

ÜROJİNEKOLOJİ HASTALARINDA CİNSEL FONKSİYON DEĞERLENDİRMESİ

Dilek BİLGİÇ¹, Nezihe Kızılkaya BEJİ¹, Önay YALÇIN²

¹ İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu, İstanbul

² İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İstanbul

ÖZET

Pelvik taban bozuklukları yaygındır ve yaşamı tehdit eden bir sorun olmamasına rağmen hastanın yaşam kalitesini önemli derecede olumsuz etkiler. Cinsel sağlık yaşam kalitesinin en önemli bileşenidir. Klinik uygulamada ve araştırmalarla pelvik taban bozukluklarına ait semptomların ve bu bozuklukların etkisinin objektif bir biçimde değerlendirilmesi önemlidir. Cinsel disfonksiyon urojinekoloji servislerine başvuran kadınlarda yüksek orandadır. Cinsel disfonksiyon çok yaygın bir problem olmasına rağmen hastaların cinsel disfonksiyon açısından ele alınması yaygın bir uygulama değildir. Geniş çaplı prospektif çalışmalar prolapsus ve /veya inkontinansın cinsel fonksiyonu olumsuz yönde etkilediğini göstermektedir. Kadınlarda cinsel fonksiyonu farklı yönleriyle değerlendiren geçerlilik/güvenirliliği yapılmış ya da yapılmamış çeşitli soru formları mevcuttur. Kadın cinsel fonksiyonunu değerlendiren soru formları bu bozuklukların cerrahi tedavisinin ve tıbbi tedavisinin cinsel fonksiyon üzerine olan etkilerini yanı sıra pelvik taban bozukluklarının ve koital inkontinansın cinsel fonksiyon üzerine olan etkisini belirleyen bir araç olarak da kullanılabilir. Pelvik taban semptomlarının varlığını, şiddetini ve bu semptomların cinsel fonksiyon üzerine olan etkisini saptamada en geçerli araçlar cinsel fonksiyon soru formlarıdır. Bu makale de pelvik taban bozukluğu olan kadınlarda cinsel fonksiyon değerlendirilmesi literatür doğrultusunda incelenmiştir.

Anahtar kelimeler: cinsel disfonksiyon, cinsel fonksiyon soru formları, ürojinekoloji,

Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi, (J Turk Soc Obstet Gynecol), 2012; Cilt: 9, Sayı: 3, Sayfa: 142- 52

SUMMARY

ASSESSMENT OF SEXUAL FUNCTION IN PATIENTS UROGYNECOLOGY

Pelvic floor disorders are common and although they are not life-threatening, have a significant impact on a patient's quality of life. Sexual health is an essential component of a women's quality of life. In clinical practice and research it is important to assess of the symptoms and impact of these disorders in an objective fashion. Sexual dysfunction is a highly prevalent condition in women attending urogynecological services. Although it is a very common problem, only a minority of urogynecologists screen all patients for female sexual dysfunction. Evidence from large prospective studies have shown that prolapse and/or incontinence adversely affect sexual function. Several validated and non-validated selfreport questionnaires are available to assess different aspects of sexual function in women. Questionnaires evaluating the four domains of female sexual function can be used as a screening tool to evaluate the effect of pelvic floor disorders and coital leakage as well as the effect of surgical methods and medical treatment on sexual function. The most valid instruments to measure the presence, severity, and impact of a patient's pelvic floor symptoms on sexual function are sexual function questionnaires. This review article was analyzed according to the literature assessment of sexual function in women with pelvic floor disorders or urogynecology.

Key words: sexual dysfunction, sexual function questionnaires, urogynecology

Journal of Turkish Society of Obstetrics and Gynecology, (J Turk Soc Obstet Gynecol), 2012; Vol: 9, Issue: 3, Pages: 142- 52

Yazışma adresi: Hemşire Dilek Bilgiç, İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu, İstanbul

Tel.: (0542) 256 18 04

e-posta: bilgicdilek@gmail.com

Alındığı tarih: 15.06.2009, revizyon sonrası alınma: 15.06.2010, kabul tarihi: 08.12.2010, online yayın tarihi: 30.12.2010

GİRİŞ

Ürojinekolojik sorunlar yaygın olmakla birlikte premenopozal kadınların üçte birinin postmenopozal kadınların ise %45'nin yaşam kalitesini olumsuz etkiler (1). Yaşam kalitesinin en önemli boyutlarından birisi cinsel sağlıktır. Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre cinsel sağlık; kişilik, iletişim ve aşkı arttıran yollarla cinsel varoluşun bedensel, duygusal, entelektüel ve sosyal yönlerinin bütünleşmesidir(2). Pelvik taban disfonksiyonu (PTD) kadınların yaşam kalitesiyle birlikte cinsel sağlığını da olumsuz etkilemektedir. Kesitsel yapılan bir çalışma, alt üriner sistem semptomu (AÜSS) ya da üriner inkontinans (Üİ) şikayeti olan kadınlarda sağlıklı popülasyona oranla daha fazla cinsel disfonksiyon olduğunu göstermiştir(3).

Geleneksel olarak klinik öykü, hastanın semptomlarını değerlendirmede ve semptomların günlük yaşamı nasıl etkilediğini saptamada kullanılabilir(1). Ancak sağlık bakım profesyonelleri cinsel fonksiyon hakkında kadına soru sormada / bilgi almada kararsız olabilirler. Ürojinekoloji birimlerine başvuran kadınlar da cinsellik ve yaşadıkları sorunlar hakkında endişelerini ifade etmede isteksiz olabilir, utanabilirler. Hastalar cinselliğe özgü spesifik sorulara cevap vermesi konusunda teşvik edildiğinde cinsel konulardaki endişelerini ifade etmeleri daha kolay olacaktır(1). Ürojinekolojik sorunların cinsel sağlık üzerine etkileri en iyi, geçerlilik/güvenirlilik çalışması yapılmış soru formları sayesinde değerlendirilebilir. Bu açıdan soru formları kadın cinsel sağlığını değerlendirmede kontrollü ve tekrarlanabilir bir yöntem olarak bu alana katkı sağlayabilir(1,4). Bu derlemede ürojinekolojik alanda cinsel fonksiyonun değerlendirilmesi konusu literatür doğrultusunda incelenmiştir.

Kadında Cinsel Aktivite

Cinsellik insan hayatının ayrılmaz bir parçasıdır ve sağlıklı bir cinsel yaşam, sağlığın ve yaşam kalitesinin en önemli parametrelerinden birisidir. Herhangi bir nedenle bu alanda meydana gelen bir disfonksiyon kadının cinsel yaşamını, evlilik ilişkisini ve yaşam kalitesini bozmaktadır. Kadın cinsel işlevi çeşitli fizyolojik, psikolojik ve sosyokültürel faktörler tarafından etkilenmektedir(5). Günümüzde doğumdan beklenen yaşam süresinin artmasıyla birlikte kadınlar

ileri yaşlara kadar cinsel aktif kalabilmektedir. 60 yaş ve üstü kadınların yaklaşık üçte birinin cinsel olarak aktif kalmaya devam ettiği bildirilmektedir. Bu oran evlenmiş kadınlarda daha yüksek olabilmektedir(4). İlerleyen yaşla birlikte genelde cinsel aktivitede bir azalma olmaktadır. Epidemiyolojik çalışmalar yaşla birlikte cinsel aktivite düzeyinde dereceli olarak azalma eğilimi olduğunu göstermiştir. İngiltere, Fransa, Almanya ve İtalya'da sağlıklı cinsel aktif olan 20-70 yaş grubu kadınlarda yapılan çalışmada 40-46 yaş grubu kadınlar bir aylık sürede yaklaşık 9 kez cinsel ilişki yaşarken, 61-70 yaş grubunda ilişki sıklığının 5'den daha aza indiği saptanmıştır. Benzer bir azalma eğilimi masturbasyon hariç orgazm sıklığında da görülmüştür. Aynı çalışmada sadece kadınların % 30-36'sı cinsel istek rapor etmiştir(6,7). Johnson ve ark. yaptığı benzer çalışmada da 33-45 yaş arası kadınlarda ilişki sıklığı haftada 1 ken, 45-55 yaş grubunda bu sıklık ayda 1'e düşmektedir. Aynı çalışmada 46-50 yaş arası kadınların % 86'sı, 50-60 yaş arası kadınların %58 i, 61-65 yaşları arasında ki kadınların da %39 u cinsel yönden aktiftir(7,8). Yaşla birlikte cinsel aktivite azalsa da kadın için yaşanan cinselliğin sağlıklı ve doyumsuz yaşanması önemlidir.

Kadın Cinsel Disfonksiyonu ve Prevalansı

Cinsel disfonksiyonda bireyin umduğu ve istediği cinsel ilişkiyi yaşayamaması söz konusudur. Kadın cinsel disfonksiyonu (KCD) organik, psikolojik ve sosyal pek çok nedene bağlı oluşan kadının kendine olan güvenini, kişiler arası ilişkilerini, evlilik ilişkisini, psikolojisini ve yaşam kalitesini etkileyen çok boyutlu bir sağlık sorunudur(9,10). Kadın cinsel disfonksiyon sınıflaması en son 2003 yılında tekrar gözden geçirilerek yeniden düzenlenmiştir. Buna göre: (1) cinsel istek/ilgi bozuklukları; (2) subjektif cinsel uyarılma bozukluğu; (3) genital uyarılma bozukluğu; (4) genital-subjektif uyarılma bozukluğu; (5) devamlı cinsel uyarılma bozukluğu; (6) orgazmik bozukluklar; (7) vaginismus; (8) disparani; (9) cinsel tiksinti bozukluğu (10) non-koital genital ağrı bozukluğu şeklinde sınıflandırılmıştır (6,11,12).

Cinsel aktivite ve cinsel problem sıklığı dünyanın çeşitli bölgelerinde farklılık gösterir. Son yıllarda yapılan prevalans çalışmaları kadınların %40'dan fazlasının cinsel problem deneyimlediği ve bu kadınların %12'nin probleminden dolayı sıkıntılı olduklarını göstermiştir(9). 20-70 yaş grubu cinsel aktif 1300

kadının incelendiği çalışmada herhangi bir nedene bağlı olarak kadınların %29'da cinsel istek bozukluğu, %22'de uyarılma bozukluğu, %19'da orgazmik bozukluk ve %14'de disparani saptanmıştır⁽¹³⁾.

Ulusal Sağlık ve Sosyal Yaşam Çalışmasına göre Amerikan kadınların %43'ü cinsel disfonksiyon yaşamaktadır. 29 ülkede 40-80 yaşlarında 13.882 kadınla yapılan çalışmaya göre kadınların %27'de cinselliğe olan ilgide azalma, %21'de orgazm bozuklukları, %17'de lubrikasyon problemleri ve %10'da disparani saptanmıştır⁽¹⁴⁾. Shaw (2002) cinsel disfonksiyon sıklığının %6 - %64 arasında değiştiğini bildirmiştir⁽¹⁵⁾. Ülkemizde de kadınların %15,7'de mutlaka bir cinsel problem mevcuttur⁽¹⁶⁾. Çayan ve ark.(2004) 179 kadında yaptığı çalışmada KCD' nin yaş ilerledikçe (18-27 yaş %21.7, 28-37 yaş %25.5, 38-47 yaş %53.5, 48-57 yaş %65.9, 58-67 yaş %92.9) arttığı saptanmıştır⁽¹⁷⁾. Aslan ve ark.yaptığı çalışmaya göre ülkemizde, 20-29 yaş grubu kadınların %22'de, 30-39 yaş grubu kadınların %39,7'de, 40-49 yaş grubu kadınların %50,2'de, 50-59 yaş grubu kadınların %71,3'de, 60-64 yaş grubu kadınların %82,9'da, 65 yaş ve üstü kadınların %87,8'de cinsel fonksiyonlarında mutlaka bir azalma söz konusudur⁽¹⁸⁾. Literatürde KCD ile ilgili yapılan birçok prevalans çalışmasına göre; cinsel istek bozuklukları %16-%75 arasında, uyarılma bozukluğu %12-%64 arasında, orgazm problemleri %16-%48 arasında ve disparani %7 ile %68 oranında değişmektedir^(13,14,19-21).

Pelvik Taban Disfonksiyonu ve Cinsel Sağlık

Pelvik tabanın kadında miksiyonu ve defekasyonu sağlama, koitusu gerçekleştirme ve doğuma izin verme gibi önemli fonksiyonları vardır. Normalde pelvik taban, anatomik olarak abdominal basınç artışlarına ve günlük aktivitelerde hareketlerle ilişkili değişikliklere karşı kontinansı sağlarken, pelvik organ prolapsusunu önlemeli, ürinyasyon, defekasyon ve doğuma izin vermelidir. Pelvik taban desteğini sağlayan kas, sinir ve bağ dokusu yapılarındaki bir hasar PTD'na neden olmaktadır. PTD'na neden olan en önemli risk faktörleri arasında gebelik, vaginal doğum, obstetrik komplikasyonlar (epizyotomi, forseps doğum, uzamış eylem), yenidoğan ağırlığı, menopo, obezite, sigara, histerektomi, konstipasyon, sistemik hastalıklar, genetik ve ırk sayılabilir⁽²²⁾. Pelvik taban disfonksiyonu üriner inkontinans, POP, cinsel disfonksiyon gibi sorunlara yol açmaktadır.

Son 20 yıldır yapılan çalışmalar ürojinekolojik sorunların ya da pelvik taban disfonksiyonlarının (üriner inkontinans, fekal inkontinans, pelvik organ prolapsusu, alt üriner sistem ve defekasyonla ilgili diğer fonksiyon bozuklukları) yaygın olarak görüldüğünü ve kadının yaşamını etkilediğini göstermiştir. Pelvik taban disfonksiyonu kadınların %41-65 'ni etkilemektedir^(23,24). Üİ prevelansının dünya popülasyonunda ortalama %17 ile %58.4 oranında olduğu tahmin edilmektedir⁽²⁵⁻²⁷⁾. Türkiye'de Üİ prevalansı %25.8 ile %68.8 arasında değişmektedir⁽²⁸⁻³⁰⁾. POP prevalansı yapılan birçok çalışmada ortalama %41' dir. Bu oranın %34'nü sistosel, %19'nu rektosel ve %14'nü ise uterine prolapsusu içermektedir^(26,27,31). Gerek genital organ prolapsusu, gerekse Üİ'a bağlı mortalite olasılığı son derece düşük olsa da her iki sorun ciddi morbiditeye neden olmaktadır⁽¹¹⁾.

Ürojinekolojik sorunlar kadında cinsel disfonksiyona neden olan en önemli sorunlardan birisidir. PTD'na bağlı oluşan cinsel disfonksiyonun patofizyolojisi tam olarak açıklanamamıştır; ancak PTD'lu kadınlarda cinsel aktivitenin düşük, cinsel disfonksiyonun yüksek oranda görüldüğü bildirilmektedir. Ürojinekolojik sorun yaşayan kadınlar incelendiğinde, beden imajlarının düşük olması, utanma duygularının fazla olması, kendilerini fiziksel ve cinsel yönden feminen hissetmemeleri, koku nedeniyle endişe duymaları, sürekli ped/bez kullanmaları, idrar kaçırma korkusu, koitus sırasında idrar kaçırma, eşin/ partnerin olumsuz reaksiyonları ve çekiciliğin azaldığını düşünme ve buna bağlı yaşanan depresyon kadınların cinsel yaşamını olumsuz etkileyerek farklı tiplerde cinsel disfonksiyona neden olmaktadır⁽¹¹⁾.

Üİ olan kadınlarda cinsel disfonksiyon sıklığının %26 ile %47 arasında değiştiği bildirilmektedir^(32,33). Üİ şikayeti olan 19-66 yaş arası 216 kadın üzerinde yapılan bir çalışmada, %34'de cinsel istekte azalma, %23'de seksüel uyarılma bozukluğu, %11'de orgazm yetersizliği saptanmıştır⁽³⁴⁾. Türkiye'de Üİ yaşayan kadınların %83.6'ı cinsel ilişki sıklığında ve cinsel istekte azalma, %78.1'i cinsel memnuniyette azalma, %77.7 orgazm da güçlük, %45.3'ü disparani yaşamaktadır⁽³⁰⁾.

Üİ yaşayan kadınların %11-77'si koitusda idrar kaçırılmaktadır^(11, 35-39). Koitus sırasındaki idrar kaçırma şekilleri (orgazm sırasında / penetrasyon sırasında idrar kaçırma) üriner inkontinans tipine göre değişiklik gösterebilmektedir. Üriner stres inkontinansda daha

sık penetrasyon sırasında kaçak olurken, detrusor aşırı aktivitesinde ve urge inkontinans daha sık orgazm sırasında inkontinans görüldüğü bildirilmektedir⁽¹¹⁾. İlişkide idrar kaçırma, öz güven ve öz saygıyı olumsuz etkileyerek, cinsel istekte azalmaya, ilişki süresinin kısalmasına, ilişki sırasında ve sonrasında tatmin duygusu yaşamada problemlere yol açabilmektedir⁽¹¹⁾. İlişki sırasında idrar kaçırmanın neden olduğu bilinmiyor, ancak penetrasyon sırasında mesane boynunun yer değiştirdiği, ön vaginal duvar ve mesane boynunun gerildiği, ürethral sifinkter yetmezliği, mesane ve trigonun ilişki sırasındaki stimülasyonuna bağlı detrusör kontraksiyonlarının oluşmasından kaynaklandığı bildirilmektedir⁽⁴⁰⁾. İlişki sırasında idrar kaçıran kadınların cinsel davranış biçimlerini inceleyen Beji ve ark.(2003) kadınların %50'nin ilişkide idrar kaçırdıklarını eşlerinden saklama ve eşine problem hakkında bilgi vermediklerini, %28'nin partneriyle birlikte olmaktan kaçındıklarını, %25'nin yaşadıkları sorunun bir problem olmadığına kendilerini inandırdıklarını, %19'nun ilişki öncesi idrar yaptıklarını, %19'nun ilişkiyi kısa kestiklerini ve %6'nın anal seks yaptıklarını saptamışlardır⁽⁴¹⁾.

Farklı derecelerde POP olan özellikle II. ve III. derecede POP olan kadınlar daha sık cinsel istek bozukluğu, orgazm problemi ve uyarılma bozukluğu yaşamaktadır⁽⁴²⁾. II. ve III. derecede POP olan kadınlarla normal kadınların cinsel yaşamlarının karşılaştırıldığı çalışmada POP olan kadınların normal kadınlara oranla daha fazla ilişkiden kaçındıkları (%70), ilişkide inkontinans (%57), ve dispanoni (%37) yaşadıkları, ilişki sıklığında azalma (%33) olduğu, orgazm olmadıkları (%10) ve ilişkiden daha az tatmin oldukları (%20) saptanmıştır⁽⁴³⁾.

POP olan kadınların %20-90'ında Üİ, Üİ olanların %30-70'inde POP görülebilmektedir. Üriner inkontinans ve pelvik organ prolapsusu olan kadınlarda %31-44 oranında cinsel disfonksiyon görülmektedir⁽⁴⁴⁾. Üİ'a POP eşlik ediyorsa cinsel fonksiyon daha da bozulabilmektedir. Sadece Üİ olan 47 kadın ile Üİ + POP olan 69 kadının cinsel fonksiyonunun incelendiği çalışmada, Üİ ve POP olan kadınlarda cinsel istek azlığı (%53) cinsel uyarılmada azalma (%46) ve orgazmın olmaması ya da nadiren olması (%30) gibi cinsel sorunlar sadece Üİ olan gruba oranla daha fazla yaşanmaktadır⁽⁴²⁾.

PTD cerrahisinin de cinsel fonksiyon üzerine olan etkisi çok fazla dikkate alınmayan bir konudur. Bu

alandaki yapılan çalışmaların sonuçları farklılık göstermektedir bazı çalışmalarda cinsel fonksiyon negatif yönde etkilenirken bazılarında ise hiç bir değişim olmamıştır. POP ve Üİ cerrahisi, lokal anatominin rekonstrüksiyonunda ve semptomların azaltılmasında ya da giderilmesinde büyük bir role sahiptir. Ancak bu durum optimal cinsel fonksiyonu korumayabilir. Vaginal cerrahiye takiben gelişen cinsel disfonksiyonun sebebi organik ve/veya psikososyal olarak sınıflandırılabilir⁽⁴⁵⁾. Organik sebepler anatomik, fizyolojik, vasküler, nöral, ve hormonal olabilir. İliohipogastrik ve / veya pudental arteriyel kanlanmanın cerrahi yetersizliği ile vajinada düz kas fibrozisine, vajinal kuruluğa ve dispanoniye neden olabildiği varsayılmaktadır^(4,46).

Klitoris dorsal sinirine intraoperatif hasar verme (çeşitli sling operasyonları/ön kompartman) orgazmik fonksiyon bozabilirken^(47,48) özellikle posterior tamir sonrasında vaginal daralma ve kısalmaya bağlı cinsel disfonksiyon görülebilir⁽⁴⁸⁾. Rektosel tamiri için uygulanan vaginal cerrahinin (özellikle orta hat fasiyal plikasyon ya da spesifik alan tamiri yapıldığında) dispanoniye azaltmakla birlikte cinsel fonksiyonda ilerleme sağladığı da gösterilmiştir. Postoperatif dönemde cinsel fonksiyonun kötüleşmesine, libido kaybı, dispanoni, ve partnerdeki rahatsızlık sebep olabilir. Son yapılan bir çalışma TOT uygulamasının cinsel fonksiyon üzerine pozitif etki yapabildiği gibi negatif etki yapabildiğini de göstermiştir. TOT grubunda vaginal daralmadan dolayı ağrı daha fazla görülmüştür^(4,49,50).

Yeni cerrahi yöntemlerin cinsel aktivite ve fonksiyon üzerine olan etkisi mutlaka değerlendirilmelidir. Vaginal meshlerin cinsel fonksiyon üzerine olan etkisine yönelik çalışma birkaç tanedir. Bu yöntemin etkileri de değişkenlik göstermektedir, bir çalışmada cerrahi sonrası 24 ay sonrasında dispanonide azalma olurken^(4,51) başka bir çalışmada ön tamir sonrası dispanonide %20 oranında artış, arka tamir sonrası dispanonide %60'dan daha fazla artış olduğu gösterilmiştir^(4,48,52).

Sonuçta ürojinekolojik sorun yaşayan kadınlarda yaygın şekilde; cinsel istek bozukluğu, cinsel ilişki sırasında şiddetli idrar yapma ihtiyacı ve takiben kaçak, uyarılma bozukluğu, orgazm bozukluğu dispanoni görülebilmektedir. PTD cerrahisi sonrası ise orgazm, istek ya da uyarılma da değişim olabileceği gibi hiçbir değişim olmayabilir. Pelvik taban disfonksiyonu kadında cinsel disfonksiyona neden olduğu gibi

partnerde/eşte de cinsel istek kaybı, prematür ejakülasyon ve erektil disfonksiyona neden olabilmektedir.

Ürojinekolojik sorunlar ve buna bağlı yaşanan semptomlar genelde kadınlar tarafından tabu olarak algılanıp gizlenir. Yaşanan ve gizlenen semptomlar bir süre sonra normal ya da doğal kabul edilip doktora gidilmesine gerek görülmeyen sorunlar olarak kalır. Tedaviye başvurmada gecikmeler yaşanır. İdrar kaçırmaya cinsel disfonksiyon da eşlik ediyorsa bilgisizlik, mahcubiyet, utanma duygusu nedeniyle ve hekimin yardım edemeyeceği düşüncesiyle kadınlar Üİ ve cinsel disfonksiyon gibi sorunlarına çözüm aramayıp yıllarca bu sorunlarla yaşamak zorunda kalabilmektedirler. Dünyada çoğu kadın üriner inkontinansın yarattığı tüm bu sorunlara rağmen, ya üriner inkontinans bulguları görüldükten yaklaşık beş yıl sonra herhangi bir sağlık kurumuna başvurmaktadır ya da hiç başvurmamaktadır⁽²⁸⁾. Cinsel sağlığını gerek kadın sağlığı açısından gerekse evlilik ilişkisi açısından son derece önemli bir parametre olduğu düşünüldüğünde, ürojinekolojik sorun yaşayan ve kliniğe başvuran kadınlar mutlaka cinsel fonksiyon açısından da değerlendirilmelidir.

Ürojinekoloji Hastalarında Cinsel Fonksiyon Değerlendirmesi

Ürojinekolojik popülasyonun %50-60'ı cinsel olarak aktiftir⁽⁵³⁾. Üİ ve POP'un kadın cinsel fonksiyonunu olumsuz etkilediği kesindir. Ürojinekoloji birimlerine başvuran ve cinsel olarak aktif olan kadınların % 64'de cinsel disfonksiyon saptanmıştır⁽⁵⁴⁾. Cinsel disfonksiyon çok yaygın bir problem olmasına rağmen Amerikan Ürojinekoloji Derneği'nin 471 jinekologla yaptığı son çalışma hastaların cinsel disfonksiyon açısından çok az bir kısmının incelendiğini ortaya çıkarmıştır⁽⁵⁵⁾. İngiltere'de yapılan toplum temelli bir çalışmada kadınların %54'nün son 1 yılda en az 1 ay boyunca devam eden en az bir cinsel problem yaşadıkları ve %62'de bu cinsel problemin cinsel ilişkiye engel olacak düzeyde olduğu saptanmıştır. Ancak bu kadınların sadece %21'i yardım almıştır⁽⁵⁶⁾. Amerika'da 3807 KCD sorunu yaşayan kadınla yapılan çalışma, kadınların yardım almalarına engel olan en önemli faktörlerin utanma ve sağlık personelinin yardım edemeyeceğini düşünmeleri olduğunu ortaya çıkarmıştır. Bu çalışmadaki kadınların sadece %42'si jinekologlarından yardım almışlardır⁽⁵⁷⁾. Kadınların cinsel disfonksiyon konusunda yardım almadaki

isteksizlikleri, sağlık personelinin tutumunun bir yansıması olmakla birlikte sağlık profesyonellerinin kadın hastalarla cinsel fonksiyonları hakkında konuşma becerisine de bağlıdır⁽⁴⁸⁾.

Hastadan kısa, öz bir cinsel öykü almak ve hastayı özel sorulara cevap vermesi konusunda cesaretlendirmek hastanın cinsel endişelerini ifade etmesine fırsat sağlayabilir. Ürojinekolojik sorunların cinsel sağlık üzerine etkileri klinik öyküye ek olarak en iyi geçerlilik/güvenirlilik çalışması yapılmış soru formları sayesinde değerlendirilebilir. Bu açıdan soru formları, kadın cinsel sağlığını değerlendirmede güvenilir, objektif, kontrollü ve tekrarlanabilir bir yöntem olarak bu alana katkı sağlayabilir^(1,4).

Ürojinekolojik sorunların etkili tedavisi kadar yarattığı sıkıntıları değerlendirmek için hazırlanmış soru formlarının kullanımı son 20 yıldır giderek artmıştır⁽¹⁾. Özellikle cinsel fonksiyon bozukluğu ve POP/Üİ ilişkisine özgün soru formları son 5 yıl içinde oluşturulmuştur⁽⁵⁸⁾. Cinsellik soru formları kadın ve erkek cinsel disfonksiyonlarının tanı ve tedavisinde tamamlayıcı bir rol oynar. Cinsellik soru formları özellikle, disfonksiyonlu kişilerin belirlenmesinde, disfonksiyonun şiddetini, tedavi sonrası memnuniyeti ya da ilerlemeyi, disfonksiyonun kişilerin yaşam kalitesi üzerine olan etkisini ve disfonksiyonun partner / eşin yaşam kalitesi üzerine olan etkisini değerlendirmede kullanılır^(4,59). Literatür incelendiğinde kadında cinsel fonksiyonu farklı yönleriyle değerlendiren ve yaygın olarak kullanılan birçok soru formu mevcuttur. Uluslararası Kontinens Birliği, yaygın olarak kullanılan cinsellik soru formlarını, uygulanabilirlik durumuna göre, kategori A (en çok uygulanması önerilen), kategori B (uygulanması önerilen) ve kategori C (olası/potansiyel uygulanabilir) olmak üzere üç şekilde kategorize etmiştir^(1,3,4). Uluslararası Kontinens Birliği'nin kadın cinsel fonksiyon soru formlarını uygulanabilirlik durumuna göre sınıflaması Tablo I'de verilmiştir^(1,3).

PTD'lu kadınlarda kadın cinsel fonksiyonu değerlendirmede kullanılan en yaygın soru formları The King's Health Questionnaire ve The Incontinence Impact Questionnaire soru formlarıdır. Bu soru formları özellikle cinsel fonksiyon üzerine odaklanmaz, cinselliğe özgü sadece birkaç soru vardır, daha çok Üİ/POP'un hastanın yaşam kalitesi /iyilik durumuna etkisini saptamaya yöneliktir. Female Sexual Function Index (FSFI), The Profile of Female Sexual Function, ve The McCoy Female Sexuality Questionnaire (MFSQ) gibi cinsellik soru formları kadın

hipoaktif cinsel istek ve uyarılma bozuklukları üzerine odaklanır. Revize edilen Female Sexual Distress Scale (FSDS) ise distressi değerlendirmede kullanılabilir en uygun soru formu olduğu bildirilmektedir. Genel popülasyonda geçerliliği ve güvenilirliği yapılmış olan bu soru formları PTD'na bağlı farklılıkları belirlemede yeterince duyarlı olmayabilir^(1,4).

Sadece Pelvic Organ Prolapse/Incontinence Sexual Questionnaire (PISQ) özellikle Üİ/POP'lu kadınlarda

cinsel fonksiyonu değerlendirmek için geliştirilen soru formudur. PISQ, PTD cerrahisi sonrası cinsel fonksiyonu değerlendirmede de yaygın kullanılan soru formudur^(1,4). Literatürde kadın cinsel fonksiyonunu/memnuniyetini değerlendirmede tavsiye edilen ve en yaygın kullanılan cinsel fonksiyon soru formlarına Tablo II'de⁽¹⁾, sıklıkla kullanılan cinsel fonksiyon soru formlarının psikometrik özelliklerine Tablo III'de yer verilmiştir⁽¹⁾.

Tablo I: Uluslararası Kontinens Birliği'nin kadın cinsel fonksiyon soru formlarını uygulanabilirlik durumuna göre sınıflaması.

Kategori	Psikometrik özelliklerinin kesinlik durumu	Soru formu
Kategori A: Çok uygulanması önerilen	Çeşitli verilere göre geçerlik ve güvenilirliği ve duyarlılık durumu kesin.	• Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS) (Her iki cinsiyete)
Kategori B: Uygulanması önerilen	Geçerlik, güvenilirliği ve duyarlılık durumu saptandı ancak kesinlik yok.	• Psychosocial Adjustment to Illness Scale (PAIS) (Her iki cinsiyete) • Brief Index of Sexual Functioning Women (BISF-W) (Kadına)
	Çeşitli verilere göre geçerlik ve güvenilirliği kesin.	• Pelvic Organ Prolapse/Incontinence Sexual Questionnaire (PISQ) (Kadına)
Kategori C: Olası/potansiyel uygulanabilir	Geçerliliği, güvenilirliği ve duyarlılık durumu değişmektedir.	• McCoy Female Sexuality Questionnaire (MFSQ) (Kadına) • Female Sexual Function Index (FSFI) (Kadına) • Derogatis Interview for Sexual Functioning (DISF) (Her iki cinsiyete) • Sexual Behavior Inventory (SBI) (Her iki cinsiyete) • Changes in Sexual Functioning Questionnaire (CSFQ) (Her iki cinsiyete) • Index of Sexual Satisfaction (ISS) (Her iki cinsiyete) • Multidimensional Sexuality Questionnaire (MSQ) (Her iki cinsiyete) • The Sexual Interaction Inventory • BFLUTS sex (Kadına) • Simple Sexual Function Questionnaire (Kadına) • Sexual Function Questionnaire (Kadına) • Danish Prostatic Symptom Score sex questionnaire (DAN-PSS sex) (Erkeğe)

Tablo II: Kadın cinsel fonksiyonunu /memnuniyetini değerlendirmede tavsiye edilen ve en yaygın kullanılan cinsel fonksiyon soru formları.

Soru formu	Soru sayısı	Uygulanma şekli	İçerik alanı	PTD'a özgü olma durumu
• Golombok-Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS)	28	Kendisi	5 Alan: anorgazmi, nonsexuality, ilişkiden kaçınma, vaginismus, memnunsuzluk /hoşnutsuzluk	Yok
• Psychosocial Adjustment to Illness Scale (PAIS)	6	Kendisi ya da yardımcı görüşmeci	6 Alan: Kalite, cinsel ilgi, ilişki sıklığı, memnuniyet, disfonksiyon ve uyumsuzluk	Yok
• Brief Index of Sexual Functioning -Women (BISF-W)	22	Kendisi	7 Alan: Cinsel istek/ düşünceler, uyarılma, ilişki sıklığı, ilişkiyi kabul etme/başlatma, ilişki memnuniyeti, partnerle uyum, doyum/orgazm, cinsel problemler	Yok
• McCoy Female Sexuality Questionnaire (MFSQ)	25 uzun 9 kısa	Kendisi	5 Alan: Cinsel ilgi, memnuniyet /ilişki sıklığı, vaginal lubrikasyon, orgazm, partner	Yok
• Female Sexual Function Index (FSFI)	19	Kendisi	5 Alan: İstek, lubrikasyon, orgazm, uyarılma, ağrı, memnuniyet.	Yok
• Pelvic Organ Prolapse/ Incontinence Sexual Questionnaire (PISQ)	31 uzun 12 kısa	Kendisi	3 Alan: Emosyonel davranış, fiziksel, partnerle ilgili	Evet

Tablo III: En çok kullanılan cinsel fonksiyon soru formlarının psikometrik özellikleri.

Soru formları	Test-retest	İç tutarlılık	Ayırt edici gruplar
Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS)	0.71 - 0.94	0.61 - 0.85	Fonksiyonel/disfonksiyonel çiftler
Psychosocial Adjustment to Illness Scale (PAIS)	-	0.8 - 0.93	Akciğer kanseri olan ve olmayan kadınlar
Brief Index of Sexual Functioning Women (BISF-W)	0.68 - 0.78	0.39 - 0.83	Fonksiyonel/disfonksiyonel kadınlar
McCoy Female Sexuality Questionnaire (MFSQ)	0.69 - 0.95	0.74	Östrojen tedavisi öncesi ve sonrasında postmenopozal kadınlar
Female Sexual Function Index (FSFI)	0.79 - 0.88	0.89 - 0.97	Kadın cinsel uyarılma bozukluğu/kontrol grup Kadın orgazmik bozukluğu/kontrol grup Hipoaktif cinsel istek bozukluğu/kontrol grup.
Pelvic Organ Prolapse/ Incontinence Sexual Questionnaire (PISQ)	0.53 - 0.93	0.43 - 0.86	PTD'ü olan ve olmayan kadınlar

Golombok-Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS)

Bu form geçerli ve güvenilir bir formdur ve 56 sorudan oluşmaktadır. Bu soruların 28'i erkekler için 28'de kadınlar için oluşturulmuştur. Yaklaşık doldurulması 15 dk. bulur. GRISS hem cinsel ilişkinin kalitesini hem de her bir partnerin ilişkideki cinsel fonksiyon düzeyini değerlendirmek amacıyla seks terapistleri tarafından geliştirilmiştir. Soru formunun kullanıldığı küçük bir grup çalışmasında diğer gruplarla karşılaştırıldığında inkontinans grubunda cinsel disfonksiyonun yüksek seviyede olduğu gösterilmiştir (1). 5 alanda cinsel fonksiyonu değerlendirir. 5 alanı yalnızca kadını ve erkeği, 2 alanı da ortak kadına ve erkeğe ait alanları içerir. Anorgazmia, vaginismus, ilişkiden kaçınma, tensel temas kurmama, memnunsuzluk/hoşnutsuzluk, ortak alanlar her iki cins için: cinsel ilişki sıklığı ve iletişim kurmamadır^(1,60).

Psychosocial Adjustment to Illness Scale (PAIS)

PAIS hasta olan kişilerin psikososyal ve sosyal uyumunu değerlendirmek için oluşturuldu. Kişinin kendisi de uygulayabileceği gibi bir görüşmeci yardımıyla da uygulanabilir. Geniş olan bu soru formunun 6 sorusu cinsel fonksiyonu değerlendirmeye yöneliktir. Kalite, cinsel ilgi, ilişki sıklığı, memnuniyet, disfonksiyon ve uyumsuzluk. 1986'da geliştirildiği için dili eskidir⁽¹⁾.

Brief Index of Sexual Functioning-Women (BISF-W)

1994'de Taylor ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Brief Index of Sexual Function for Women (BISF-W) kadının cinsel fonksiyonunu ve

memnuniyetini 7 alanda (cinsel istek/düşünceler, uyarılma, ilişki sıklığı, ilişkiyi kabul etme/başlatma, doyum/orgazm, ilişki memnuniyeti/partnerle uyum, cinsel problemleri) değerlendiren çok yönlü bir anket formudur. 22 sorudan oluşmuştur ve uygulanması tahminen 15-20 dakikayı bulmaktadır. 269 kadın üzerinde geçerlik/güvenirliliği yapılmıştır, ayrıca cerrahi menopoza girmiş ve cinsel şikayetleri olan 104 kadın üzerinde de geçerlik/güvenirliliği yapılmıştır. PTD'lu kadınlarda kullanımı sınırlıdır^(1,61).

McCoy Female Sexuality Questionnaire (MFSQ)

McCoy Female Sexuality Questionnaire (MFSQ) soru formu bir kadının cinsel ilgi ve yanıt düzeyini gösterir ve postmenopozal kadınlar üzerinde geçerlik/güvenirliliği yapılmıştır. Sonradan soru sayısı kısaltılmış 25 iken 9'a inmiştir ve perimenopozal kadınlar üzerinde geçerlik/güvenirliliği yapılmıştır. Bu kısa form son dönemde PTD olan ve olmayan kadınların cinsel fonksiyonunu değerlendirmek için kullanılmıştır⁽⁶²⁾. 5 alanda (cinsel ilgi, memnuniyet / ilişki sıklığı, vaginal lubrikasyon, orgazm, partner) cinsel fonksiyonu değerlendirir⁽¹⁾.

Female Sexual Function Index (IFSF)

Index of Female Sexual Function (IFSF) 19 sorudan oluşan bir soru formudur. Rosen ve arkadaşları tarafından 2000 yılında geliştirilmiştir⁽⁶³⁾. Cinsel disfonksiyonu olan 128 kadın ve cinsel disfonksiyonu olmayan 131 kadın üzerinde uygulanarak geliştirildi. Ürojinekolojik bakım almak için başvuran cerrahi öncesi ve sonrası dönemde PTD'ü olan kadınlarda cinsel fonksiyonu değerlendirmek için kullanılmaktadır⁽⁵⁴⁾. Cinsel fonksiyonu 6 alanda (cinsel istek, uyarılma,

lubrikasyon, orgazm, cinsel doyum) değerlendirilir. Ortalama uygulama süresi 15 dakikayı bulmaktadır (1).

The Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire (PISQ)

PISQ sadece özellikle Üİ ve/veya POP yaşayan kadınlarda cinsel fonksiyonu değerlendirmek için 2001 yılında Rogers ve ark. tarafından geliştirildi⁽⁶⁴⁾. Uzun formu cinsel aktivite sıklığını, orgazm oranını ve memnuniyeti ölçen davranışsal-duygusal alan, Üİ ve POP'un cinsel fonksiyon üzerine etkisini değerlendirmeye yönelik spesifik soruları içeren fiziksel alan ve kadının eş/partnerine özgü sorulardan oluşan partnerle ilgili alan olmak üzere 3 alandan oluşmuştur. Ayrıca 12 sorudan oluşan kısa formu da oluşturulmuştur. PISQ PTD'ü olan ve olmayan kadınları değerlendirmek için kullanıldığı gibi hem tıbbi hem de cerrahi PTD tedavisini takiben cinsel fonksiyondaki değişimi değerlendirmek için de kullanılmaktadır⁽¹⁾.

Hangi soru formunun kullanılacağı seçimi araştırma konusuna bağlıdır. Araştırma konusu soru formunu belirler. Semptom şiddet soru formları Üİ/POP'un olup olmadığını ve şiddetini ölçerken, yaşam kalitesi anketleri kişinin semptomlardan nasıl etkilendiğini ölçer. Fonksiyon soru formları hastalığın günlük yaşam aktiviteleri üzerine olan etkisini değerlendirir. Genel soru formlarının kullanımı gruplar arasındaki cinsel fonksiyonu karşılaştırırken daha yararlı olabilir, örneğin PTD'lu kadınlarla pulmoner hastalığı olan kadınların cinsel fonksiyonunun karşılaştırılması. Spesifik-durum soru formları gruplar içinde karşılaştırma yapılacaksa en etkili soru formlarıdır, örneğin prolapsus evrelerinin cinsel fonksiyon üzerine etkisini belirleme ya da Üİ ile POP'un cinsel fonksiyon üzerine olan etkisini karşılaştırma gibi^(1,4).

Güncel literatür bilgisinde PTD'nun cinsel aktivite ve/veya cinsel fonksiyon üzerine hem negatif etki yaptığı hem de tedaviyle birlikte iyileşme olduğu belirtilmektedir. PTD'da amaç yeni tedavi yöntemleri ile birlikte bu sorunu yaşayan kadınların cinsel fonksiyonunu geliştirmek ya da zarar görmesini önlemektir. Bu amaçla yeni tedavilerin geçerlik/güvenirliliği yapılmış sorularla değerlendirilmesi gerekir. The International Urogynecological Association (IUGA) Research and Development (R&D) Komitesi PTD'nun cinsel fonksiyon üzerine olan etkisine yönelik bir proje başlatmıştır⁽⁴⁾.

Sağlık bakım profesyonelleri öykü almanın yanı sıra geçerlik/güvenirliliği yapılmış soru formlarını kullanarak AÜSS, Üİ ve POP sorunu yaşayan kadınların cinsel fonksiyonlarını değerlendirebilir bu konuda endişelerini ve problemlerini ifade etmelerine yardım edebilirler. Ayrıca sağlık personeli kadına bu konuda danışmanlık yapabilir ve gerektiğinde ilgili birimlere yönlendirebilir. Ürojinekoloji kliniklerine başvuran kadınların sadece araştırma amaçlı değil rutin olarak cinsel fonksiyonları değerlendirilmelidir. Sağlık bakım profesyonelleri, ürojinekoloji alanında cinsel fonksiyonu değerlendirmek için cinsellik soru formlarını kullanmaya teşvik edilmelidir.

Sonuç olarak PTD'nu cinsel yaşam ya da cinsel fonksiyon üzerine negatif etki yapmaktadır. Bu nedenle ürojinekolojik sorun yaşayan ve kliniğe başvuran kadınlar mutlaka cinsel fonksiyon açısından değerlendirilmelidir. Ürojinekolojik sorunların cinsel sağlık üzerine etkileri tedavi öncesi ve sonrasında geçerlilik/güvenirlilik çalışması yapılmış soru formları sayesinde değerlendirilebilir. Bu açıdan soru formları, kadın cinsel sağlığını değerlendirmede güvenilir, objektif, kontrollü ve tekrarlanabilir yöntem olarak ürojinekolojik alana katkı sağlayabilir.

Bu çalışmada ürojinekolojik alanda cinsel fonksiyon değerlendirilmesi konusu literatür doğrultusunda incelenmiştir.

KAYNAKLAR

1. Omotosho TB, Rogers RG. Shortcomings/strengths of specific sexual function questionnaire currently used in urogynecology: a literature review. *Int Urogynecol J* 2009 May; 20 (Suppl 1): 51- 6.
2. Kadında Cinsel Aktivite ve Cinsel İşlev Bozuklukları. İstanbul Tıp Fakültesi "<http://www.saglik-info.com/pdf/02-c-Kadincinsel.pdf>"
3. Dalpiaz O, Kerschbaumer A, Mitterberger M, et al. Female sexual dysfunction: a new urogynaecological research field. *BJU Int* 2008 Mar; 101(6): 717- 21.
4. Espuña Pons M. Sexual health in women with pelvic floor disorders: measuring the sexual activity and function with questionnaires--a summary. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2009 May; 20 (Suppl 1): 65- 71.
5. Nobre PJ, Pinto-Gouveia J. Emotions during sexual activity: differences between sexually functional and dysfunctional men and women. *Arch Sex Behav.* 2006; 35 (4): 491- 9.

6. Wylie K. Sexual dysfunction in women. *Obstetrics Gynecology and Reproductive Medicine*. 2007; 18(2): 39- 42.
7. Johnson AM, Mercer CH, Erens B, et al. Sexual behaviour in Britain: partnership, practices, and HIV risk behaviors. *Lancet*. 2001; 358 (9296): 1835- 42.
8. Ghielmetti T, Kuhn P, Dreher E F., Kuhn A. Gynaecological operations: Do they improve sexual life? *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2006 Dec;129(2): 104- 10.
9. Kingsberg S, Althof SE. Evaluation and treatment of female sexual disorders. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2009 May; 20 (Suppl 1): 33- 43.
10. Abu Ali RM, Al Hajeri RM, Khader YS, Ajlouni KM. Factors associated with sexual dysfunction in Jordanian women and their sexual attitudes. *Ann Saudi Med*. 2009; 29(4): 270- 4.
11. Akhan SE. Pelvis tabanı ve Cinsel Yaşam: Bölüm 51. Yalçın Ö (Ed). *Temel Ürojinekoloji* . 1. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti., 2009; 525- 41.
12. Basson R. Women's sexual dysfunction: revised and expanded definitions. *CMAJ*. 2005; 172(10): 1327- 33.
13. Graziottin A. Prevalence and evaluation of sexual health problems-HSDD in Europe. *J. Sex Med* 2007; 4 (Suppl 3): 211- 19.
14. Laumann EO, Nicolosi A, Glasser DB, et al. Sexual problems among women and men aged 40-80 y: prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *Int J Impot Res* 2005; 17(1): 39- 57.
15. Shaw C. A systematic review of the literature on the prevalence of sexual impairment in women with urinary incontinence and the prevalence of urinary leakage during sexual activity. *Eur Urol*. 2002 Nov; 42 (5): 432- 40.
16. Oniz A, Keskinoglu P, Bezircioglu I. The prevalence and causes of sexual problems among premenopausal Turkish women. *J Sex Med*. 2007 Nov; 4(6): 1575- 81.
17. Çayan S, Akbay E, Canpolat B, Acar D, Bozlu M, Ulusoy E: The prevalence of female sexual dysfunction and potential risk factors that may impair sexual function in Turkish women. *Urol Int*. 2004; 72(1): 52- 7.
18. Aslan E, Beji NK Gungor I, Kadioglu A, Dikencik BK. Prevalence and risk factors for low sexual function in women: a study of 1009 women in an outpatient clinic of a university hospital in Istanbul. *J Sex Med*. 2008 Sep; 5(9): 2044- 52.
19. Domoney C. Sexual function in women: What is normal? *Int Urogynecol J*. 2009; 20(Suppl 1): 9- 17.
20. Hayes RD, Dennerstein L. The impact of aging on sexual based studies. *J Sex Med*. 2005 May; 2(3): 317- 30.
21. Hayes RD, Dennerstein L, Bennett CM, Fairley CK. What is the "true" prevalence of female sexual dysfunctions and does the way we assess these conditions have an impact? *J Sex Med*. 2008; 5(4): 777- 87.
22. Güngör M, Çetinkaya E. Pelvis Tabanı Yetmezliği-Pelvik Organ Prolapsusu Ve Pelvis Tabanı Disfonksiyonu: Bölüm 4. Yalçın Ö (Ed). *Temel Ürojinekoloji*. 1. Baskı. İstanbul. Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti., 2009; 33- 9.
23. Rogers RG, Kammerer-Doak D, Darrow A, et al. Does sexual function change after surgery for stress urinary incontinence and/or pelvic organ prolapse? A multicenter prospective study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2006; 195(5): e1-e4.
24. Pauls RN, Silva WA, Rooney CM, et al. Sexual function after vaginal surgery for pelvic organ prolapse and urinary incontinence. *Am J Obstet Gynecol*. 2007 Dec; 197(6): 622- 4.
25. Biri A, Durukan E, Maral I, ve ark. Incidence of stress urinary incontinence among women in Turkey. *Int Urogynecol J*. 2006 Nov; 17(6): 604- 10.
26. Schimpf MO, O'Sullivan DM, LaSala CA, Tulikangas PK. Anterior vaginal wall prolapse and voiding dysfunction in urogynecology patients. *Int Urogynecol J*. 2007 Jul; 18 (7): 721- 5.
27. Van der Vaart CH, Lamers BHC, Heintz APM. Feasibility and patient satisfaction with pelvic organ prolapse and urinary incontinence day surgery. *Int Urogynecol J*. 2007 May; 18(5): 531- 6.
28. Özerdoğan N, Beji KN, Yalçın O. Urinary incontinence: its prevalence, risk factors and effects on the quality of life of women living in a region of Turkey. *Gynecol Obstet Invest*. 2004; 58(3): 145- 50.
29. Kocak I, Okyay P, Dundar M, Erol H, Beser E. Female urinary incontinence in the west of Turkey: prevalence, risk factors and impact on quality of life. *European Urology*. 2005; 48 (4): 634- 41.
30. Oskay Ü, Beji N, Yalçın Ö. A study on urogenital complaints of postmenopausal women aged 50 and over. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2005 Jan; 84(1): 72- 8.
31. Jelovsek JE, Maher C, Barber MD. Pelvic organ prolapse. *Lancet*. 2007 Mar 24; 369 (9566): 1027- 38.
32. Barber MD, Dowsett SA, Mullen KJ, Viktrup L. The impact of stress urinary incontinence on sexual activity in women. *Cleve Clin J Med*. 2005 Mar; 72(3): 225- 32.
33. Sen I, Onaran M, Aksakal N, et al. The impact of urinary incontinence on female sexual function. *Adv Ther*. 2006 Nov-Dec; 23(6): 999- 1008.
34. Salonia A, Zannia G, Nappi RE, et al. Sexual dysfunction is common in women with lower urinary tract symptoms and urinary incontinence: results of a cross-sectional study. *European*

- Urology. 2004 May; 45(5): 642- 8.
35. Kizilkaya BN, Yalcin O, Ayyildiz EH, Kayir A. Effect of urinary leakage on sexual function during sexual intercourse. *Urol Int*. 2005; 74(3): 250- 5.
 36. España Pons M, Puig Clota M. Coital urinary incontinence: impact on quality of life as measured by the King's Health Questionnaire. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2008 May; 19(5): 621- 5.
 37. España Pons M, Puig-Clota M. Coital urinary incontinence. Associated symptoms and severity of incontinence. *Actas Urol Esp*. 2009 Jul-Aug; 33(7): 801- 5.
 38. Moran PA, Dwyer PL, Ziccone SP. Burch colposuspension for the treatment of coital urinary leakage secondary to genuine stress incontinence. *J Obstet Gynaecol* 1999 May; 19(3): 289-91.
 39. Serati M, Salvatore S, Uccella S, Nappi RE, Bolis P. Female urinary incontinence during intercourse: A review on an understudied problem for women's sexuality. *J Sex Med* 2009 Jan; 6(1): 40-8.
 40. Moller LA, Lose G. Sexual activity and lower urinary tract symptoms. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2006 Jan; 17(1): 18- 21.
 41. Beji NK, Yalcin O, Erkan HA. The effect of pelvic floor training on sexual function of treated patients. *Int. Urogynecol. J Pelvic Floor Dysfunct*. 2003 Oct; 14(4): 234- 8.
 42. Özel B, White T, Urwitz-Lane R, Minaglia S. The impact of pelvic organ prolapse on sexual function in women with urinary incontinence. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2006 Jan; 17(1): 14- 7.
 43. Novi JM, Jeronis S, Morgan MA, Arya LA. Sexual function in women with pelvic organ prolapse compared to women without pelvic organ prolapse. *J Urol*. 2005 May; 173(5): 1669-72.
 44. Stoutjesdijk JA, Vierhout ME, Spruijt JW, Massolt ET. Does vaginal reconstructive surgery with or without vaginal hysterectomy or trachelectomy improve sexual well being? A prospective follow-up study. *Int Urogynecol J*. 2006 Feb; 17(2): 131-5.
 45. Srivastava R, Thakar R, Sultan A. Female sexual dysfunction in obstetrics and gynecology. *Obstet Gynecol Surv*. 2008; 63(8): 527- 37.
 46. Tunuguntla HS, Gousse AE. Female sexual dysfunction following vaginal surgery: a review. *J Urol*. 2006; 175(2): 439- 46.
 47. Ahtari C, Dwyer PL. Sexual function and pelvic floor disorders. *Best Pract Res Clin Obstet Gynecol*. 2005 Dec; 19(6): 993-1008.
 48. Thakar R. Review of current status of female sexual dysfunction evaluation in urogynecology. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2009 May; 20 (Suppl 1): 27- 31.
 49. Sentilhes L, Berthier A, Caremel R, Loisel C, Marpeau L, Grise P. Sexual function after transobturator tape procedure for stress urinary incontinence. *Urology* 2008 Jun; 71(6): 1074-9.
 50. Elzevier HW, Putter H, Delaere KP, Venema PL, Lycklama à Nijeholt AA, Pelger RC. Female sexual function after surgery for stress urinary incontinence: transobturator suburethral tape vs. tension-free vaginal tape obturator. *J Sex Med* 2008; 5: 400-6.
 51. Milani R, Salvatore S, Soligo M, Pifarotti P, Meschia M, Cortese M. Functional and anatomical outcome of anterior and posterior vaginal prolapse repair with prolene mesh. *Br J Obstet Gynaecol*. 2005 Jan ;112(1): 107- 11.
 52. Dwyer PL, O'Reilly BA. Transvaginal repair of anterior and posterior compartment prolapse with Atrium polypropylene mesh. *BJOG*. 2004 Aug; 111(8): 831- 6.
 53. Domoney C. Sexual function in women: What is normal? *Int Urogynecol J*. 2009; 20(Suppl 1): 9- 17.
 54. Pauls RN, Segal JL, Andre Silva W, Kleeman SD, Karram MM. Sexual function in patients presenting to a urogynecology practice. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2006 Nov; 17(6): 576-80.
 55. Pauls RN, Kleeman SD, Segal JL, Silva WA, Goldenhar LM, Karram MM. Practice patterns of physician members of the American Urogynecologic Society regarding female sexual dysfunction: results of a national survey. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2005 Nov-Dec; 16(6): 460- 7.
 56. Mercer CH, Fenton KA, Johnson AM, et al. Sexual function problems and help seeking behaviour in Britain: national probability sample survey. *BMJ*. 2003 Aug 23; 327 (7412): 426-7.
 57. Berman L, Berman J, Felder S, et al. Seeking help for sexual function complaints: what gynecologists need to know about the female patient's experience. *Fertil Steril* 2003 Mar; 79(3): 572-6.
 58. Lukacz ES, Whitcomb EL, Lawrence JM, Nager CW, Contreras R, Lubner M. Are sexual activity and satisfaction affected by pelvic floor disorders? Analysis of a community-based survey. *Am J Obstet Gynecol*. 2007 Jul; 197(1): 88.e1- 6.
 59. Kingsberg S, Althof SE. Evaluation and treatment of female sexual disorders. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2009 May; 20 (Suppl 1): 33- 43.
 60. Meston CM, Derogatis LR. Validation instruments assessing female sexual function. *J Sex Marital Ther*. 2002; 28 (Suppl 1): 155- 64.
 61. Mazer NA, Leiblum SR, Rosen RC. The Brief Index of Sexual Functioning for women (BISF-W): a new scoring algorithm

- and comparison of normative and surgically menopausal populations. *Menopause*. 2000 Sep-Oct; 7(59): 350- 63.
62. Dennerstein L, Lehert P, Dudley E. Short scale to measure female sexuality: adapted from McCoy Female Sexuality Questionnaire. *J Sex Marital Ther*. 2001 Jul-Sep; 27(4): 339- 51.
63. Rosen R, Brown C, Heiman J. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther*. 2000 Apr-Jun; 26(2): 191- 208.
64. Rogers RG, Kammerer-Doak D, Villarreal A, Coates K, Qualls C. A new instrument to measure sexual function in women with urinary incontinence and pelvic organ prolapse. *Am J Obstet Gynecol*. 2001 Mar;184(4): 552- 8.