

Kadın cinsel işlev bozukluğu yönetiminde güncel yaklaşımlar ve kanıt temelli uygulamalar

Current approaches and evidence based practices in female sexual dysfunction management

Ebru Bekmezci¹, Halime Esra Meram²

ÖZ

Kadın cinsel işlev bozukluğu genellikle cinsel ilgi/uyarılmada azalma, orgazmik bozukluk ve cinsel ilişki sırasında ortaya çıkan ağrı ile karakterize psikofizyolojik bozukluklar olarak tanımlanmaktadır. Kadınlar üzerinde ekonomik, psikolojik, kişilerarası zorluğa neden olan, yaşamın tüm yönleri üzerinde olumsuz sonuçları olan çok faktörlü bir sorundur. Etiyolojisinin çeşitliliği nedeniyle standart bir tedavi uygulanamamaktadır. Tedavinin yönünü belirlemek amacıyla alta yatan nedenlerin incelenmesi ve kanıta dayalı uygulamalar çerçevesinde en uygun tedaviye karar verilmesi gerekmektedir. Bu nedenle derleme kadınlarda cinsel işlev bozukluğunun yönetiminde kullanılan güncel yaklaşımlar ve kanıt temelli uygulamaların incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

Anahtar Kelimeler: cinsellik, cinsel işlev bozuklukları, kadın cinsel işlev bozukluğu

ABSTRACT

Female sexual dysfunction is defined generally as psychophysiological disorders characterized by decreased sexual interest/arousal, orgasmic disorder, and pain during sexual intercourse. It is a multi-factor problem that causes economic, psychological, interpersonal difficulties for women and has negative consequences on all aspects of life. Due to the diversity of its etiology, a standard treatment is not available. In order to determine the direction of treatment, the underlying causes should be examined and the most appropriate treatment should be decided within the framework of evidence based practices. This review aims to examine current approaches and evidence based practices used in the management of sexual dysfunction in women.

Keywords: sexuality, sexual dysfunctions, female sexual dysfunctions

GİRİŞ

Cinsellik, doğum öncesi dönemden başlayıp yaşam boyu devam eden, üremeyi ve cinsel zevk almayı da içeren hayatın önemli bir bileşenidir.^[1,2] Cinsel sağlık ise bireyin cinselliğine ilişkin fiziksel, zihinsel ve sosyal refah durumudur.^[3] Sağlıklı bir cinsel yaşam bütüncül sağlığın önemli parçası olup yaşam kalitesi ile arasında güçlü bir ilişki vardır.^[4,5] Cinsel sağlıkta görülebilecek herhangi bir problem bireyi, eşini, ailesini hatta toplumu etkileyebilecek bir sorun haline gelebilmektedir.^[6] Cinsel sağlık sorunları içerisinde cinsel işlev bozukluğu, cinsel kimlik bozukluğu, diğer çeşitli kaygı ve endişeleri içeren önemli sağlık sorunları yer almaktadır.^[7]

Cinsel işlev bozuklukları cinsel istek ve uyarılmada belirgin azalmaya neden olan, bireylerin yaşamını olumsuz yönde etkileyen, önemli cinsel sağlık sorunları arasında yer alan psikofizyolojik bozukluklar olarak tanımlanmaktadır.^[8] Dünya genelinde cinsel problemlerin kadınların %22–43'ünü etkilemekte olduğu ve 45–64 yaş arasında sık görüldüğü belirtilmektedir.^[4] Türkiye'de ise yapılan çalışmalara bakıldığında yaygın olarak görüldüğü ve önemli sağlık problemlerine neden olduğu anlaşılmaktadır.^[9–12] Kadında cinsel işlev bozukluğu, cinsel ilgi/uyarılmada bozukluğu, orgazma ulaşmada zorluk, ilişki sırasında ağrı ve penetrasyon bozukluğu dâhil olmak üzere bireyler için sıkıntı yaratabilecek çeşitli cinsel sağlık endişelerini içermektedir.^[10]

Cinsel işlev bozukluğu kadınların yaşamında belirgin rahatsızlığa neden olan çok faktörlü bir sorun olması nedeniyle standart bir tedavi uygulanamamaktadır.^[13,14] Multidisipliner bir yaklaşım gerektiren cinsel işlev bozukluğu tedavisi bireyin durumuna göre terapiler ile başlayıp, ilaç tedavileri ile devam edebilmekte ve cerrahi uygulamalara kadar gidebilmektedir.^[1] Tedaviye genellikle hekimin uzmanlık düzeyine, cinsel işlev bozukluğunun karmaşıklığına ve etiyolojiye bağlı olarak karar verilir. Tedavide yönetim psikoseksüel işlevin

Selçuk Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Konya, Türkiye

Yazışma Adresi/ Correspondence:

Hemşire Ebru Bekmezci
Selçuk Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Konya, Türkiye
E-mail: ebrubekmezci42@gmail.com

Geliş/ Received: 10.04.2020

Kabul/ Accepted: 17.05.2020

değerlendirilmesi ve cinsel konular hakkında iletişim kurma yeteneğine dayanmaktadır.^[15] Tedavinin yönünü belirlemek amacıyla altta yatan nedenlerin dikkatli bir şekilde ele alınması ve kanıta dayalı uygulamalar çerçevesinde en uygun tedaviye karar verilmesi gerekmektedir.^[13,16] Bu nedenle derleme kadınlarda cinsel işlev bozukluğunun yönetiminde güncel yaklaşımlar ve kanıt temelli uygulamaların incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

KADIN CİNSEL İŞLEV BOZUKLUĞU

Kadın cinsel işlev bozukluğu cinsel ilgi/uyarılmada azalma, orgazmik bozukluk ve cinsel ilişki sırasında ağrı olarak tanımlanmaktadır.^[17,18] Her iki cinste sık görülse de kadınları daha çok etkilediği belirtilmektedir.^[6,19] 2016 yılında yapılan çalışmada üreme çağındaki kadınların %41'inde bir çeşit cinsel işlev bozukluğu olduğu tespit edilmiştir.^[20] Kadınlar üzerinde ekonomik, psikolojik, kişilerarası zorluğa neden olan, yaşamın tüm yönleri üzerinde olumsuz sonuçlar doğuran çok faktörlü bir sorundur.^[13] Bireyde var olan cinsel sağlık sorunları, sıkıntıya neden olmadıkça işlev bozukluğu olarak kabul edilmemektedir.^[21] Kadın cinsel işlev bozukluğunun etiolojisi biyolojik, psikolojik ve sosyokültürel faktörlerden etkilenmektedir.^[18,22] Vasküler hastalıklar, bazı kronik hastalıklar, nörolojik hastalıklar ve malignite, cinsel fonksiyonu doğrudan veya dolaylı olarak etkileyebilmektedir.^[21] Kadının psikolojik durumu, geçmiş yaşam öyküsü, yaşam tarzı, sosyokültürel özelliklerinin de cinsel işlev bozukluğuna katkıda bulunduğu belirtilmektedir.^[13] Kadın cinsel işlevini etkileyen en yaygın psikolojik faktörlerin depresyon, anksiyete, negatif beden imgesi, cinsel istismar ve duygusal ihmal olduğu belirtilmektedir. Sosyokültürel faktörler arasında ise ilişki uyumsuzluğu, eş cinsel işlev bozukluğu, yaşam evresi stresörleri, cinselliği engelleyen kültürel veya dini uygulamalar bulunmaktadır.^[21] Amerikan Psikiyatri Birliği (American Psychiatric Association) DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fourth Edition) Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayısal El Kitabında cinsel işlev bozukluklarını; cinsel ilgi/uyarılmada bozukluğu, orgazm bozukluğu, genital pelvik ağrı/penetrasyon bozukluğu, madde ve ilaç kullanımına bağlı cinsel işlev bozuklukları, diğer tanımlanmış ve tanımlanmamış cinsel işlev bozuklukları olarak yeniden sınıflandırmıştır.^[5,23] Tanılamada bu sorunların kişinin çevresiyle olan ilişkisinde sorun yaratması, stres düzeyini artırması, sürekli ve tekrarlayıcı olması koşulları aranmaktadır.^[24]

CİNSEL İLGI/UYARILMA BOZUKLUĞU

Kadın cinsel ilgi/uyarılmada bozukluğu, cinsel ilgi/uyarılmada eksikliği yada önemli ölçüde azalması ile karakterizedir.^[25] Amerikan Psikiyatri Birliği DSM V'te cinsel ilgi/

uyarılmada bozukluğunu kadın hipoaktif cinsel istek bozukluğu ve cinsel uyarılma bozukluğu tanımlarının birleşimi olarak güncellenmiştir.^[26] Cinsel ilgi seks yapma motivasyonu iken, cinsel uyarılma vajinal yağlanma ve genital sıcaklığın kan akışıyla ilgili fizyolojik süreçlerini ifade etmektedir. Klinik uygulama da ilgi/isteğin uyarılma ile birlikte ele alınmasının nedeni kadınların ilgiyi öznel uyarılmadan tam olarak ayıramamaları olarak gösterilmektedir.^[27] Genel olarak, ilgi/istek şikayetlerinin yaygınlığı, çalışma metodolojisine, katılımcılara ve coğrafi konuma bağlı olarak %10–40 arasında, uyarılma bozukluklarının ise %10–30 arasında değiştiği belirtilmektedir.^[27]

Etiolojisinde tek bir nedeni tespit edilmemiş olsa da risk faktörleri arasında biyolojik, psikolojik, kişilerarası ve sosyokültürel faktörler bulunmaktadır.^[28] Cinsel istismar, depresyon, travma sonrası stres bozukluğu ve çocuklukta kötü seks eğitimi öyküsü ile de ilişkili olduğu belirtilmektedir.^[26] Tanı koymada, aşağıda belirtilen semptomların en az 3 veya daha fazlasının düşük seviyede olması, en 6 ay boyunca devam etmesi, kişide belirgin klinik sıkıntıya neden olması ve başka bir patolojik durumla ilişkili olmaması gerekmektedir.^[23] Bu semptomlar;

- Cinsel aktiviteye ilginin olmaması/azalması,
- Cinsel düşüncelerin olmaması/azalması,
- Cinsel aktivitenin başlatılmasında sorun yaşanması,
- Cinsel aktivite sırasında, cinsel heyecan ve zevkin olmaması/azalması,
- Herhangi bir cinsel uyarana yanıtın olmaması/azalması,
- Cinsel aktivite sırasında genital veya non-genital duyumların olmaması/azalmasıdır.^[21,23]

Klinik uygulamada cinsel ilgi/uyarılmada bozukluğu genellikle sürekli cinsel ilişki içinde olan kadınların eşleriyle aralarındaki cinsel istek farklılıkları nedeniyle olduğu görülmektedir. Tanı koymak için bu farklılığın yanında cinsel düşüncelerde meydana gelen düşüş ve yaş faktörünün de dikkate alınması gerektiğini belirtmektedir.^[25] Kadınların düşük cinsel isteği için farmakolojik seçenekler büyük ilgi görmesine rağmen, psikolojik tedavi ön plana çıkmaktadır.^[28] Tıbbi, psikolojik ve ilişkili sorunlarının tedavi edilmesi, bireyin sosyokültürel sorunlarının çözülmesinin yarar sağlayacağı yüksek kanıt düzeyi ile belirtilmektedir.^[29] Tedavide cinsel isteğin artırılabilmesi için çiftin cinsel ilişkilerinde yapabileceği değişiklikler hakkında danışmanlık verilmelidir.^[2] Farkındalık temelli tedavilerin cinsel ilgi/uyarılmada bozukluklarına olumlu etki gösterdiği belirtilmektedir.^[30] Sadece uyarılma bozukluğu olan kadınlar için ise tıbbi ve cinsel öykü olarak vajinal yağlanma ve vibratörler ile ortadan kaldırılabilen semptomların öncelikle giderilmesi gerektiği vurgulanmaktadır.^[31]

Farmakolojik olarak östrojen ve testosteronun yararlı etkileri olduğu bildirilmiştir.^[32] Postmenopozal dönemde daha önce tatmin edici bir cinsel yaşamı olan ve herhangi bir kontrendikasyonu olmayan kadınlar için, östrojenin menopozal semptomları hafifletmesiyle cinsel problemlere yarar sağlayabileceği belirtilmektedir.^[2,14,16,33] Bunun yanında özellikle postmenopozal kadınlarda testosteron hormonunun klitoral duyarlılığı ve cinsel uyarılmayı artırarak cinsel ilgi/uyarılma bozukluğu olan kadınlar için sık kullanıldığı belirtilmektedir.^[14,16] Fakat uzun süreli kullanımına yönelik faydaları ve riskleri hakkında yeterli kanıt yoktur.^[21] Tibolonunda postmenopozal kadınlarda östrojenik ve androjenik özelliklerinden dolayı cinsel isteği artırdığı belirtilmektedir.^[14] Amerikan Food and Drug Administration (FDA) onaylı flibanserin premenopozal kadınlarda hipoaktif cinsel istek bozukluğuna yarar sağladığı belirtilmektedir.^[34]

GENİTAL PELVİK AĞRI/PENETRASYON BOZUKLUĞU

Genital pelvik ağrı/penetrasyon bozukluğu DSM V'te dispareni ve vajinismus tanılarının birleştirilmiş hali olarak karşımıza çıkmaktadır. Cinsel ağrı dispareni olarak da bilinmekte olup, cinsel ilişki sırasında veya sonrasında ortaya çıkan pelvik bölgedeki ağrı olarak tanımlanmaktadır.^[35] Kadınlarda görülen cinsel ağrının en yaygın üç nedeni, hipoöstrojenik vulvovajinal atrofiyi içeren menopoz genitoüriner sendromu, provoke pelvik taban hipertonusu (vajinismus) ve vulvodini-dir.^[2] Genellikle psikolojik travma veya fizyolojik pelvik hastalıklarla ilişkili olduğu belirtilse de^[35], etiolojisinde sosyal, kültürel ve çeşitli yaşam olaylarının yer aldığı görülmektedir.^[36] Özellikle uyku düzenindeki değişiklikler, stres, vücut yapısında meydana gelen değişiklikler, gebelik, emzirme, sedanter yaşam tarzı, alkol ve madde kullanımı ile de ilişkili olduğu belirtilmektedir. Tanı koymak için aşağıda belirtilen semptomların bir veya daha fazlasının en az 6 ay boyunca kalıcı olması ve klinik olarak bireyde anlamlı sıkıntıya neden olması gerektiği belirtilmektedir.^[23] Bu semptomlar:

- Cinsel ilişki sırasında vajinal penetrasyon ile ilgili zorluklar,
- Cinsel ilişki sırasında görülen genito-pelvik ağrı,
- Genito-pelvik ağrının neden olduğu korku/endişe,
- Vajinal penetrasyon girişimi sırasında pelvik taban kaslarının çok sıkı olmasıdır.^[23,36]

Kadınların cinsel yaşamları üzerinde birçok olumsuz etkisi olduğu belirtilmektedir.^[37] Bu nedenle tedavisinde kapsamlı bir bütünleştirici tedavi yaklaşımı gereklidir. Temel hedef sadece cinsel ilişki sırasında ortaya çıkan ağrı, anksiyete, kas sıkılığı olmayıp bunun yanında cinsel tatmininde artırılması

amaçlanmaktadır.^[36] Hipoöstrojenik vajinal atrofi nedeniyle oluşan dispareni için vajinal yağlayıcılar, nemlendiriciler, vajinal östrojen tedavisi, vajinal dehidroepiandrosteron veya ospemifenin yarar sağlayabileceği belirtilmektedir.^[2,38] Psikolojik tedavi için cinsel terapi, *biofeedback*, bilişsel davranışçı terapi ve vajinal dilatasyonlar önerilmektedir.^[39] Özellikle bilişsel davranışçı terapinin vajinismusta ve kronik cinsel ağrısı olan kadınlarda yarar sağladığı belirtilmektedir.^[14] Günzler ve Berner'de yaptıkları sistematik derleme ile bilişsel davranışçı terapilerin cinsel işlev bozuklukları üzerinde etkili olduklarını kanıtlamışlardır.^[40]

KADIN ORGAZM BOZUKLUĞU

Kadın orgazm bozukluğu normal bir cinsel ilişkiden sonra orgazmda kalıcı/tekrarlayan gecikme veya yokluk olarak tanımlanmaktadır.^[27] Tanılamada; orgazmda belirgin gecikme, seyreklik/yokluk ve orgazmik hislerin yoğunluğunun önemli ölçüde azalması semptomlarının en az birinin olması, yaklaşık altı ay devam etmesi, kişide belirgin sıkıntıya neden olması ve başka bir patoloji varlığı ile açıklanamıyor olması gerekmektedir.^[23,41] Genellikle orgazmik bozukluk, cinsel ilgi/uyarılma bozuklukları veya genital pelvik ağrı/penetrasyon bozuklukları ile birlikte ortaya çıkmaktadır. Bazen de nörolojik durumlara, genital/pelvik cerrahiyle ilişkili değişikliklere veya ilaç kullanımına bağlı ortaya çıkabilmektedir.^[42] En sık görülen nedenlerine bakıldığında ise eşler arası uyumsuzluk, yaşanan cinsel travmalar, var olan hastalıklar, menopoz ve geçmiş cinsel yaşantılarında yer aldığı görülmektedir.^[43]

Kadın orgazmik bozukluğunun tedavisinde temel amaç stimülasyonu artırmak ve inhibisyonu azaltmaktır.^[34] Temel olarak tedavi eğitim, psikososyal müdahaleler ve vibratörlerin kullanımını içerir.^[2] Psikolojik tedavide kişideki cinsel ilişkiye ait düşüncelerde değişiklik yaratmaya, anksiyeteyi azaltmaya ve orgazm olma yeteneğini arttırmaya odaklanan bilişsel davranışçı terapinin ön plana çıktığı belirtilmektedir.^[39] Pelvik taban egzersizlerinde orgazmı sağlama üzerinde olumlu etki gösterdiği belirtilmektedir.^[14] Piassarolli ve Hardy, yaptıkları çalışmada da benzer şekilde pelvik taban egzersizlerinin orgazm bozukluğunda dahil olmak üzere cinsel şikayetler üzerine olumlu etki gösterdiğini bulmuşlardır.^[44] Farmakolojik olarak ise hem sistemik hem de lokal östrojen tedavisinin vajinal kan akımını artırarak orgazm kapasitesini etkileyebileceği belirtilmektedir.^[45]

SONUÇ

Cinsel sorunlar kadınlarda oldukça yaygın olup tedavi cinsel işlev bozukluğunun altta yatan nedenlerine göre ayarlanmalıdır. Tedavide öncelikle yaşam tarzı değişiklikleri,

psikolojik ve farkındalık temelli tedaviler ele alınırken bunlara yanıt alınamayan bireyler için farmakolojik tedaviye geçildiği görülmektedir. Tedavilerin kanıta dayalı uygulamalar kapsamında belirlenmesinin bakım kalitesinin artırılmasına büyük katkı sağlayacağı düşünülse de özellikle farmakolojik tedavi seçeneklerinin kanıtlarının yetersiz olduğu görülmektedir. Bu nedenle konuyla ilgili çalışmaların artırılması, uygulamaların kanıtlara dayandırılması ve alanda uzman kişilerin yetiştirilmesi önem arz etmektedir.

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. Bilgin Z, Kömürücü N. Kadın cinselliği ve kanıt temelli yaklaşımlar. *Androloji Bülteni* 2016;18:48–55. https://jag.journalagent.com/androloji/pdfs/AND_18_64_48_55.pdf
2. Shifren JL. Overview of sexual dysfunction in women: Management. *UpToDate* 2019. <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-sexual-dysfunction-in-women-management>
3. WHO. Sexual health 2019. https://www.who.int/topics/sexual_health/en/
4. Thomas HN, Thurston RC. A biopsychosocial approach to women's sexual function and dysfunction at midlife: A narrative review. *Maturitas* 2016;87:49–60. [\[CrossRef\]](#)
5. Akarsu R, Beji NK. Kadın cinsel fonksiyon bozuklukları sınıflandırılmasında DSM-V kapsamında yapılan değişiklikler. *Androloji Bülteni* 2016;18:134–7. https://jag.journalagent.com/androloji/pdfs/AND_18_65_134_137.pdf
6. Yılmaz BA, Sonmez Y, Sezik M. Prevalence and risk factors for sexual dysfunction in reproductive-aged married women: A cross-sectional epidemiological study. *J Obstet Gynaecol Res* 2020;46:507–16. [\[CrossRef\]](#)
7. Uslu E, İnfal S, Ulusoy MN. Cinsel sorunların çözümünde Plissit modelinin etkisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2016;8:52–63. [\[CrossRef\]](#)
8. Tehrani FR, Farahmand M, Simbar M, Afzali HM. Factors associated with sexual dysfunction; a population based study in Iranian reproductive age women. *Arch Iran Med* 2014;17:679–84. <http://www.ams.ac.ir/AIM/NEWPUB/14/17/10/008.pdf>
9. Çayan S, Akbay E, Bozlu M, Canpolat B, Acar D, Ulusoy E. The prevalence of female sexual dysfunction and potential risk factors that may impair sexual function in Turkish women. *Urol Int* 2004;72:52–57. [\[CrossRef\]](#)
10. Cayan, S, Yaman Ö, Orhan İ, Usta M, Başar M, Resim S, et al. Prevalence of sexual dysfunction and urinary incontinence and associated risk factors in Turkish women. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2016;203:303–8. [\[CrossRef\]](#)
11. Küçükdurmaz F, Efe E, Malkoc O, Kolus E, Amasyalı AS, Resim S. Prevalence and correlates of female sexual dysfunction among Turkish pregnant women. *Turk J Urol* 2016;42:178–83. [\[CrossRef\]](#)
12. Oksuz E, Malhan S. Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction in Turkish women. *J Urol* 2006;175:654–58. [\[CrossRef\]](#)
13. Khajehchi M, Doherty M, Tilley PJM. An update on sexual function and dysfunction in women. *Arch Women's Ment Health* 2015;18:423–33. [\[CrossRef\]](#)
14. Lowth M. Female Sexual Dysfunction. NICE (National Institute for Health and Care Excellence). Patient 2017. <https://patient.info/doctor/female-sexual-dysfunction-pro>
15. Jha S, Thakar R. Female sexual dysfunction. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2010;153:117–23. [\[CrossRef\]](#)
16. Raina R, Pahlajani G, Khan S, Gupta S, Agarwal A, Zippe CD. Female sexual dysfunction: classification, pathophysiology, and management. *Fertil Steril* 2007;88:1273–84. [\[CrossRef\]](#)
17. Sharma JB, Kalra B. Female sexual dysfunction: Assessment. *J Pak Med Assoc* 2016;66:623–6.
18. Starc A, Jukić T, Poljšak B, Dahmane R. Female Sexual Function and Dysfunction: A Cross-National Prevalence Study in Slovenia. *Acta Clinica Croatica* 2018;57:52–60. [\[CrossRef\]](#)
19. Safdar F, Eng CLJ, Wai KL, Tey WS, Ang SB. Prevalence of female sexual dysfunction in allied health workers: a cross-sectional pilot study in a tertiary hospital in Singapore. *BMC Women's Health* 2019;19:137. [\[CrossRef\]](#)
20. McCool ME, Zuelke A, Theurich MA, Knuettel H, Ricci C, Apfelbacher C. Prevalence of Female Sexual Dysfunction Among Premenopausal Women: A Systematic Review and Meta-Analysis of Observational Studies. *Sex Med Rev* 2016;4:197–212. [\[CrossRef\]](#)
21. Faubion SS, Rullo JE. Sexual Dysfunction in Women: A Practical Approach. *Am Fam Physician* 2015;92:281–8. <https://www.aafp.org/afp/2015/0815/afp20150815p281.pdf>
22. McCool-Myers M, Theurich M, Zuelke A, Knuettel H, Apfelbacher C. Predictors of female sexual dysfunction: a systematic review and qualitative analysis through gender inequality paradigms. *BMC Women's Health* 2018;18:108. [\[CrossRef\]](#)
23. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5) 2013: American Psychiatric Publications. <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>
24. Tuğut N. Cinsel İşlev Bozukluğu ve Güncel Yaklaşımlar. *Türkiye Klinikleri J Obstet Women's Health Dis Nurs - Special Topics* 2016;2:70–5. https://www.researchgate.net/publication/322303560_Cinsel_Islev_Bozuklugu_ve_Guncel_Yaklasimler
25. Both S. Recent Developments in Psychopharmaceutical Approaches to Treating Female Sexual Interest and Arousal Disorder. *Curr Sex Health Rep* 2017;9:192–9. [\[CrossRef\]](#)
26. Dubé JP, Corsini-Munt S, Muisé A, Rosen NO. Emotion Regulation in Couples Affected by Female Sexual Interest/Arousal Disorder. *Arch Sex Behav* 2019;48:2491–506. [\[CrossRef\]](#)
27. Brotto LA, Bitzer J, Laan E, Leiblum S, Luria M. Women's sexual desire and arousal disorders. *J Sex Med* 2010;7:586–614. [\[CrossRef\]](#)
28. Brotto LA, Chivers ML, Millman RD, Albert A. Mindfulness-based sex therapy improves genital-subjective arousal concordance in women with sexual desire/arousal difficulties. *Arch Sex Behav* 2016;45:1907–21. [\[CrossRef\]](#)
29. Lamont J, Bajzak K, Bouchard C, Burnett M, Byers S, Cohen T, et al. No 279-Female Sexual Health Consensus Clinical Guidelines. *J Obstet Gynaecol Canada* 2018;40:e451–503. [\[CrossRef\]](#)

30. Jaderek I, Lew-Starowicz M. A Systematic Review on Mindfulness Meditation-Based Interventions for Sexual Dysfunctions. *J Sex Med* 2019;16:1581–96. [CrossRef]
31. Krakowsky Y, Grober ED. A practical guide to female sexual dysfunction: An evidence-based review for physicians in Canada. *Canadian Urol Assoc J* 2018;12:211–6. [CrossRef]
32. Weinberger JM, Houman J, Caron AT, Anger J. Female Sexual Dysfunction: A Systematic Review of Outcomes Across Various Treatment Modalities. *Sex Med Rev* 2018;7:223–50. [CrossRef]
33. Phillips NA. Female sexual dysfunction: evaluation and treatment. *Am Fam Physician* 2000;62:127–36. <https://www.aafp.org/afp/2000/0701/p127.html>
34. Yeni E. Kadın cinsel fonksiyon bozukluklarında kanıta dayalı tedavi seçenekleri. *Androloji Bülteni* 2019;21:185–9. [CrossRef]
35. Chen CH, Lin YC, Chiu LH, Chu YH, Ruan FF, Liu WM, Wang PH. Female sexual dysfunction: definition, classification, and debates. *Taiwanese J Obstet Gynecol* 2013;52:3–7. [CrossRef]
36. Zarski AC, Berking M, Ebert DD. Efficacy of Internet-Based Guided Treatment for Genito-Pelvic Pain/Penetration Disorder: Rationale, Treatment Protocol, and Design of a Randomized Controlled Trial. *Front Psychiatry* 2018;8:260. [CrossRef]
37. Ponte M, Klemperer E, Sahay A, Chren MM. Effects of vulvodynia on quality of life. *J Am Acad Dermatol* 2009;60:70–6. [CrossRef]
38. ACOG, Female Sexual Dysfunction: ACOG Practice Bulletin Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists, Number 213. *Obstet Gynecol* 2019;134:e1–18. [CrossRef]
39. Öztürk CŞ. Cinsel İşlev Bozukluklarına Yönelik Psikolojik Müdahaleler. *Yeni Symposium* 2019;57:18–28. <http://yenisympodium.com/Pdf/TR-YeniSempozyum-71be9fc8.pdf>
40. Berner MM, Günzler C. Efficacy of psychosocial interventions in men and women with sexual dysfunctions--a systematic review of controlled clinical trials: part 2--the efficacy of psychosocial interventions for female sexual dysfunction. *J Sex Med* 2012;9:3108–25. [CrossRef]
41. Bradford A. Female orgasmic disorder: Epidemiology, pathogenesis, clinical manifestations, course, assessment, and diagnosis. *UpToDate* 2017. <https://www.uptodate.com/contents/female-orgasmic-disorder-epidemiology-pathogenesis-clinical-manifestations-course-assessment-and-diagnosis>
42. Rellini AH, Clifton J. Female Orgasmic Disorder. *Adv Psychosom Med* 2011;31:35–56. [CrossRef]
43. İncesu C. Cinsel işlevler ve cinsel işlev bozuklukları. *Klinik Psikiyatri Derg* 2004;7:3–13. https://www.journalagent.com/kpd/pdfs/KPD_7_70_3_13.pdf
44. Piassarolli VP, Hardy E, de Andrade NE, de Oliveira Ferreira N, Osis MJD. Pelvic floor muscle training in female sexual dysfunctions. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2010;32:234–40. [CrossRef]
45. Fooladi E, Davis SR. An update on the pharmacological management of female sexual dysfunction. *Expert Opin Pharmacother* 2012;13:2131–42. [CrossRef]