun zaman içinde %75'ten fazla olması, altı aydan uzun sürmesi, ciddi sıkıntılara sebep olması ve nonseksüel ruhsal bozukluk, ilişki sorunu, madde bağımlılığı ya da tıbbi bir sorunun olması gerekmektedir. Madde ya da tıbbi duruma bağlı cinsel disfonksiyonlar 'Diğer Bozukluklar' başlığı altındadır. Madde ve tıbbi sorunlara bağlı cinsel disfonksiyonlarında kriterler değişmez (%75 ve altı aylık süre aynıdır). Genel

tıbbi durum ve cinsel isteksizlik sebebiyle görülen cinsel disfonksiyonu tanısı DSM-5'te yoktur.<sup>[18,20]</sup> Kadın cinsel disfonksiyonları için DSM-5 kriterlerinin özeti Tablo 1'de ele alınmıştır.

## Sonuç ve öneriler

cinsel disfonksiyonlar, kadınların yaşamı boyunca yaygın görülür ve disparoni, orgazm problemleri, cinsel istek azlığı gibi çeşitli şikâyetlerle ortaya çıkar. Toplumsal değerler ve kültürel özellikler, kadının sorunun çözümüne yönelik utanması, isteksiz olması, nereye başvurabileceği konusunda bilgi yetersizliği gibi sebepler, sorunun çözümsüz bir şekilde yaşanmasına sebep olmaktadır. Cinsellik kadınlarda yeni bir biyo-medikal araştırma alanıdır. Psikoloji, kişilerarası ilişkiler ve çevresel faktörler, cinsel işlev davranışını önemli bir şekilde etkilemektedir. Kadınlarda cinselliğine yönelik kapsamlı bir yaklaşım, sadece fizyolojik bir sürecin anlaşılmasından daha fazlasını gerektirir. Biyopsikososyal model, cinsel tepkinin farklı evrelerini (arzu, uyarılma, orgazm ve memnuniyet), toplum ve kişilerarası ilişkileri de ele alarak, birbirleriyle olan ilişkilerini inceler. Model cinsel sağlık yönetimi için genellikle uygulanmakta ve altın standart olarak kabul edilmektedir. Biyopsikososyal cinsel sağlık bakım yönetimi, sağlık personeli, fizyoterapist ve cinsel terapistinin işbirliğini içerir. Yapılan çalışmalarda da multidisipliner bir ekiple uygulanan cinsel ve fiziksel terapinin, hasta memnuniyetini arttırdığı belirtilmiştir.<sup>[21]</sup>

Bu alanda çalışan sağlık profesyonellerinin, kadın cinsel disfonksiyonu konusunda eğitim almaları ve kadınlara uygun danışmanlık hizmeti sunmaları, sorunun çözümüne katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Cinsel danışmanlık ve rehberlikte en önemli aşama görüşmenin başlatılması, cinsel yaşamın sorgulanması ve değerlendirilmesidir. Başlangıçta, birçok hasta ve sağlık personeli cinsel disfonksiyonları tartışmaktan çekinebilir. Yıllık sağlık kontrolleri için başvuru yapıldığı zaman, cinsel sağlık konusunun da ele alınması iyi bir fırsat sağlayabilir. Ayrıca, sağlık personelleri tarafından özellikle cinselliğe yönelik geliştirilen modellerin kullanılması, sorunun çözülmesinde rehberlik edebilir. Birinci basamakta çalışan sağlık personellerinin cinsel semptomlar hakkında bilgi sahibi olmaları, hastaları uygun birimlere yönlendirmeleri, kadınlara farkındalık sağlamaları erken tanı ve teşhis için önemlidir. Şikâyetlerin erken dönemde saptanarak düzeltilmesi, kadınların fiziksel, emosyonel sağlığının korunmasını ve yaşam kalitesinin arttırılmasını sağlayacaktır.

**Tablo 1.** Kadın cinsel işlev bozukluğu için DSM-5 kriterlerinin özeti

<i>Kadın cinsel işlev bozukluğu türleri</i>	<i>DSM-5 kriterleri</i>
<b>Kadın cinsel ilgi/uyarılma bozukluğu</b>	<p><b>A.</b> Aşağıdaki belirtilerden en az üçünün olması:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Cinsel aktiviteye olan ilginin azlığı/yokluğu</li><li>2. Cinsel ya da erotik düşünce ve fantazilerin azlığı/yokluğu</li><li>3. Cinsel aktivitenin başlatılmasında isteksizlik/istememe ve partnerin başlatma girişimlerine karşılık vermeme</li><li>4. Hemen hemen bütün cinsel aktivite süresince heyecan ve zevkin azlığı ya da yokluğu (%75-%100).</li><li>5. Herhangi bir iç veya dış, cinsel veya erotik eylem karşısında (örneğin yazılı, sözlü, görsel) cinsel ilgi/uyarılmanın olmaması.</li><li>6. Hemen hemen bütün cinsel birliktelik boyunca, cinsel aktivite sırasında genital veya genital olmayan duygulanımların azlığı/yokluğu</li></ol> <p><b>B.</b> A kriterindeki semptomların yaklaşık minimum 6 ay devam etmesi. <b>C.</b> A kriterindeki semptomların, klinik olarak bireyde önemli sıkıntılara sebep olması <b>D.</b> Cinsel işlev bozukluğu, cinsel kaynaklı olmayan ruhsal bir bozukluk, ciddi ilişki sıkıntısı (örneğin eş şiddeti gibi), bir madde, ilaç ya da tıbbi durum gibi önemli stresörlerin bir sonucu olan ve etkilerinden kaynaklanmayan durumlar</p> <p><b>Ayrıntıların değerlendirilmesi</b> <b>Yaşam boyu:</b> Bireyin, cinsel olarak aktif olduğundan beri rahatsızlığın mevcut olması <b>Kazanılan:</b> Rahatsızlığın normal cinsel işlevden bir süre sonra başlaması <b>Genelleştirilmiş:</b> Uyarılma, partnerler ve bazı durumlarla sınırlı olmaması <b>Durumsal:</b> Sadece bazı durum, uyarılma ve partnerler de meydana gelmesi <b>Mevcut önem derecesi</b> <b>Hafif:</b> Kriter A'daki semptomlar ile ilgili hafif şikâyetlerin olması <b>Orta:</b> Kriter A'daki semptomlar ile ilgili orta yoğunlukta şikâyetlerin olması <b>Şiddetli:</b> Kriter A'daki belirtiler ile ilgili şiddetli veya aşırı sıkıntı olduğunu gösteren kanıtlar.</p>
<b>Kadın orgazm bozukluğu</b>	<p><b>A.</b> Cinsel aktivite sırasında aşağıdaki semptomlardan birinin ya da hemen hemen hepsinin (yaklaşık %75-%100) varlığı</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Orgazm yokluğu, belirgin azlığı ya da gecikmesi</li><li>2. Orgazmik duygu yoğunluğunun belirgin şekilde azalması</li></ol> <p><b>B.</b> Kriter A'daki semptomların yaklaşık olarak minimum 6 ay boyunca devam etmesi <b>C.</b> Kriter A'daki semptomların, bireyde klinik olarak önemli bir sıkıntıya sebep olması <b>D.</b> Cinsel işlev bozukluğu, cinsel kaynaklı olmayan ruhsal bir bozukluk, ciddi ilişki sıkıntısı (örneğin eş şiddeti gibi), bir madde, ilaç ya da tıbbi durum gibi önemli stresörlerin bir sonucu olan ve etkilerinden kaynaklanmayan durumlar</p> <p><b>Ayrıntıların değerlendirilmesi</b> <b>Yaşam Boyu:</b> Bireyin, cinsel olarak aktif olduğundan beri şikâyetlerin mevcut olması <b>Kazanılan:</b> Rahatsızlığın normal cinsel işlevden bir süre sonra başlaması <b>Genelleştirilmiş:</b> Uyarılma, partnerler ve bazı durumlarla sınırlı olmaması <b>Durumsal:</b> Sadece bazı durum, uyarılma ve partnerler de meydana gelmesi Hiç bir durumda orgazm yaşanmadı ise mutlaka belirtilmelidir. <b>Mevcut önem derecesi</b> <b>Hafif:</b> Kriter A'daki semptomlar ile ilgili hafif şikâyetlerin olması <b>Orta:</b> Kriter A'daki semptomlar ile ilgili orta yoğunlukta şikâyetler olduğuna dair kanıt. <b>Şiddetli:</b> Kriter A'daki belirtiler ile ilgili şiddetli veya aşırı sıkıntı olduğunu gösteren kanıtlar.</p>
<b>Genito-pelvik ağrı/penetrasyon bozukluğu</b>	<p><b>A.</b> Aşağıdaki sıkıntılardan bir ya da birkaçının tekrarlaması veya kalıcı olması</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Cinsel ilişki esnasında vajinal penetrasyon</li><li>2. Vajinal ilişki veya penetrasyon sırasında belirgin vulvovajinal veya pelvik ağrı</li><li>3. Vajinal penetrasyon sonucunda ya da esnasında, vagovajinal veya pelvik ağrı ile ilgili korku veya endişe yaşanması</li><li>4. Vajinal penetrasyon sırasında pelvik taban kaslarının gerilmesi veya sıkışması</li></ol> <p><b>B.</b> Kriter A'daki semptomların, yaklaşık olarak minimum altı ay boyunca devam etmesi <b>C.</b> Kriter A'daki semptomların, bireyde klinik olarak önemli bir sıkıntıya sebep olması <b>D.</b> Cinsel işlev bozukluğu, cinsel kaynaklı olmayan ruhsal bir bozukluk, ciddi ilişki sıkıntısı (örneğin eş şiddeti gibi), bir madde, ilaç ya da tıbbi durum gibi önemli stresörlerin bir sonucu olan ve etkilerinden kaynaklanmayan durumlar.</p> <p><b>Ayrıntıların değerlendirilmesi</b> <b>Yaşam Boyu:</b> Bireyin, cinsel olarak aktif olduğundan beri şikâyetlerin mevcut olması <b>Kazanılan:</b> Rahatsızlığın normal cinsel işlevden bir süre sonra başlaması <b>Mevcut önem derecesi</b> <b>Hafif:</b> Kriter A'daki semptomlar ile ilgili hafif şikâyetlerin olması <b>Orta:</b> Kriter A'daki semptomlar ile ilgili orta yoğunlukta şikâyetler olduğuna dair kanıt. <b>Şiddetli:</b> Kriter A'daki belirtiler ile ilgili şiddetli veya aşırı sıkıntı olduğunu gösteren kanıtlar.</p>

## Hakem Değerlendirmesi

Dış bağımsız

## Çıkar Çatışması

Yazarlar çıkar ilişkisi olmadığını beyan etmişlerdir.

## Finansal Destek

Herhangi bir mali destek alınmamıştır.

## Peer-review

Externally peer-reviewed.

## Conflict of Interest

No conflict of interest was declared by the authors.

## Financial Disclosure

No financial disclosure was received.

## KAYNAKLAR

1. Buster JE. Managing female sexual dysfunction. *Fertil Steril* 2013;100:905–15. [CrossRef]
2. Moreira ED, Glasser DB, Nicolosi A, Duarte FG, Gingell C; GSSAB Investigators' Group. Sexual problems and help-seeking behaviour in adults in the United Kingdom and continental Europe. *BJU Int* 2008;101:1005–11. [CrossRef]
3. Shifren JL, Monz BU, Russo PA, Segreti A, Johannes CB. Sexual problems and distress in United States women: prevalence and correlates. *Obstet Gynecol* 2008;112:970–8. [CrossRef]
4. Hassanin IM, Helmy YA, Fathalla MM, Shahin AY. Prevalence and characteristics of female sexual dysfunction in a sample of women from Upper Egypt. *Int J Gynaecol Obstet* 2010;108:219–23. [CrossRef]
5. Öksüz E, Malhan S. Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction in Turkish women. *J Urol* 2006;175:654–8. [CrossRef]
6. Ege E, Akın B, Yaralı Arslan S, Bilgili N. Sağlıklı kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu ve risk faktörleri. *TUBAV Bilim Dergisi* 2010;3:137–44.
7. Akbulut MF, Üçpınar MB, Gürbüz ZG. Kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluklarının sınıflaması ve tedavisi. *Türkiye Klinikleri J Urology - Special Topics* 2015;8:10–5.
8. Nappi RE, Cucinella L, Martella S, Rossi M, Tiranini L, Martini E. Female sexual dysfunction (FSD): Prevalence and impact on quality of life (QoL). *Maturitas* 2016;94:87–91. [CrossRef]
9. Gomaa AA, Aziz NM, Thabet RH, Fouly HA, Altellawly SH, Gomaa GA. A pilot study of a topical intervention for treatment of female sexual dysfunction. *J Clin Psychopharmacol* 2018;38:60–7. [CrossRef]
10. Elnashar AM, İbrahim ME, El-Desoky MM, Ali OM, Hassan MESM. Female sexual dysfunction in lower Egypt. *BJOG* 2007;114:201–6. [CrossRef]
11. ISSWSH/NAMS Consensus Committee. ISSWSH position statement. *J Sex Med* 2014;11:1109. [CrossRef]
12. Latif EZ, Diamond MP. Arriving at the diagnosis of female sexual dysfunction. *Fertil Steril* 2013;100:898–904. [CrossRef]
13. Stephenson KR, Toorabally N, Lyons L, Meston C. Further validation of the Female Sexual Function Index: Specificity and associations with clinical interview Data. *J Sex Marital Ther* 2016;42:448–61. [CrossRef]
14. Krakowsky Y, Grober ED. A practical guide to female sexual dysfunction: An evidence-based review for physicians in Canada. *Can Urol Assoc J* 2018;12:211–6. [CrossRef]
15. Malmborg A, Persson E, Brynhildsen J, Hammar M. Hormonal contraception and sexual desire: A questionnaire-based study of young Swedish women. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2016;21:158–67. [CrossRef]
16. Cortelazzi D, Marconi A, Guazzi M, Cristina M, Zecchini B, Veronelli A, et al. Sexual dysfunction in pre-menopausal diabetic women: clinical, metabolic, psychological, cardiovascular, and neurophysiologic correlates. *Acta Diabetol* 2013;50:911–7. [CrossRef]
17. Pontiroli AE, Cortelazzi D, Morabito A. Female sexual dysfunction and diabetes: a systematic review and meta-analysis. *J Sex Med* 2013;10:1044–51. [CrossRef]
18. Dawson ML, Shah NM, Rinko RC, Veselis C, Whitmore KE. The evaluation and management of female sexual dysfunction. *J Fam Pract* 2017;66:722–8.
19. Höbek Akarsu R, Kızılkaya Beji N. Kadın cinsel fonksiyon bozuklukları sınıflandırılmasında DSM-V kapsamında yapılan değişiklikler. *Androloji Bülteni* 2016;18:134–7.
20. American Psychiatric Association. *Sexual Dysfunctions*. In: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th ed. Washington, DC: 2013. [CrossRef]
21. Rullo J, Faubion SS, Hartzell R, Goldstein S, Cohen D, Frohmader K, et al. Biopsychosocial Management of Female Sexual Dysfunction: A Pilot Study of Patient Perceptions From 2 Multi-Disciplinary Clinics. *Sex Med* 2018;6:217–23. [CrossRef]