

Türkiye'nin Batı Bölgesindeki Evli Kadınlar Arasında Disparoni ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi

Evaluation of Dyspareunia Among Married Women and Its Impact on Quality of Life in a Urban Area of Western Turkey

Kevser ÖZDEMİR,^a
Nebahat ÖZERDOĞAN,^b
Alaettin ÜNSAL^c

^aKadın Sağlığı ve
Hastalıkları Hemşireliği AD,
Sakarya Üniversitesi
Sağlık Yüksekokulu, Sakarya

^bKadın Sağlığı ve
Hastalıkları Hemşireliği AD,
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Eskişehir Sağlık Yüksekokulu,
^cHalk Sağlığı AD,
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Tıp Fakültesi, Eskişehir

Geliş Tarihi/Received: 19.08.2012
Kabul Tarihi/Accepted: 04.01.2013

Bu çalışma, 12.Ulusal Ağrı Kongresi
(17-20 Mayıs 2012, İstanbul)'nde bildiri olarak
sunulmuştur.

Yazışma Adresi/Correspondence:
Kevser ÖZDEMİR
Sakarya Üniversitesi
Sağlık Yüksekokulu,
Kadın Sağlığı ve
Hastalıkları Hemşireliği AD, Sakarya,
TÜRKİYE/TURKEY
kevserozdemir@sakarya.edu.tr

ÖZET Amaç: Cinsel ilişki sırasında, öncesinde veya sonrasında yaşanan genetal ağrı olarak tanımlanan disparoni, özellikle kadınlar arasında çok yaygın görülmesine rağmen sıklıkla tanı konulamayan önemli bir cinsel sağlık sorunudur. Bu çalışma, evli kadınlar arasında disparoni sıklığının saptanması, disparoni ile ilişkili olduğu düşünülen bazı faktörlerin incelenmesi ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi amacı ile yapılmıştır. **Gereç ve Yöntemler:** Çalışma, 20 Ekim 2010-20 Aralık 2010 tarihleri arasında Sakarya ili Çökekler Sağlık Ocağı bölgesinde yaşayan 15-49 yaş grubu evli kadınlar üzerinde gerçekleştirilen kesitsel tipte bir araştırmadır. Çalışmanın amacına yönelik literatürden faydalanılarak önceden hazırlanan bir anket form, haneler tek tek dolaşarak evlerinde bulunan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 1180 evli kadın tarafından gözlem altında dolduruldu. Bu çalışmada son 1 yıl içinde cinsel ilişki sırasında veya sonrasında ağrı şikâyeti olanlar "disparoni" var olarak kabul edildi. Yaşam kalitesinin değerlendirilmesi için SF-36 Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanıldı. **Bulgular:** Çalışma grubunu oluşturanların yaşları 17-49 arasında değişmekte olup, ortalama 39,1±7,7 yıl idi. Disparoni şikâyeti olan kadın sayısı 238 (%20,2) idi. Yaş ilerledikçe disparoni sıklığının azaldığı bulunmuştur (p<0,05). Aile gelir durumu iyi olanlarda, çekirdek aile yapısına sahip olanlarda, obezite saptanmayanlarda, ilk adet yaşı 14 ve üzerinde olanlarda, dismenore ve kronik pelvik ağrı öyküsü olanlarda, rahim içi araç ve oral kontraseptif kullananlarda disparoni şikâyetinin daha sık görüldüğü saptanmıştır (Her biri için; p<0,05). Disparoni şikâyeti olanlarda SF-36 ölçeğinin fiziksel işlev, fiziksel rol ve emosyonel rol alanları (her biri için; p>0,05) hariç, diğer alanlarda puan ortalamalarının disparoni şikâyeti olmayanlara göre anlamlı bir şekilde daha düşük olduğu bulundu (her biri için; p<0,05). **Sonuç:** Disparoni şikâyeti olanların sağlıkla ilişkili yaşam kalitelerinin daha kötü olduğu saptanmıştır. Sorunun çözümünde farkındalık yaratılması çalışmalarının yanında dismenore şikâyeti olanların uzman hekimlere yönlendirilmesi, bölgede daha çok tıbbi ve sosyal çalışmalar yapılması yararlı olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Disparoni; yaşam kalitesi; cinsel fonksiyon bozukluğu, fizyolojik

ABSTRACT Objective: Dyspareunia is defined as the genital pain experienced during sexual intercourse before or after, although it is very common especially among women, it is often not diagnosed but it is a very important sexual health problem. The aims of this study was to determine the frequency of dyspareunia among married women, to study some of the factors thought to be associated with dyspareunia and to evaluate the quality of life. **Material and Methods:** The research is a cross sectional survey conducted between October 20th, 2010 and December 20th, 2010 at Çökekler Health Clinic region on married women who 15-49 aged. The prepared utilizing literature to the study aim questionnaire was filled up by 1180 married women who accepted to participate in the research under supervision. The definitions were as follows: if women suffer that pain during sexual intercourse or after, it was accepted as "Dyspareunia". SF-36 scale was used in evaluating the quality of life. The data obtained was evaluated using SPSS (version 15.0) Program. A chi-square test and Student t test were used for the analyses. Statistical significance was considered to be p<0.05. **Results:** The women were between 17 and 49 years old, and their average age was 39.1±7.7 years. The results of the study showed that %20.2 (238) of the women had dyspareunia. As the increased age, the prevalence of dyspareunia reduced (p<0.05). The prevalence of dyspareunia increased who family income is in good ones, having a nuclear family, don't determine obesity, menarche age is 14 and over, having history that dysmenorrhea and chronic pelvic pain, users of intrauterine device and oral contraceptives for contraception methods (for each; p<0.05). Presence of dyspareunia reduced quality life to a statistically significant extent, excluding physical functioning, physical role and emotional (for each; p>0.05). **Conclusion:** This study found that women with dyspareunia to be worse of health-related quality of life than women without dyspareunia. Studies of raise awareness should be done to solve the problem. Additionally women had complained of dyspareunia should be directed to specialist and medical and social research in the area would be beneficial.

Key Words: Dyspareunia; quality of life; sexual dysfunction, physiological

Cinsel fonksiyon bozukluklarından biri olan disparoni, cinsel ilişki sırasında, öncesinde veya sonrasında yaşanan genital ağrı olarak tanımlanır.¹ Disparoni, her iki cinste de görülmeyle beraber özellikle kadınlar arasında çok daha yaygındır. Cinsellik, ilişki ve psikolojik uyum üzerine olumsuz etkileri olan ve çok yaygın görülmesine rağmen sıklıkla tanı konulamayan disparoni önemli bir cinsel sağlık sorunudur.

Disparoni, sıklıkla multifaktöryel bir etiyolojiye sahiptir.² Kadınlarda disparoni etiyolojisinde üretral bozukluklar, interstisyel sistit, irritabl bağırsak sendromu, pelvik inflamatuvar hastalık, doğum sırasında pelvik bölge yaralanması, yapışıklıklar, enfeksiyonlar, adneksiyal patolojiler, vulvar atrofi ve endometriozis gibi fiziksel nedenler olabileceği gibi; depresyon, kişilik bozukluğu, fiziksel veya cinsel istismar, ağrı korkusu ve anksiyete gibi psikososyal faktörler de olabilir.^{1,3,4-6} Ayrıca kas iskelet fonksiyon bozukluğu, özellikle kas ağrısı ve levator ani kaslarının aşırı aktivitesi sonucu disparoni gelişebileceği de bildirilmektedir.⁷ Zhang ve ark. disparoni için bağımsız risk faktörleri arasında 50 ve üzeri yaşlarda olmak, sigara içmek, histerektomi, vajinal yağlanma bozukluğu, partnerler ile cinsel iletişim bozukluğunun olduğunu bildirmektedirler.⁸

Disparoni, cinsel olarak aktif kadınlar arasında yaygın bir semptomdur. Çeşitli ülkelerde yapılan çalışmalarda kadınlarda disparoni sıklığının %12,6-%54,5 arasında değişmekte olduğu bildirilmektedir.^{6,8-11} Cinselliğin sosyokültürel ve dini nedenlerle rahatça sorgulanmadığı ve konuşulmadığı ülkemizde disparoni tanısının konulmasındaki sıkıntı, disparoni sıklığının belirlenmesinde de güçlük yaratmaktadır. Bu yaygın kabule rağmen Türkiye'de kadınlar arasında disparoni sıklığı %7,8-%47,2 arasında değişmektedir.¹²⁻¹⁴

Yaşam kalitesi, bireyin yaşamının tümüyle iyiye doğru gittiğine dair hissettiği subjektif bir duygu olarak tanımlanabileceği gibi bireylerin kültür ve değerler sistemi içinde, kendi durumlarını algılayış biçimi olarak da tanımlanabilir.¹⁵ Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi bir hastalığın fonksiyonel etkisini tayin etmek için kabul edilebilirliği artmakta

olan bir araçtır. Disparonik ağrı bütün yaş gruplarındaki kadınlarda yaşam kalitesini azaltan önemli bir etkiye sahiptir.^{16,17} Disparoni cinsel istek azalması, orgazma ulaşmada zorluk, azalmış psikoseksüel iyilik hali, cinsel ilişkiden kaçınma ve cinselliğe karşı olumsuz tutumlara neden olarak yaşam kalitesini olumsuz yönde etkiler.¹⁸⁻²⁰

Bu çalışma, evli kadınlar arasında disparoni sıklığının saptanması, disparoni ile ilişkili olduğu düşünülen bazı faktörlerin incelenmesi ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi amacı ile yapıldı.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Bu çalışma, 20 Ekim 2010-20 Aralık 2010 tarihleri arasında Çökekler Sağlık Ocağı (Aile Sağlığı Merkezi) bölgesinde yaşayan 15-49 yaş grubu evli kadınlar üzerinde gerçekleştirilen kesitsel tipte bir araştırmadır.

Çalışmamız, Türkiye'de Aile Hekimliği Modeline geçiş sürecinde yapıldığı için Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin verildiği Sağlık Ocakları ve bölgeleri kendi isimleri ile anılan Aile Sağlığı Merkezleri ile hizmete devam etmektedir. Bu yüzden çalışmanın başlangıcında Sağlık Ocağı olarak planlanan araştırma bölgesi, Aile Sağlığı Merkezi olarak değiştirilmiştir. Çökekler Sağlık Ocağı (Aile Sağlığı Merkezi) Sakarya il Merkezinde hizmet vermekte olan 16 sağlık ocağından biridir. Sağlık Ocağı bölgesinin nüfusu, 5630 (%51,4)'u erkek, 5323 (%48,6)'ü kadın olmak üzere toplam 10 953 idi. Kadın nüfusun %50,3 (n=2676)'ü 15-49 yaş grubunda olup, bunlardan 2166 (%80,9)'sı evlidir.

Çalışmada veri toplamaya başlamadan önce Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulunun 2010/141, 2010/232 nolu kararı ile onayı ve Sakarya İl Sağlık Müdürlüğünden gerekli izinler alınmıştır. Araştırma, Helsinki Deklarasyonu 2008 Prensipleri'ne uygun olarak yapılmıştır.

Çalışmanın amacına yönelik literatürden faydalanılarak bir anket form hazırlandı.^{1,5,6,11,14} Anket form kadınların bazı sosyodemografik özellikleri (yaş, öğrenim durumu, medeni durumu, çalışma durumu, aile gelir durumu, aile tipi, sigara-alkol alışkanlığı), bazı menstrüel özellikleri (ilk adet yaşı, adet düzeni, dismenore varlığı ve kontraseptif kul-

lanma durumu) ve SF-36 yaşam kalitesi ölçeği ile ilgili sorular içermektedir.

Çalışma süresince Çökekler Sağlık Ocağı bölgesindeki haneler tek tek dolaşarak evlerinde bulunan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 1180 (%54,5) evli kadın çalışma grubunu oluşturmuştur. Evlerinde bulunamayanlar, çalışmaya katılmayı kabul etmeyenler, gebeler ve iletişim kurulamayan kadınlar çalışma kapsamı dışında tutuldu. Çalışmanın konusu ve amacı hakkında bilgilendirme yapıldıktan sonra kadınların sözlü onamları alındı. Daha sonra önceden hazırlanmış olan anket formlar, gözlem altında kadınların kendileri tarafından dolduruldu. Bu işlem yaklaşık 15-20 dakika sürdü.

Anket formlar doldurulduktan sonra kadınların boy uzunluğu mezura ile, vücut ağırlığı ise ev tipi baskül ile ölçüldü. Beden kitle ndeksi 30 ve üzerinde olanlar obez olarak değerlendirildi.

Bu çalışmada son 1 yıl içinde cinsel ilişki sırasında veya sonrasında ağrı şikâyeti olanlar “disparoni” var olarak kabul edildi.

Adet döneminden 1 gün önce ve/veya adet döneminin ilk günü karın, kasık, bel bölgesinde ağrısı olanlar dismenore var olarak kabul edildi.²¹

Çalışmamızda son 6 ay içinde menstrüasyon, gebelik veya cinsel ilişki ile bağlantısı olmayan ve karın alt bölgesi ile kasıklarda görülen sürekli veya aralıklı ağrısı olanlar “Kronik Pelvik Ağrısı” var olarak kabul edildi.

Bu çalışmada yaşam kalitesinin değerlendirilmesi için SF-36 Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanıldı. SF-36 ölçeği, 1992 yılında Ware ve Sherbourne tarafından geliştirilmiş olup, Türkiye’de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Koçyiğit ve ark. tarafından yapılmıştır.^{22,23} Bu ölçek 36 sorudan oluşmakta ve yaşam kalitesini 8 alanda (fiziksel işlev, fiziksel rol, sosyal işlev, emosyonel rol, mental sağlık, vitalite, ağrı, genel sağlık algısı) değerlendirmektedir. Ölçekteki alan puanları 0-100 arasında değişmekte olup, puanlar arttıkça sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi iyi yönde artmaktadır.

Aktif olarak gelir getirici bir işte çalışanlar “çalışıyor” olarak değerlendirildi. Aile gelir durumu

kadınların kendi algılarına göre kötü, orta ve iyi olarak kabul edildi.

Eşit aralıklarla adet görülmesi düzenli adet görüyor olarak değerlendirildi.

Çalışmada düzenli olarak günde en az 1 tane sigara içenler “sigara içiyor”, haftada en az 30 g etil alkol tüketenler “alkol tüketicisi” olarak kabul edildi.^{24,25}

Elde edilen veriler, bilgisayar ortamında SPSS (versiyon 15.0) İstatistik Paket Programında değerlendirildi. Analizler için Student t testi ve k-kare testi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık için p<0,05 kabul edildi.

BULGULAR

Çalışma grubunu oluşturanların yaşları 17-49 arasında değişmekte olup, ortalama 39,1±7,7 yıl idi. Kadınların 252 (%21,4)’si 30 yaşın altında, 263 (%22,3)’ü 30-34 yaş grubunda, 240 (%20,3)’ü 35-39 yaş grubunda, 215 (%18,2)’i 40-44 yaş grubunda, 210 (%17,8)’u ise 45 ve üzeri yaş grubundadır. Öğrenim düzeyi ilkokul altı olanların sayısı 75 (%6,4), ilkokul olanların sayısı 396 (%33,6), ortaokul olanların sayısı 165 (%14,0), lise olanların sayısı 369 (%31,3), üniversite olanların sayısı ise 175 (%14,8) idi. Kadınlardan 366 (%31,0)’si aktif olarak “gelir getirici herhangi bir iş”te çalışmaktaydı. Çalışma grubundakilerden 645 (%54,7)’inin aile gelir durumu kötü, 458 (%38,8)’inin orta, 77 (%6,5)’inin ise iyi düzeydeydi. Kadınlardan 908 (%76,9)’i çekerdek tipi, 272 (%23,1)’si ise geniş aile yapısına sahipti. Sigara içen kadın sayısı 329 (%27,9), alkol tüketicisi olan kadın sayısı 48 (%4,1) idi.

Çalışmamızda disparoni öyküsü olan kadın sayısı 238 (%20,2) idi. Disparoni şikâyeti olan kadınlardan 95 (%39,9)’i bundan dolayı cinsel ilişkiyi sonlandırdıklarını bildirdi. Disparoni nedeniyle cinsel ilişkiden kaçınanların sayısı 67 (%28,2) idi. Çalışmamızda disparoni şikâyeti olan ve olmayan kadınların bazı özelliklerine göre dağılımı Tablo 1’de verilmiştir.

Çalışma grubundakilerin ilk adet yaşları 10-18 arasında değişmekte olup, ortalama 12,95±1,65 yıl idi. İlk adet yaşı 11 ve altında olanların sayısı

TABLO 1: Çalışma grubunda disparoni şikâyeti olan ve olmayanların bazı özelliklerine göre dağılımı.

Sosyo-demografik özellikler	Disparoni		Toplam n (%)**	İstatistiksel analiz X ² ; p
	Hayır n (%)*	Evet n (%)*		
Yaş grubu				
≤ 30	146 (57,9)	106 (42,1)	252 (21,4)	122,135; 0,000
30-34	205 (77,9)	58 (22,1)	263 (22,3)	
35-39	200 (83,3)	40 (16,7)	240 (20,3)	
40-44	188 (87,4)	27 (12,6)	215 (18,2)	
45 ≥	203 (96,7)	7 (3,3)	210 (17,8)	
Öğrenim düzeyi				
Okuryazar/okuryazar değil	83 (84,0)	12 (16,0)	75 (6,4)	5,764; 0,218
İlkokul	319 (80,6)	77 (19,4)	396 (33,6)	
Ortaokul	127 (77,0)	38 (23,0)	165 (14,0)	
Lise	285 (77,2)	84 (22,8)	369 (31,3)	
Üniversite	148 (84,6)	27 (15,4)	175 (14,8)	
Çalışma durumu				
Çalışmıyor	659 (81,0)	155 (19,0)	814 (69,0)	2,073; 0,150
Çalışıyor	283 (77,3)	83 (22,7)	366 (31,0)	
Aile gelir durumu				
Kötü	511 (79,2)	134 (20,8)	645 (54,7)	38,131; 0,000
Orta	389 (84,9)	69 (15,1)	458 (38,8)	
İyi	42 (54,5)	35 (45,5)	77 (6,5)	
Aile tipi				
Çekirdek	712 (78,4)	196 (21,6)	908 (76,9)	4,908; 0,027
Geniş	230 (84,6)	42 (15,4)	272 (23,1)	
Sigara				
İçmiyor	671 (78,8)	180 (21,2)	851 (72,1)	1,828; 0,176
İçiyor	271 (82,4)	58 (17,6)	329 (27,9)	
Alkol kullanma				
Hayır	900 (79,5)	232 (20,5)	1132 (95,9)	1,365; 0,243
Evet	42 (87,5)	6 (12,5)	48 (4,1)	
Obezite				
Hayır	730 (77,3)	214 (22,7)	944 (80,0)	18,321; 0,000
Evet	212 (89,8)	24 (10,2)	236 (20,0)	
Total	942 (79,8)	238 (20,2)	1180 (100,0)	

*:Satır toplamına, **:Sütun toplamına göre yüzde alınmıştır.

72 (%6,1), 12-13 yaş grubunda olanların sayısı 798 (%67,6), 14 ve üzeri yaş grubunda olanların sayısı ise 310 (%26,3) idi. Menopozda olan kadın sayısı 144 (%12,2) idi. Menstrüel özellikler ile ilgili olarak yapılan analizlerde menopozda olanlar değerlendirme dışında tutuldu. Adet gören kadınların 786 (%75,9)'sı adetlerinin düzenli olduğunu bildirdi. Bu çalışmada dismenore sıklığı %48,7 (n=505) olarak bulundu. Adet gören kadınların

919 (%77,9)'u gebeliği önleyici herhangi bir kontraseptif yöntem kullandığını bildirdi. Bunlardan 170 (%14,4)'i oral kontraseptif (OK), 232 (%19,7)'si rahim içi araç, 119 (%10,1)'u tüp ligasyon, 203 (%17,2)'ü koitus interruptus, 195 (%16,5)'i kondom ile gebelikten korunduğunu bildirdi. Çalışma grubunda disparoni şikâyeti olan ve olmayanların bazı jinekolojik özelliklerine göre dağılımı Tablo 2'de verilmiştir.

TABLO 2: Çalışma grubunda disparoni şikâyeti olan ve olmayanların bazı jinekolojik özelliklerine göre dağılımı.

Bazı jinekolojik özellikler	Disparoni		Toplam n (%)**	İstatistiksel analiz X ² ; p
	Hayır n (%)*	Evet n (%)*		
Menarş yaşı (yıl)				
<11	59 (81,9)	13 (18,1)	72 (6,1)	6,512; 0,039
12-13	651 (81,6)	147 (18,4)	798 (67,6)	
14 ve üzeri	232 (74,8)	78 (25,2)	310 (26,3)	
Menopoz durumu				
Hayır	811 (78,3)	225 (21,7)	1036 (87,8)	0,611; 0,286
Evet	108 (75,0)	36 (25,0)	144 (12,2)	
Menstrüel düzen				
Düzensiz	182 (72,8)	68 (27,2)	250 (24,1)	5,824; 0,016
Düzenli	629 (80,0)	157 (20,0)	786 (75,9)	
Dismenore^a				
Hayır	477 (89,8)	54 (10,2)	531 (51,3)	85,456; 0,000
Evet	334 (66,1)	171 (33,9)	505 (48,7)	
Kronik pelvik ağrı				
Hayır	880 (85,6)	148 (14,4)	1028 (87,1)	165,162; 0,000
Evet	62 (40,8)	90 (59,2)	152 (12,9)	
Kontraseptif yöntem kullanma durumu				
Yok	232 (88,9)	29 (11,1)	261 (22,1)	44,507; 0,000
Oral Kontraseptif	119 (70,0)	51 (30,0)	170 (14,4)	
Rahim İçi Araç	161 (69,4)	71 (30,6)	232 (19,7)	
Tüp Ligasyon	97 (81,5)	22 (18,5)	119 (10,1)	
Koitus Interruptus	165 (81,3)	38 (18,7)	203 (17,2)	
Kondom	168 (86,2)	27 (13,8)	195 (16,5)	
Total	942 (79,8)	238 (20,2)	1180 (100,0)	

*:Satır toplamına, **:Sütun toplamına göre yüzde alınmıştır.

^a:Menopozda girmeyenler (n=1036) üzerinden değerlendirme yapılmıştır.

Disparoni şikâyeti olanlarda SF-36 ölçeğinin fiziksel işlev, fiziksel rol ve emosyonel rol alanları (her biri için; $p>0,05$) hariç, diğer alanlarda puan ortalamalarının disparoni şikâyeti olmayanlarda anlamlı bir şekilde daha düşük olduğu bulundu (her biri için; $p<0,05$). Çalışma grubunda disparoni şikâyeti olan ve olmayanların SF-36 Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi Ölçeği alan puan ortalamaları Tablo 3'te verilmiştir.

TARTIŞMA

Disparoni, kadınlar arasında yaygın olarak görülen cinsel fonksiyon bozukluklarından biri olmakla beraber onların yaşam kalitelerini de olumsuz yönde

TABLO 3: Disparoni şikâyeti olan ve olmayanların SF-36 Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi Ölçeği alan puan ortalamaları.

Alanlar	SF-36 puanı		İstatistiksel analiz t test; p-değeri
	Disparoni Evet (n=238) (ort±Sd)	Hayır (n=942) (ort±Sd)	
Fiziksel fonksiyon	81,58±24,47	81,59±18,49	0,0122; 0,991
Fiziksel rol	80,36±27,47	79,94±27,72	0,210; 0,834
Vücut ağrısı	61,16±25,31	64,97±24,79	2,106; 0,035
Genel sağlık	55,48±19,01	59,05±20,87	2,542; 0,011
Enerji- canlılık	50,21±18,21	54,21±19,84	2,825; 0,005
Sosyal fonksiyon	58,87±25,74	70,53±22,27	6,407; 0,000
Emosyonel rol kısıtlılığı	74,79±33,67	76,29±31,18	0,653; 0,514
Mental sağlık	48,14±19,13	51,90±16,97	2,982; 0,003

etkileyen önemli bir sağlık sorunudur. Bu çalışmada disparoni sıklığı %20,2 olarak saptanmıştır. Yapılan çeşitli çalışmalarda disparoni sıklığı ile ilgili olarak farklı sonuçlar bildirilmektedir.^{6,9,11,14} Çeşitli çalışmalarda bildirilen farklı sonuçların nedenleri arasında çalışmaların farklı popülasyonlarda ve farklı zamanlarda yapılmış olması, veri toplama yöntemlerinin farklı olması ve disparoni için farklı tanı kriterlerinin kullanılmış olması sayılabilir.

Yaş ilerledikçe disparoni sıklığında azalma olması beklenen bir durum olduğu ve bunun nedeni olarak da ileri yaşın disparoniye karşı koruyucu bir faktör olduğu tahmin edilmektedir.^{26,27} Bizim çalışmamızda da yaş ilerledikçe disparoni sıklığının azaldığı bulunmuştur ($p<0,05$). Benzer sonuç bildirilen çalışmalar da vardır.^{9,28} Bazı çalışmalarda ise yaş ve disparoni arasında bir ilişki bulunamadığı rapor edilmektedir.^{10,11}

Öğrenim düzeyi yüksek olanlarda diğer hastalıklarda olduğu gibi disparoni için de korunma, erken teşhis ve tedavi ile ilgili olarak daha bilinçli olmaları ve gereğini yapmaları nedeniyle disparoni sıklığının daha az görülmesi beklenir. Yapılan çeşitli çalışmalarda da öğrenim düzeyi arttıkça disparoni sıklığının azaldığı bildirilmektedir.^{10,11,29} Çalışma grubunda öğrenim durumu ile disparoni sıklığı arasında bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$). Jamieson ve ark.nın yaptıkları bir çalışmada da disparoni sıklığı ile öğrenim düzeyi arasında bir ilişki bulunamadığı rapor edilmiştir.³⁰

Çalışan kadınlar arasında disparoni sıklığının daha az olduğu bildirilmekle birlikte, bizim çalışmamızda herhangi bir işte çalışan ve çalışmayan kadınlar arasında disparoni sıklığı açısından bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$).¹⁰ Sobhgol ve Charndabee'nin yaptıkları bir çalışmada da benzer sonuç bildirilmiştir.¹¹

Gelir durumu arttıkça sağlık hizmetlerine erişim ve bu hizmetlerden yararlanmanın da arttığı bilinir. Jamieson ve ark. yaptıkları çalışmada düşük gelir düzeyine sahip olmanın disparoni için bir risk faktörü olduğunu bildirmişlerdir.³⁰ Oysa bizim çalışmamızda aile gelir durumu iyi olanlar arasında disparoni sıklığı, kötü ve orta olanlara göre daha

yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Bu durumun nedenleri arasında çalışma grubunda aile gelir durumu iyi olanların sayısının az olması olabilir.

Çalışma grubunda çekirdek aile yapısına sahip olanlarda disparoni sıklığının, geniş aile yapısına sahip olanlardan daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Bu durumun nedenleri arasında geniş aile yapısına sahip olan kadınlarda şikâyetlerini söylemeleri halinde olumsuz tepkilerle karşılaşacağı düşüncesinin hakim olması ve dini gerekçelerle var olan şikâyetlerin saklanması olabilir.

Zhang ve ark. sigaranın disparoni için bir risk faktörü olduğunu rapor etmektedirler.⁸ Oysa çalışmamızda disparoni sıklığı açısından sigara içenler ile içmeyenler arasında bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Avellanet ve ark.nın yaptıkları çalışmada da sigara içme ile disparoni arasında bir ilişki bulunamadığı bildirilmiştir.¹⁰

Seki ve ark. fazla alkol kullanan kadınlarda alkol ile disparoni arasında derin bir ilişki olabileceğini rapor etmişlerdir. Bu ilişkiyi ise alkol tüketicisi olan ve disparonisi olan kadınlarda östradiol seviyelerinin daha düşmesi ve prolaktin seviyelerinin orta derecede yükselmesi ile izah etmektedirler.³¹ Bizim çalışmamızda ise disparoni sıklığı açısından alkol alışkanlığı olanlar ile olmayanlar arasında bir fark bulunamadı ($p>0,05$).

Yapılan çalışmalarda beden kitle indeksi ile disparoni arasında bir ilişki bulunamadığı bildirilmiştir.^{10,11} Çalışma grubunda obez olanlar arasında disparoni sıklığının daha düşük olduğu görülmüştür ($p<0,05$).

Bu çalışmada ilk adet yaşı 14 ve üzerinde olan kadınlarda ve adet düzensizliği olanlarda disparoni sıklığının daha yüksek olduğu bulundu (her biri için; $p<0,05$). Goumenou ve ark.nın yaptıkları bir çalışmada da benzer sonuç rapor edilmiştir.³² Disparoni ve adet düzensizliği nedenleri arasında endometriozis ve hormonal bozukluklar gibi benzer patolojiler olmasından dolayı adet düzensizliği olanlarda disparoni şikâyetinin daha fazla görülmesi beklenen bir durumdur.³³

Menopozal geçiş süresince disparoni sıklığının artması beklenen bir durumdur.³⁴ Menopoz boyunca

endojen olarak üretilen östrojenlerin özellikle de östrodol (E2) seviyelerinde azalma ve doku yaşlanmasının bir sonucu olarak dış genital bölgede, uterus ve vajende atrofik değişiklikler gözlenebilir. Bunlardan biri de disparoni olabilir.^{35,36} Çalışma grubunda menopozda olanlar ile olmayanlar arasında disparoni sıklığı açısından bir fark bulunamadı ($p>0,05$). Bu durumun nedenleri arasında menopozda olan kadınların çoğunun topik veya sistemik etkili hormon tedavisi almaları ve menopoz dönemindeki kadınların cinsel ilişkiye girme sıklıklarının daha az olması olabilir. Yapılan çeşitli çalışmalarda ise disparoni ile menopozal durum arasında bir ilişki bulunamadığı bildirilmektedir.^{10,37}

Disparoni, dismenore ve kronik pelvik ağrı lokalizasyon nedeniyle benzer etiyoloji ve risk faktörlerine sahiptir.³⁸ Örneğin, üreme çağındaki kadınlarda kronik pelvik ağrının önemli nedenlerinden biri endometriozin esas klinik belirtileri dismenore, disparoni ve kronik menstrüel olmayan ağrıdır.³⁹⁻⁴¹ Bizim çalışmamızda da dismenore ve kronik pelvik ağrı öyküsü olan kadınlarda disparoni sıklığının daha yüksek olduğu saptanmıştır (her biri için; $p<0,05$).

Çalışmamızda RİA ve OK kullananlarda disparoni sıklığının diğer yöntemleri kullananlara göre anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu saptandı (Her biri için; $p<0,05$). Vulvar vestibulit gelişiminde OK'ların önemli bir rol oynadığı bilinmektedir. Vulvar vestibulit ise vulvanın yüzeysel mukozasında irritasyona, temas ağrılarına ve disparoniye yatkınlığı arttırmaktadır.^{42,43} Bouchard ve ark.nın yaptıkları çalışmada da OK kullananlarda disparoni sıklığının daha yüksek bulunduğu bildirilmiştir.⁴⁴ Yapılan bazı çalışmalarda ise OK kullananlar ile kullanmayanlar arasında disparoni sıklığı açısından bir fark bulunamadığı bildirilmektedir.^{10,28} Özellikle uzun süreli RİA kullanan kadınlar arasında PID, servikal erozyon ve bakteriyel vajinozis en sık görülen komplikasyonlardır. Bu komplikasyonlardan RİA'nın ipliği sorumlu tutulmaktadır.^{45,46} Duran ve ark.nın yaptıkları bir çalış-

mada da RİA kullanımının disparoni şikâyetini arttırdığı bildirilmiştir.⁴⁷

Kadınlar arasında fiziksel, psikolojik ve sosyal alanlarda sorunlara neden olan disparoni, cinsel istek kaybına yol açabilir ve kadınların yaşam kalitesini etkileyebilir.⁴⁸⁻⁵¹ Bizim çalışmamızda disparoni şikâyeti olan ve olmayan kadınların SF-36 Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi ölçeğinin fiziksel fonksiyon, fiziksel rol ve emosyonel rol alanlarından aldıkları puan ortalamaları arasında bir fark bulunamadı (her bir alan için; $p>0,05$). Oysa disparoni şikâyeti olanlarda vücut ağrısı, genel sağlık algısı, enerji/canlilik ve sosyal fonksiyon alan puan ortalamalarının disparoni şikâyeti olmayanlara göre anlamlı bir şekilde daha düşük olduğu saptandı (her bir alan için; $p<0,05$). Grace ve Zondervan'ın yaptıkları çalışmada disparonisi olan kadınların yaşam kalitelerinin fizik ve mental sağlık bileşenleri açısından daha kötü bulunduğunu bildirmişlerdir.⁵² Yapılan bazı çalışmalarda da disparoni şikâyeti olanların yaşam kalitelerinin olumsuz yönde etkilendiği rapor edilmektedir.^{16,20}

SINIRLILIKLAR

Bu çalışmanın kesitsel tipte olmasından dolayı nedensellik ortaya konulamamıştır. Çalışma grubunu sadece kadınların oluşturması, çalışmanın 15-49 yaş grubu evli kadınlar üzerinde yapılması ve tek bir Sağlık Ocağı bölgesinde yapılmış olması çalışmanın diğer sınırlılıklarıdır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmanın yapıldığı yerleşim yerindeki evli kadınlar arasında disparoni şikâyeti önemli bir sağlık sorunudur. Disparoni şikâyeti olanların sağlıkla ilişkili yaşam kalitelerinin daha kötü olduğu saptanmıştır. Sorunun çözümünde farkındalık yaratılması çalışmalarının yanında dismenore şikâyeti olanların uzman hekimlere yönlendirilmesi, bölgede daha çok tıbbi ve sosyal çalışmalar yapılması yararlı olacaktır.

KAYNAKLAR

- Heim LJ. Evaluation and differential diagnosis of dyspareunia. *Am Fam Physician* 2001;63(8):1535-44.
- Walid MS, Heaton RL. Dyspareunia: a complex problem requiring a selective approach. *Sex Health* 2009;6(3):250-3.
- Meana M, Benuto L, Donaldson RL. The prevalence of dyspareunia. In: Goldstein AT, Pukall CF, Goldstein I, eds. *Female Sexual Pain Disorders*. 1st ed. West Sussex: Blackwell Publishing; 2009. p. 9-13.
- Latthe P, Mignini L, Gray R, Hills R, Khan K. Factors predisposing women to chronic pelvic pain: systematic review. *BMJ* 2006;332(7544):749-55.
- García-Pérez H, Harlow SD. [When coitus produce pain: an exploration of female sexuality in northwest Mexico]. *Salud Publica Mex* 2010;52(2):148-55.
- Valadares AL, Pinto-Neto AM, Conde DM, Sousa MH, Osis MJ, Costa-Paiva L. A population-based study of dyspareunia in a cohort of middle-aged Brazilian women. *Menopause* 2008;15(6):1184-90.
- Messelink B, Benson T, Berghmans B, Bø K, Corcos J, Fowler C, et al. Standardization of terminology of pelvic floor muscle function and dysfunction: report from the pelvic floor clinical assessment group of the International Continence Society. *Neurourol Urodyn* 2005;24(4):374-80.
- Zhang AX, Chen XY, Pan LJ, Lei Y, Kan YJ. [Multivariate analysis of dyspareunia in women]. *Zhonghua Nan Ke Xue* 2011;17(12):1073-7.
- Padmadas SS, Stones RW, Matthews Z. Dyspareunia and urinary sensory symptoms in India: population-based study. *J Sex Med* 2006;3(1):114-20.
- Avellanet YR, Ortiz AP, Pando JR, Romaguera J. Dyspareunia in Puerto Rican middle-aged women. *Menopause* 2009;16(4):742-7.
- Sobhgol SS, Alizadeli Charndabee SM. Rate and related factors of dyspareunia in reproductive age women: a cross-sectional study. *Int J Impot Res* 2007;19(1):88-94.
- Şimşek F, Özdemir YÖ, İncesu C, Karakoç B, Özkardeş S. [The sociodemographic and clinical characteristics of 1.002 cases that applied multi disciplinary center of sexual dysfunctions]. *Urology Bulletin* 2003;14(3):137-44.
- Esin N, Bulduk S. [Women's health improvement program: practice of public health nursing]. *STED* 2004;13(7):246-8.
- Dogan S. Vaginismus and accompanying sexual dysfunctions in a Turkish clinical sample. *J Sex Med* 2009;6(1):184-92.
- World Health Organization. *The World Health Report 2002. Reducing Risks, Promoting Healthy Life*. Geneva: World Health Organization; 2002. p.230
- Basson R, Berman J, Burnett A, Derogatis L, Ferguson D, Fourcroy J, et al. Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications. *J Urol* 2000;163(3):888-93.
- Mathias SD, Kuppermann M, Liberman RF, Lipschutz RC, Steege JF. Chronic pelvic pain: prevalence, health-related quality of life, and economic correlates. *Obstet Gynecol* 1996;87(3):321-7.
- Danielsson I, Eisemann M, Sjöberg I, Wikman M. Vulvar vestibulitis: a multi-factorial condition. *BJOG* 2001;108(5):456-61.
- Gordon AS, Panahian-Jand M, McComb F, Melegari C, Sharp S. Characteristics of women with vulvar pain disorders: responses to a Web-based survey. *J Sex Marital Ther* 2003;29 (Suppl 1):45-58.
- Arnold LD, Bachmann GA, Rosen R, Kelly S, Rhoads GG. Vulvodynia: characteristics and associations with comorbidities and quality of life. *Obstet Gynecol* 2006;107(3):617-24.
- Patel V, Tanksale V, Sahasrabhojane M, Gupte S, Nevrekar P. The burden and determinants of dysmenorrhoea: a population-based survey of 2262 women in Goa, India. *BJOG* 2006;113(4):453-63.
- Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992;30(6):473-83.
- Kocycigit H, Aydemir O, Olmez N, Memis A. Reliability and validity of the Turkish version of Short-Form-36 (SF-36). *Turkish J Drugs Therapy* 1999;12(9):102-6.
- WHO Guidelines for Controlling and Monitoring the Tobacco Epidemic. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1998. p.77.
- Tomkins S, Saburova L, Kiryanov N, Andreev E, McKee M, Shkolnikov V, et al. Prevalence and socio-economic distribution of hazardous patterns of alcohol drinking: study of alcohol consumption in men aged 25-54 years in Izhensk, Russia. *Addiction* 2007;102(4):544-53.
- Safarinejad MR. Female sexual dysfunction in a population-based study in Iran: prevalence and associated risk factors. *Int J Impot Res* 2006;18(4):382-95.
- Castelo-Branco C, Blumel JE, Araya H, Riquelme R, Castro G, Haya J, et al. Prevalence of sexual dysfunction in a cohort of middle-aged women: influences of menopause and hormone replacement therapy. *J Obstet Gynaecol* 2003;23(4):426-30.
- Danielsson I, Sjöberg I, Stenlund H, Wikman M. Prevalence and incidence of prolonged and severe dyspareunia in women: results from a population study. *Scand J Public Health* 2003;31(2):113-8.
- Stones RW, Padmadas SS, Guo S, Brown JJ, Zhao F, Li B. Dyspareunia, urinary sensory symptoms, and incontinence among young Chinese women. *Arch Sex Behav* 2006;35(5):561-7.
- Jamieson DJ, Steege JF. The prevalence of dysmenorrhea, dyspareunia, pelvic pain, and irritable bowel syndrome in primary care practices. *Obstet Gynecol* 1996;87(1):55-8.
- Seki M, Yoshida K, Kashimura M. [A study on sexual dysfunction in female patients with alcoholics]. *Nihon Rinsho* 1997;55(11):3035-9.
- Goumenou AG, Chow C, Taylor A, Magos A. Endometriosis arising during estrogen and testosterone treatment 17 years after abdominal hysterectomy: a case report. *Maturitas* 2003;46(3):239-41.
- Khetan N, Torkington J, Watkin A, Jamison MH, Humphreys WV. Endometriosis: presentation to general surgeons. *Ann R Coll Surg Engl* 1999;81(4):255-9.
- Dennerstein L, Hayes RD. Confronting the challenges: epidemiological study of female sexual dysfunction and the menopause. *J Sex Med* 2005;2(Suppl 3):118-32.
- Pandit L, Ouslander JG. Postmenopausal vaginal atrophy and atrophic vaginitis. *Am J Med Sci* 1997;314(4):228-31.
- Goldstein I, Alexander JL. Practical aspects in the management of vaginal atrophy and sexual dysfunction in perimenopausal and postmenopausal women. *J Sex Med* 2005;2(Suppl 3):154-65.
- Avis NE, Stellato R, Crawford S, Johannes C, Longcope C. Is there an association between menopause status and sexual functioning? *Menopause* 2000;7(5):297-309.
- Porpora MG, Koninckx PR, Piazze J, Natili M, Colagrande S, Cosmi EV. Correlation between endometriosis and pelvic pain. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 1999;6(4):429-34.
- Milingos S, Protopapas A, Drakakis P, Liapi A, Loutradis D, Kalliopolitis G, et al. Laparoscopic management of patients with endometriosis and chronic pelvic pain. *Ann N Y Acad Sci* 2003;997:269-73.
- Grace VM, Zondervan KT. Chronic pelvic pain in New Zealand: prevalence, pain severity, diagnoses and use of the health services. *Aust N Z J Public Health* 2004;28(4):369-75.

41. Gürel H, Atar Gürel S. Dyspareunia, back pain and chronic pelvic pain: the importance of this pain complex in gynecological practice and its relation with grandmultiparity and pelvic relaxation. *Gynecol Obstet Invest* 1999;48(2): 119-22.
42. Bazin S, Bouchard C, Brisson J, Morin C, Meisels A, Fortier M. Vulvar vestibulitis syndrome: an exploratory case-control study. *Obstet Gynecol* 1994;83(1):47-50.
43. Sjöberg I, Nylander Lundqvist EN. Vulvar vestibulitis in the north of Sweden. An epidemiologic case-control study. *J Reprod Med* 1997;42(3):166-8.
44. Bouchard C, Brisson J, Fortier M, Morin C, Blanchette C. Use of oral contraceptive pills and vulvar vestibulitis: a case-control study. *Am J Epidemiol* 2002;156(3):254-61.
45. Ferraz do Lago R, Simões JA, Bahamondes L, Camargo RP, Perrotti M, Monteiro I. Follow-up of users of intrauterine device with and without bacterial vaginosis and other cervicovaginal infections. *Contraception* 2003;68(2): 105-9.
46. Joesoef MR, Karundeng A, Runtupalit C, Moran JS, Lewis JS, Ryan CA. High rate of bacterial vaginosis among women with intrauterine devices in Manado, Indonesia. *Contraception* 2001;64(3):169-72.
47. Duran N, Çulha G, Hakverdi AU, Güngören A. The investigation of the association between the frequency of *Trichomonas vaginalis* and using intrauterine contraceptive device. *Medical Journal of Trakya University* 2009;26(3): 197-202.
48. Johnston SL, Farrell SA, Bouchard C, Farrell SA, Beckerson LA, Comeau M, et al. The detection and management of vaginal atrophy. *J Obstet Gynaecol Can* 2004;26(5):503-15.
49. Conde DM, Pinto-Neto AM, Santos-Sá D, Costa-Paiva L, Martinez EZ. Factors associated with quality of life in a cohort of postmenopausal women. *Gynecol Endocrinol* 2006;22(8):441-6.
50. Weijmar Schultz W, Basson R, Binik Y, Eschenbach D, Wesselmann U, Van Lankveld J. Women's sexual pain and its management. *J Sex Med* 2005;2(3):301-16.
51. Kaya B, Ünal S, Özenli Y, Gürsoy N, Tekiner S, Kafkaslı A. Anxiety, depression and sexual dysfunction in women with chronic pelvic pain. *Sexual Relationship Therapy* 2006;21(2):187-96.
52. Grace V, Zondervan K. Chronic pelvic pain in women in New Zealand: comparative well-being, comorbidity, and impact on work and other activities. *Health Care Women Int* 2006;27(7):585-99.