

# Kanserli hastalarda cinsellik nasıl değerlendirilmeli?

## How to evaluate sexuality in cancer patients?

Dilek Aygin<sup>1</sup>, Özge Yaman<sup>2</sup>

### ÖZ

Kanser, dünyada ve ülkemizde gittikçe artan önemli bir sağlık sorunudur. Hücrelerin kontrolsüz şekilde çoğalması olarak tanımlanan kanser, bireylerin yaşamını birçok yönden etkilemektedir. Yaşamın önemli bir yönü olan cinsellik de büyük oranda etkilenmekte, ancak hem hastalar hem de sağlık personeli, çeşitli sebeplerden dolayı cinsellik hakkında konuşamamaktadır. Halbuki, bütüncül bakımın bir parçası olarak cinselliğin değerlendirilmesi gerekmekte, bu bakımdan sağlık personeline, özellikle hastalarla daha çok zaman geçiren hemşirelere büyük görev düşmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Cinsellik, cinsel değerlendirme, kanser

### ABSTRACT

Cancer is an increasingly important health problem in the World as well as our country. Cancer which is defined as the uncontrolled growth of cells, affects the lives of individuals in many ways. Sexuality which is an important aspect of life, is also greatly affected, but patients and health personnel both can not talk about sexuality due to various reasons. However, as a part of holistic care sexuality needs to be assessed, and it is a great deal of responsibility for healthcare personnel, especially nurses who spend more time with patients.

**Keywords:** Sexuality, sexual assessment, cancer

**K**anser, dünyada ve Türkiye’de morbidite ve mortalite oranlarını arttırması bakımından önemli bir sağlık sorunu haline gelmiştir. Kanser, kontrolsüz bir şekilde büyüyen hücrelerin primer odaktan uzak bölgelere de yayılması ile tüm vücudu etkileyen sistemik bir hastalıktır.<sup>[1,2]</sup> GLOBOCAN 2012 verilerine göre, dünya çapında 14,1 milyon kişiye yeni kanser tanısı konulduğu, 8,2 milyon kişinin kanserden öldüğü, 32,6 milyon kişinin kanserle yaşadığı (teşhisten sonra beş yıl içinde) belirtilmektedir. Ayrıca, dünyadaki tüm ölümlerin %13’ünün kanserden dolayı meydana geleceği tahmin edilmektedir.<sup>[3]</sup> Amerika Kanser Derneği’nin 2016 raporuna göre, Amerika’da 1.685.210 yeni vakaya kanser tanısı konulacağı ve 595.690 kişinin kanser sebebiyle öleceği tahmin edilmektedir.<sup>[4]</sup> Türkiye İstatistik Kurumu’nun 2015 verilerine göre, her yıl yaklaşık

174.000 kişiye yeni kanser tanısı konulduğu, 76.969 kişinin ise kanserden hayatını kaybettiği belirtilmektedir.<sup>[5,6]</sup>

Son zamanlarda kanser alanındaki gelişmelerle hayatta kalma süresi artarken, kanserli hastanın yaşamında yeni zorluklar da ortaya çıkmaktadır.<sup>[7]</sup> Son yıllarda, prostat, mesane, uterus ve over kanseri prevalansında azalma göze çarparken, birçok kanserin görülme sıklığı ise giderek artmıştır (%0,3–5,1). Bunun yanı sıra, tedavi ve bakım olanaklarının artmasıyla birlikte, mortalite oranları da (kadınlarda %1,4, erkeklerde %1,8) giderek azalmaktadır.<sup>[8]</sup> Kanser tanı ve tedavileri, kişinin biyolojik, psikolojik ve duygusal açıdan iyilik haline zarar vermekte ve yaşam kalitesini etkilemektedir.<sup>[9–11]</sup> Yaşamın önemli bir yönü olan cinsellik de olumsuz yönde etkilenmekte ve bu hastalarda cinsel işlev bozuklukları %40–100 gibi yüksek oranlarda görülmektedir.<sup>[9,12,13]</sup> Kanser ve tedavileri direkt cinsel organ ile ilgili olmasa bile, insandaki cinsel yanıt döngüsünün istek, uyarılma ve orgazm evrelerindeki fizyolojik süreçlerden bir veya birkaç aşamasının bozulmasına ve/veya cinsel ağrı gibi cinsel işlev bozukluklarına yol açabilmektedir.<sup>[10,11]</sup>

Cinsel sağlığı koruma ve sürdürme dengesi birçok faktörden etkilenir ve bazı insanlar bu dengeyi sürdürmekte güçlük çeker.<sup>[14]</sup> Özellikle kanser gibi hastalıklar bu duruma örnek verilebilir. Cinsellikteki değişiklikler, belli bir

<sup>1</sup>Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Sakarya

<sup>2</sup>Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Sakarya

#### Yazışma Adresi / Correspondence:

Doç. Dr. Dilek Aygin

Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Sakarya

Tel. +90 264 295 66 11

E-mail: daygin@sakarya.edu.tr

**Geliş / Received:** 04.04.2017

**Kabul / Accepted:** 30.04.2017

hastalığa, yaşa, cinsiyete, doku kaybının derecesine, beden imajı değişikliklerine, cinselliğe karşı inanç/tutumlarına ve tümörün lokasyonu ile kanserin tedavisine göre farklılaşabilir.<sup>[7]</sup> Dolayısıyla kanserli hastaların cinsel yaşamı; kanser teşhisinin konulmasından, ilerleyen yaş nedeniyle meydana gelen cinsel işlevlerdeki değişimlerden (örneğin; erkeklerde ereksiyonla ilgili fonksiyon bozuklukları, kadınlarda menopoz nedeniyle oluşan değişiklikler vb.), tedaviler nedeniyle beden imajının bozulmasından, yorgunluk ve infertiliteden, ağrıdan veya kanser teşhisi öncesinde kişinin cinsel partneriyle yaşadığı iletişim problemlerinden de etkilenebilir.<sup>[15]</sup>

Amerikan Ulusal Sağlık ve Sosyal Yaşam Araştırması verilerine göre; sağlık problemi olmayan 18–59 yaşlarındaki popülasyonda cinsel işlev bozukluğu prevalansı, kadınlarda %43, erkeklerde ise %31 olarak belirlenmiştir.<sup>[16–18]</sup> Bu oran, kişinin özelliklerine, kanserin tipine ve uygulanan tedavi şekline göre değişiklik gösterebilmektedir.<sup>[15,19]</sup> Kanserli kadın hastalarda cinsel disfonksiyon %30–100 oranlarında görülürken, erkek hastalarda kanser tanısı konulmasının ardından %49 oranında erektil disfonksiyon, %30 oranında orgazmla ilişkili bozukluklar görülebilir.<sup>[20,21]</sup>

Kanser hastalarında en çok görülen cinsel problem, her iki cinsiyet için de cinsel isteğin azalmasıdır.<sup>[15]</sup> Cinsiyete özgü farklar vardır; erkeklerde ereksiyonla ilgili fonksiyon bozuklukları görülürken, kadınlarda disparoni yani cinsel ilişki sırasında ağrı görülmektedir. Erkeklerde ejakülâtın üretral meatüsten atılmaması (anejakülasyon), ejakülâtın mesaneye boşalması (retrograd ejakülasyon), orgazmın yetersiz olması gibi sorunlar göze çarpar; kadınlarda ise orgazma ulaşmada yetersizlik, duyu hissinde azalma ve ağrıya bağlı olarak genital bölgenin duyarlılığında değişimler görülebilir.<sup>[10,11,15]</sup>

Cinsel işlev, onkoloji hastalarında uygulanan tedavilere göre etkilenir.<sup>[10,11,22]</sup> Cerrahi tedavi sonrasında birkaç hafta süresince görülebilen cinsel işlev bozukluklarının başlıca sebepleri, yorgunluk ve ameliyat sonrası ağrıdır. Ayrıca, memenin alınması ya da ekstremitte amputasyonu gibi bir müdahale, beden imajını olumsuz olarak etkileyerek, cinsel işlevlerde bozulmalara sebep olabilir.<sup>[11,15]</sup>

Her iki cinsiyette de, kemoterapi cinsel isteğin azalmasına/kaybına, ilişkiye girme sıklığında azalmaya ve kemoterapiye bağlı gelişen yan etkiler de bireyin kendisini cinsel olarak çekici hissetmemesine sebep olabilir. Buna özellikle vücut kıllarının dökülmesi, kilodaki değişimler de eklenince, kişinin kendine güveni ve çekicilik hissi daha da azalır. Ayrıca erkeklerde, en azından geçici bir süreliğine, tedavinin yoğunluğu ile doğru orantılı olarak, testislerde Leydig hücrelerinin etkilenmesine bağlı gonadal disfonk-

siyon gelişebilir. Dolayısıyla, testosteron düzeyinde azalma ile birlikte cinsel disfonksiyon yaşanabilir ve yaşam kalitesi etkilenebilir.<sup>[23]</sup> Radyoterapi gibi diğer kanser tedavilerinin de benzer yan etkileri olması sebebiyle, bireylerin cinsel yaşamı olumsuz etkilenir.<sup>[15]</sup>

Kanser tedavisinde sağlık bakım hizmeti veren ekibin içinde anahtar role sahip olan hemşireler, kanser hastasıyla daha fazla zaman geçirmekte ve hastalarla direkt olarak iletişime geçmektedirler. Bu, hastaların cinsel sağlık ve fonksiyonunun değerlendirilmesinde, değişikliklerin belirlenmesinde ve sorunlarla başa çıkmada önemli rol oynar.<sup>[7,11]</sup> Ancak cinselliğin, hasta merkezli ve bütüncül bakımın bileşenlerinden biri olarak hastaya cinsellik konusunda yardım etmenin, bakım sürecine fayda sağlayacağına hemşireler tarafından bilinmesine rağmen, bu kişilerin hastalarla cinselliği tartışmasının önünde birtakım engeller bulunmaktadır.<sup>[11,24]</sup> Hemşirelerin hastaları ile cinsel sorunlarını konuşmada yaşadıkları engellerin incelendiği bir çalışmada, hemşireler bu engelleri, zaman yetersizliği (%61,1), kanserin tedavisine odaklanılması (%48,5), cinsel hayatla ilişkili soruların hastayı sınırlendireceği endişesinin duyulması (%41,7), cinsel danışmanlıkla ilişkili bilgi yetersizliği (%39,8), hemşire öykü formlarında cinsel değerlendirmenin yer almaması (%33,9) şeklinde belirtmişler ve hemşirelerin danışmanlık oranının ise %26,2 gibi düşük bir seviyede olduğunu belirtmişlerdir.<sup>[25]</sup> Başka bir çalışmada da, hemşirelerin cinsel bakım ile ilgili karşılaştıkları en büyük engelin konu ile ilgili konuşurken kendilerini rahat hissetmemeleri, ikinci engelin ise hastanede tedavi gören hastaların cinsellikle ilgilenemeyecek kadar hasta olmalarına inanmaları olarak saptanmıştır.<sup>[26]</sup>

Onkoloji klinik/polikliniklerinde hastaların cinsellik açısından değerlendirilmesi, endişe duyduğu konuların belirlenmesi ve cinsel danışmanlık hizmeti verilmesi, önemli bakım kriteri olmakla beraber, rutin olarak uygulanan bir işlem değildir.<sup>[27,28]</sup> Hemşirelerin, kanser hastalarının cinselliğini değerlendirmesi, uygun girişimi planlayabilmesi ve danışmanlık yapabilmesi için birtakım özelliklere sahip olması gerekir.<sup>[27]</sup> Bu özelliklerin bazılarını kısaca değinecek olursak; hemşireler, cinsellikle ilgili konularda rahat olmalı, etkili iletişim becerilerini kullanabilmeli, kadın ve erkeğe özgü uygun cinsel soru formlarını uygulayabilmeli (Tablo 1, Tablo 2), sağlıklı ve hasta bireylerin cinselliği hakkında temel bilgisi yeterli olmalı, cinselliği değerlendirirken bu konuda geliştirilen modelleri uygun şartlarda kullanabilmelidir. Cinsellikle ilgili yeterli eğitim alt yapısına sahip olan hemşirelerin, cinsellikle ilgili konularda duyarlılıklarının artacağı, diğer fikirlere karşı açık ve saygılı olabileceği, cinsel konularda rahatça konuşabileceği, kişinin cinsel değerlendirmesini kapsamlı olarak yapabileceği,

cinsel sorunları gelişmeden önce fark edip bu konuda gerekli önlemleri alabileceği öngörülür; bu kişiler, cinsellikle ilgili sorunların çözümünde hemşire olarak verebileceği danışmanlığı planlayabilir veya ilgili uzmanlara yönlendirerek tedavi ve bakımının takibini yapabilir.<sup>[29]</sup>

Cinselliği değerlendirmeye, önce cinsel öykü alarak başlanmalıdır. Cinsel öyküde hastanın genel sağlık durumu, cinselliğe ilişkin tutumu, geçmişteki ve şu anki cinsel yaşamı, kanser hastalığı ve cinsellikle ilgili inanışları değerlendirilmelidir.<sup>[30]</sup> Öykü alırken<sup>[31]</sup>,

- bireyin yaşadığı sorunu kendi sözcükleri ile tanımlamasına izin verilmeli,
- sorunun ne zaman başladığı, nasıl ortaya çıktığı, nasıl geliştiği öğrenilmeli,
- sorunun nedenlerine yönelik bireyin değerlendirmeleri sorulmalı, böylece kişinin sorununa yönelik duygusal tepkisi ve tutumları da değerlendirilmeli,
- “Neden?” ile başlayan sorulardan kaçınılmalı (bu tür sorular kişiyi savunmaya yönelteceği için, “Ne?, Nerede?, Nasıl?, Ne zaman?” gibi sorulara daha net cevaplar alınabilmektedir),
- kişinin sorununa yönelik çözüme çabaları değerlendirilmeli (bunun için, okuduğu yazılar, uzman olmayan kişilerce önerilen çözümler ve kişinin bu konuya yönelik tutumları değerlendirilir) ve
- kişinin ne istediği sorgulanmalıdır.

Ayrıca, cinsel öykü alırken, kişinin cinsel ilişkide bulunup bulunmadığı, en son ne zaman cinsel ilişkide bulunduğu, cinsel ilişki sırasında veya sonrasında ağrısı olup olmadığı, orgazm olabilmeye yeteneği, son zamanlarda cinsel ilişkide yaşadığı değişiklikler gibi konular da sorgulanmalıdır.<sup>[32]</sup>

Kanser ve tedavisinin cinsellik üzerindeki etkisi iki düzeyde değerlendirilebilir.

1. *Birinci düzey değerlendirme:* Bu düzeydeki amaç, kanser ve tedavisi sonucu ortaya çıkan problemleri saptamaktır. Kişiyi zorlamadan, açık uçlu sorularla, tüm hemşireler tarafından kolay yapılabilir. Değerlendirmeyi yaparken dikkat edilecek en önemli noktalardan biri, beden imajı gibi konuşulması rahat konulardan orgazm yeteneği gibi kişinin kendini rahat ifade edemeyeceği hassas konulara doğru bir sıralama takip etmektir.
2. *İkinci düzey değerlendirme:* Bu değerlendirmede amaç, birinci düzeyde belirlenen probleme odaklanmaktır.

Eğer değerlendirme yapan kişi problemi çözmeye yetersiz kalıyorsa, bu konuda eğitilmiş bir uzmana yönlendirmelidir.<sup>[28]</sup>

Hemşireler cinselliği değerlendirirken, ilk harflerinin kısaltımından oluşmuş **ALARM** (*Activity* - Cinsel aktivite tür ve düzeyi, *Libido* - Cinsel istek, *Arousal* - Orgazma ulaşabilme yeteneği, *Resolution* - Çözülme ve gevşeme, *Medical information* - Sürece eşlik eden şimdiki ve geçmişteki tıbbi bilgiler), **ALLOW** (*Ask* - Soru sorma, *Legitimize* - Onaylama, *Limitations* - Sınırların belirlenmesi, *Open up* - Açmak, *Work together* - Birlikte çalışma), **PLISSIT** (*Permission* - İzin verme, *Limited information* - Sınırlı bilgi, *Spesific suggestion* - Özel öneri, *Intensive therapy* - Yoğun terapi) ve **BETTER** (*Bring up the topic* - Konuyu gündeme getirme, *Explain* - Açıklama, *Telling* - Anlatma, *Timing* - Müdahale zamanlama, *Education* - Eğitim, *Recording* - Kayıt tutma) gibi modelleri kullanmaktadır.<sup>[11,29]</sup> Bunlar içerisinde cinselliği değerlendirmede özellikle yardımcı olabilecek iki model vardır: PLISSIT (en sık kullanılanıdır) ve BETTER modelleri (kanserli hastaların cinsellik değerlendirmesinde yardım etmek için geliştirilmiştir). İki model de tüm hastalarda kullanılabilir.<sup>[33]</sup> Yapılan çalışmalarda, özellikle en sık kullanılan PLISSIT modeliyle bakım verilen hastalarda, cinsel fonksiyonlarda önemli derecede düzelme görüldüğü belirtilmiştir.<sup>[34-37]</sup>

### PLISSIT Modeli; [28,30,33]

*P (permission) (izin verme):* Hastaya cinselliği tartışmak için izin verilmesi kısmıdır. Bu kısımda, hasta ve partneri cinsel aktivitenin kendileri için önemini ve cinselliğe ilişkin duygularını ve düşüncelerini ifade ederler.

Örneğin; “*Birçok çift kalp krizi geçirdikten sonra, sevişmek hakkında endişe duymaktadır. Size yardımcı olabileceğim herhangi bir endişeniz var mı?*”

*LI (limited information) (sınırlı bilgi):* Hastaya cinsel fonksiyonuna yardımcı olacak kadar bilgi verilmesidir. Hastalık ve tedavisinin, cinsel hayat üzerinde oluşturabileceği yan etkiler ve bunlara ilişkin bilgilendirmeyi kapsar.

Örneğin; “*Eğer ilişki sırasında göğüs ağrısı yaşarsanız, durmalı ve ilacınızı almamalısınız.*”

*SS (spesific suggestion) (özel öneri):* Yüksek derecede uzmanlık gerektirir. Hemşire ilaçların ve diğer tedavilerin muhtemel cinsel sonuçlarını önceden tahmin edebilmelidir. Hastaya ve partnerine cinsel ilişkiden daha fazla doyum alabilmesi için özel önerilerde bulunulur.

Örneğin; “*Meme kanserinin tekrarlamasını önlemek için tamoxifen almanın cinsel istek veya libido üzerinde istenme-*

yen etkisi olabilir. Eğer tamoxifen alırken cinselliğe ilginizin azaldığını fark ederseniz ve bu sizi endişelendirirse, bir cinsel terapistle konuşmak isteyebilirsiniz.”

*IT (intensive therapy) (yoğun terapi):* Genellikle bir cinsel terapist veya özel eğitilmiş bir danışmana yönlendirme gerektirir.

Örneğin; “Cerrahi tedaviden beri ereksiyon yetersizliğiniz hakkında üzgün görünüyorsunuz. Yardımcı olabilecek bir dizi tedavi var ve bunları sizinle tartışabilecek cinsel ilaç uzmanımıza yönlendirmek isterim.”

## **BETTER Modeli;**<sup>[30,33]</sup>

*B (bringing up the topic):* Cinselliğin gündeme getirilmesi kısmıdır.

Örneğin; “Prostat kanseri tedavisi sonrası çiftlerin muhtemel cinsel problemlerle ilgili sıklıkla soruları olmaktadır. Eğer sizin de sorularınız varsa, lütfen sormak için tereddüt etmeyin.”

*E (explaining that sex is an important part of life):* Cinsel ilişkinin hayatın ve yaşam kalitesinin önemli bir parçası olduğunun açıklanması kısmıdır. Bu, tartışmayı normalleştirmeye yardımcı olur ve hastaların daha az utanç ve daha az yalnız hissetmelerine yardımcı olabilmektedir.

Örneğin; “Şu anda aklınızdaki son şey cinsel ilişkiymiş gibi hissedebilirsiniz, fakat ileriki birkaç ay, iyileştikçe kendinizi muhtemelen tekrardan hayatın bu yönüne ilgi duyuyor hale gelmiş olarak bulacaksınız.”

*T (telling patients that resources will be found to address their concerns):* Endişelerini iletmek için bulabilecekleri kaynakların hastalara anlatıldığı kısımdır. Hemşire hemen bir çözüme olmasa bile diğerleri yardım edebilir.

Örneğin; “Cinsel ilişki sırasında neden ağrı yaşadığınızdan emin değilim. Bu konuyu doktorunuzu gördüğümde iletacağım.”

*T (timing of intervention):* Müdahalenin zamanlaması kısmıdır. Cinsel konularla ilgilenmek için hazır olmayan hastalar gelecekte bilgilendirme isteyebilir.

Örneğin; “Endometrium kanseri tedavisi sonrası cinsel problemlerle ilgilenen birtakım kitap ve videolarımız olduğunun farkında olmanızı istedim. Burada iletişime geçebileceğiniz bilgi merkezinin adres ve telefon numarası bulunuyor.”

*E (education regarding sexual side effects of treatment):* Tedavinin cinsel yan etkileri ile ilgili eğitim verme kısmıdır. Hastayı cinsel yan etkiler hakkında bilgilendirmek diğer istenmeyen etkiler hakkında bilgi vermek kadar önemlidir.

Örneğin; “Bazı kadınlar histerektomi sonrası orgazmlarını farklı hissettiklerini bildirmektedir. Siz bunu yaşamayabilirsiniz, fakat bunun bir olasılık olduğunu bilmenizi istedim.”

*R (recording):* Kayıt tutma kısmıdır. Hasta dosyasının içinde, cinsellik ve meydana gelen cinsel yan etkiler hakkında kısa tartışma notlarını içerir.

Örneğin; Planlanmış cerrahi ile ilgili olası cinsel yan etkiler tartışıldı. Hastaya bilgi merkezi için iletişim bilgisine ek olarak okuma materyali verildi.

Aşağıda, Tablo 1 ve Tablo 2’de kadına ve erkeğe özgü cinselliği değerlendirmede kullanılan ölçeklere (cinsel soru formlarına) yer verildi. Bu tablolarda, ölçekleri geliştirenler ve Türkçe geçerlik ve güvenilirlik yapılanlardan ulaşılabilenlere ve halen ülkemizde kullanılan ancak geçerlik ve güvenilirliği yapıp yapılmadığı belli olmayanlara da yer verildi.

Sonuç olarak; cinsellik insan hayatının vazgeçilmez bir parçasıdır. Oldukça yaygın görülen cinsel problemler, insan yaşamının sağlıklı bir döneminde ortaya çıkabileceği gibi, kanser gibi çeşitli hastalıklara veya tedavilerine bağlı olarak da ortaya çıkabilmektedir. Bu durumda, hastaya primer olarak bakım verebilecek kişi çoğunlukla hemşiredir. Hemşireler ise, çoğu zaman bu konuda yaşadıkları bilgi eksiklikleri, kendilerine yardımcı olabilecek bir rehber bulamamaları gibi sebeplerden dolayı bakım verememektedirler.<sup>[68]</sup> Bu konuda farkındalığın ve duyarlılığın artırılması için, sistematik ve düzenli olarak eğitimler planlanması, geniş kapsamlı araştırmalar yapılması, hemşirelerin de bu çalışmalarda aktif rol alması gerektiği kanısındayız.

**Tablo 1.** Kadınlarda Cinselliği Değerlendirmek İçin Kullanılan Ölçekler<sup>[38]</sup>

Ölçeğin Adı	Uygulama Süresi	Geliştirme/Geçerlik ve Güvenirlik	Ölçeğin Alt Boyutları ve Amacı
<b>Brief Sexual Function Index for Women</b> (BSFI-W= Kadınlar için Kısa Cinsel Fonksiyon Endeksi)	15–20 dakika	1994 yılında Taylor ve ark. tarafından geliştirilmiştir. <sup>[39]</sup>	3 alan (libido, cinsel ilişki, doyum), 22 madde ve ayrı 7 alandan oluşur. 1. İstek (cinsel düşünceler) 2. Uyarılma (lubrikasyon) 3. Sıklık (cinsel aktivite) 4. Kabul etme (başlatma) 5. Zevk (orgazm) 6. Doyum (ilişki) 7. Cinsel problemler Cinsel düşünce/istek, uyarılma, ilişki sıklığı, ilişkiyi kabul/başlatma, doyum/orgazm, partnerle uyum ve cinsel problemleri belirlemek için kullanılmaktadır.
<b>Female Sexual Function Index</b> (FSFI=Kadın Cinsel Fonksiyon Endeksi)	15–20 dakika	2000 yılında Rosen ve ark. tarafından geliştirilmiştir. <sup>[40]</sup> Türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması 2005 yılında Aygün ve Eti-Aslan tarafından yapılmıştır. <sup>[41]</sup>	6 alan, 19 maddeden oluşur. 1. Cinsel istek veya ilgi 2. Uyarılma 3. Lubrikasyon (kayganlaşma) 4. Orgazm 5. Doyum 6. Ağrı veya rahatsızlık Cinsel işlev bozukluğunu tanılamak için kullanılmaktadır.
<b>Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction</b> (GRISS= Golombok Rust Cinsel Doyum Envanteri)	15–20 dakika	1985 yılında Rust ve Golombok tarafından geliştirilmiştir. <sup>[42]</sup> Türkçe versiyonunun güvenilirlik ve geçerlik çalışması 1993 yılında Tuğrul ve ark. tarafından yapılmıştır. <sup>[43]</sup>	7 alan, 28 maddeden oluşur. 1. Anorgazmi (orgazm bozukluğu) 2. Dokunma 3. Doyum 4. Kaçınma 5. İletişim 6. İlişki sıklığı 7. Vajinismus Heteroseksüel kadın ve erkeklerde cinsel ilişkinin niteliğini belirlemek ve cinsel işlev bozukluklarını değerlendirmek için kullanılmaktadır.
<b>Sexual Function Questionnaire</b> (SFQ= Cinsel Fonksiyon Anketi)	20–30 dakika	2004 yılında Quirk ve ark. tarafından geliştirilmiştir. <sup>[44]</sup>	7 alan, 31 maddeden oluşur. 1. İstek 2. Fiziksel uyarılma 3. Lubrikasyon (kayganlaşma) 4. Zevk alma 5. Orgazm 6. Ağrı 7. Partner doyumunu Klinik çalışmalarda kadın cinsel fonksiyonunu değerlendirmek için kullanılmaktadır.
<b>Female Sexual Distress Scale</b> (FSDS= Kadın Cinsel Distres Ölçeği)		2002 yılında Derogatis ve ark. tarafından geliştirilmiştir. <sup>[45]</sup>	Cinsel fonksiyonla birlikte olan subjektif stres ve psikolojik etkilenmeyi değerlendiren, cinsel fonksiyon bozukluğu olan ve olmayan kadınları belirlemede kullanılmaktadır.
<b>Female Intervention Efficacy Index</b> (FIEI= Kadın Girişimi Yarar Endeksi)	10 dakika		7 maddeden oluşur. 1. Lubrikasyon (kayganlaşma) 2. Duygu 3. Tedavi sonrası değişiklikler 4. Plato sırasında zevk 5. Orgazm 6. Tedavinin yan etkileri 7. Tedavi üzerinde tüm yargı

Tablo 1 devamı ►

**Tablo 1.** Kadınlarda Cinselliği Değerlendirmek İçin Kullanılan Ölçekler<sup>[38]</sup>

<b>Profile of Female Sexual Function</b> (PFSF= Kadın Cinsel Fonksiyonunun Profili)	25–30 dakika	2004 yılında McHorney ve ark. tarafından geliştirilmiştir. <sup>[46]</sup>	7 alan, 37 maddeden oluşur. 1. Cinsel istek 2. Uyarılma 3. Orgazm 4. Cinsel zevk 5. Cinsel endişeler 6. Cinsel isteklilik 7. Cinsel beden imajı Ooferektomi geçiren kadınlarda düşük cinsel isteği değerlendirmek için kullanılmaktadır.
<b>Short form of the Personal Experience Questionnaire</b> (SPEQ= Kişisel Deneyimler Kısa Form Anketi)	5–10 dakika	2001 yılında Dennerstein ve ark. tarafından geliştirilmiştir. <sup>[47]</sup>	4 alan, 9 maddeden oluşur. 1. Libido 2. Uyarılma 3. Partnerinin cinsel problemleri 4. Disparoni
<b>Changes in Sexual Functioning Questionnaire</b> (CSFQ= Cinsel Fonksiyonda Değişiklikler Anketi)	20 dakika	1997 yılında Clayton ve ark. tarafından geliştirilmiştir. <sup>[48]</sup>	5 alan, 35 maddeden oluşur. 1. İstek (sıklık) 2. İstek (ilgi) 3. Zevk 4. Uyarılma 5. Orgazm Cinsel fonksiyonda hastalık ve ilaçlarla ilgili değişiklikleri ölçmek için geliştirilmiştir.
<b>Derogatis Interview for Sexual Functioning Self Report</b> (DISF-SR= Derogatis Cinsel Fonksiyon Kişisel Görüşme Formu)		1997 yılında Derogatis tarafından geliştirilmiştir. <sup>[49]</sup>	

**Tablo 2.** Erkeklerde Cinselliği Değerlendirmek İçin Kullanılan Ölçekler<sup>[38]</sup>

Ölçeğin Adı	Uygulama Süresi	Geçerlik ve Güvenirlik	Ölçeğin Alt Boyutları ve Amacı
<b>International Index of Erectile Function</b> (IIEF= Uluslararası Erektile Fonksiyon Endeksi) <b>IIEF-5 Kısa Formu</b>	10–15 dakika 5–10 dakika	1997 yılında Rosen ve ark. tarafından geliştirilmiştir. <sup>[50]</sup> 1999 yılında Rosen ve ark. tarafından 5 maddelik kısa form geliştirilmiştir. <sup>[51]</sup> 2007 yılında Turunç ve ark. tarafından geçerliliği güvenilirliği yapılmıştır. <sup>[52]</sup>	5 ana başlık, 15 maddeden oluşur. 1. Cinsel istek 2. Erektile fonksiyon 3. Orgazm fonksiyonu 4. Cinsel ilişkiden doyum alma 5. Genel doyum Erkeklerde erektile disfonksiyonu belirlemek amaçlı kullanılmaktadır.
<b>Sexual Health Inventory for Men</b> (SHIM= Erkekler için Cinsel Sağlık Envanteri)	5–10 dakika		2 ana başlık, 5 maddeden oluşur. 1. Erektile fonksiyon 2. Cinsel ilişkiden doyum alma
<b>Brief Sexual Function Inventory for Urology</b> (BSFI= Ürolojik Kısa Cinsel Fonksiyon Envanteri)	5–10 dakika	1995 yılında O’Leary ve ark. tarafından geliştirilmiştir. <sup>[53]</sup>	5 alan, 11 maddeden oluşur. 1. Cinsel istek 2. Ejakülasyon 3. Erektile fonksiyon 4. Cinsel problemlerin algılanması 5. Cinsel doyum
<b>Florida Sexual History Questionnaire</b> (FSHQ= Florida Cinsel Öykü Anketi)	15–20 dakika	1991 yılında Geisser ve ark. tarafından geliştirilmiştir. <sup>[54]</sup> 2005 yılında Öksüz ve Malhan geçerlik güvenilirliğini yapmıştır. <sup>[55]</sup>	4 alan, 20 maddeden oluşur. 1. İlgili ve cinsel aktivite için istek 2. Cinsel gelişim 3. Mevcut cinsel davranışlar 4. Doyum Erkek cinsel disfonksiyonunu değerlendirmek için kullanılmaktadır.

**Tablo 2.** Erkeklerde Cinselliği Değerlendirmek İçin Kullanılan Ölçekler<sup>[38]</sup>

<b>Male Sexual Health Questionnaire</b> (MSHQ= Erkek Cinsel Sağlık Anketi)	15–20 dakika	2004 yılında Rosen ve ark. tarafından geliştirilmiştir. <sup>[56]</sup>	3 alan, 25 maddeden oluşur. 1. Erektile fonksiyon 2. Ejakülasyon 3. Cinsel doyum Alt üriner sistemin ve cinsel disfonksiyonla ilişkili ürogenital semptomlara sahip yaşlı erkeklerde cinsel fonksiyon ve doyumunu değerlendirmek için geliştirilmiştir.
<b>Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction</b> (GRISS= Golombok Rust Cinsel Doyum Envanteri)	15–20 dakika	1985 yılında Rust ve Golombok tarafından geliştirilmiştir. <sup>[41]</sup> Türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması 1993 yılında Tuğrul ve ark. tarafından yapılmıştır. <sup>[42]</sup>	7 alan, 28 maddeden oluşur. 1. Erektile fonksiyon 2. Prematür ejakülasyon 3. Dokunma 4. Kaçınma 5. Doyum 6. İlişki sıklığı 7. İletişim Heteroseksüel kadın ve erkeklerde cinsel ilişkinin niteliğini belirlemek ve cinsel işlev bozukluklarını değerlendirmek üzere kullanılmaktadır.
<b>Erection Quality Scale</b> (EQS= Ereksiyon Kalite Skalası)	10–15 dakika	2004 yılında Wincze ve ark. tarafından geliştirilmiştir. <sup>[57]</sup>	1 alan, 15 maddeden oluşur. 1. Erektile fonksiyon Penil ereksiyonun kalitesini değerlendirmek için geliştirilmiştir.
<b>Arizona Sexual Experiences Scale</b> (ASEX= Arizona Cinsel Deneyimler Skalası)	5–10 dakika	2000 yılında McGahuey ve ark. tarafından geliştirilmiştir. <sup>[58]</sup> Türkçe versiyonunun güvenilirlik ve geçerlik çalışması 2004 yılında Soykan tarafından yapılmıştır. <sup>[59]</sup>	5 alan, 5 maddeden oluşur. 1. Cinsel istek 2. Cinsel uyarılma 3. Erektile fonksiyon 4. Orgazm fonksiyonu 5. Cinsel doyum Cinsel işlevin beş temel bileşenini değerlendirmek için kullanılmaktadır.
<b>Derogatis Interview for Sexual Functioning Self Report</b> (DISF-SR= Derogatis Cinsel Fonksiyon Kişisel Görüşme Formu)	15–20 dakika	1997 yılında Derogatis tarafından geliştirilmiştir. <sup>[48]</sup>	5 alan, 25 maddeden oluşur. 1. Cinsel biliş ve fantezi 2. Cinsel uyarılma 3. Cinsel davranış ve deneyimler 4. Orgazm fonksiyonu 5. Cinsel istek ve ilişki
<b>Derogatis Sexual Function Inventory</b> (DSFI= Derogatis Cinsel Fonksiyon Envanteri)	90–120 dakika	1979 yılında Derogatis ve Melisarotos tarafından geliştirilmiştir. <sup>[60]</sup>	10 alan, 245 maddeden oluşur. 1. Genel bilgi 2. Tecrübeler 3. Cinsel istek 4. Tutumlar 5. Psikolojik semptomlar 6. Sevgi 7. Cinsiyet rol tanımı 8. Fanteziler 9. Beden imajı 10. Cinsel doyum Cinsel bilgi, cinsel deneyim, cinsel güdü, tutumlar, psikolojik belirtiler, duygulanım, cinsel rol, fantezi, beden imgesi ve cinsel doyumunu belirlemek üzere kullanılmaktadır.
<b>Sexual Interaction Inventory</b> (SII= Cinsel Etkileşim Envanteri)	50–60 dakika	1974 yılında LoPiccolo ve Steger tarafından geliştirilmiştir. <sup>[61]</sup>	5 alan, 102 maddeden oluşur. 1. Doyum alamama sıklığı 2. Kendini kabul etme 3. Cinsel zevk 4. Partnerinin tercih ettiği cinsel aktiviteleri bilme 5. Partnerini kabul etme Heteroseksüel çiftlerin cinsel doyumunu ve cinsel uyumunu değerlendirmek için geliştirilmiştir.
<b>Self-Esteem And Relationship Questionnaire</b> (SEAR= Kişisel imaj ve ilişki Anketi)	10–15 dakika	2004 yılında Cappelleri ve ark. tarafından geliştirilmiştir. <sup>[62]</sup>	3 alan, 14 maddeden oluşur. 1. Cinsel ilişki 2. Kendine güven 3. Tüm ilişki Erektile disfonksiyonu olan erkeklerde psikososyal değişkenleri ölçmek için geliştirilmiştir.

Tablo 2 devamı ▶

**Tablo 2.** Erkeklerde Cinselliği Değerlendirmek İçin Kullanılan Ölçekler<sup>[38]</sup>

<b>Psychological Impact of Erectile dysfunction</b> (PIED= Erektıl disfonksiyonun Psikolojik Etkileri)	10–15 dakika	2002 yılında Latini ve ark. tarafından geliştirilmiştir. <sup>[63]</sup>	2 ölçek, 16 maddeden oluşur. 1. Erektıl disfonksiyonun cinsel deneyim üzerine psikolojik etkisi 2. Erektıl disfonksiyonun duygusal hayat üzerine psikolojik etkisi Erektıl disfonksiyonun psikolojik etkilerini değerlendirmek için geliştirilmiştir.
<b>Erectile Dysfunction Effect on Quality of Life Questionnaire</b> (ED-EQoL= Erektıl Disfonksiyonun Yaşam Kalitesine Etkileri Anketi)	10–15 dakika	2004 yılında MacDonagh ve ark. tarafından geliştirilmiştir. <sup>[64]</sup>	1 alan, 15 maddeden oluşur. Erektıl disfonksiyonun yaşam kalitesi üzerinde etkisini değerlendirmek için geliştirilmiştir.
<b>Quality of Life in Male Erectile Dysfunction Questionnaire</b> (QoL-MED= Erkek Erektıl Disfonksiyonunda Yaşam Kalitesi Anketi)	15–20 dakika		3 alan, 27 maddeden oluşur. 1. Maskülenlik 2. Duygusal yanıtlar 3. Yaşamdan doyum alma
<b>Quality of Sexual Life Questionnaire</b> (QVS= Cinsel Yaşamın Kalitesi Anketi)	15–20 dakika		3 alan, 27 maddeden oluşur. 1. Cinsel yaşam 2. Yetenekler 3. Psikolojik iyilik hali
<b>Erectile Dysfunction Inventory of Treatment Satisfaction</b> (EDITS=Tedaviden Doyumun Erektıl Disfonksiyon Envanteri)	10–15 dakika	1999 yılında Althof ve ark. tarafından geliştirilmiştir. <sup>[65]</sup>	11 madde hasta için, 5 madde partneri içindir. Erektıl disfonksiyon için medikal tedavi gören hastalarda doyumunu değerlendirmek için geliştirilmiştir.
<b>Patient and Partner Treatment Satisfaction Scale</b> (TSS= Hasta ve Eşinin Tedaviden Doyum Skalası)	Partnerlerin her biri için 15–20 dakika	2004 yılında Kubin ve ark. tarafından geliştirilmiştir. <sup>[66]</sup>	4 modül, 61 maddeden oluşur. Erektıl disfonksiyon hastalarında ve partnerlerinde tedaviden doyumunu değerlendirmek için geliştirilmiştir.
<b>Chinese Index of Premature Ejaculation</b> (CIPE-10= Çin Prematüre Ejekülasyon Endeksi)	10–15 dakika		5 alan, 10 maddeden oluşur. 1. Libido 2. Ereksiyon 3. Ejakülasyon zamanı 4. Doyum (erkek ve kadın) 5. Semptomların psikolojik etkisi
<b>Patient-Reported Outcome</b> (PRO= Hastanın Bildirdiği Sonuç)	5–10 dakika		5 alandan oluşur. 1. Ejakülasyon üzerinde kontrol 2. Doyum 3. Prematür ejakülasyonun ciddiyeti 4. Kişisel sıkıntı 5. Kişilerarası zorluklar
<b>Structured Interview on Erectile Dysfunction</b> (SIEDY= Erektıl Disfonksiyon Üzerine Yapılandırılmış Görüşme)	5–10 dakika	2003 yılında Petrone ve ark. tarafından geliştirilmiştir. <sup>[67]</sup>	3 alan, 17 maddeden oluşur. 1. Ölçek 1 (Erektıl disfonksiyonun organik bileşeni) 2. Ölçek 2 (Erektıl disfonksiyonun ilişki bileşeni) 3. Ölçek 3 (Erektıl disfonksiyonun psikolojik bileşeni) Erektıl disfonksiyon üzerindeki patojenik sorunları ölçmek için geliştirilmiştir.



## KAYNAKLAR

1. Cancer. <http://www.who.int/cancer/en/> Erişim tarihi: 31.10.2016
2. Learn About Cancer. <http://www.cancer.org/cancer/index> Erişim tarihi: 14.11.2016
3. GLOBOCAN 2012: Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012 . [http://globocan.iarc.fr/Pages/fact\\_sheets\\_cancer.aspx](http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx) Erişim tarihi: 31.10.2016
4. Cancer Facts and Figures 2016. <http://www.cancer.org/research/cancerfactsstatistics/cancerfactsfigures2016/> Erişim tarihi: 31.10.2016
5. Ölüm Nedeni İstatistikleri. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21526> Erişim tarihi: 01.11.2016
6. Türkiye Kanser İstatistikleri. [http://kanser.gov.tr/Dosya/ca\\_istatistik/ANA\\_rapor\\_2013v01\\_2.pdf](http://kanser.gov.tr/Dosya/ca_istatistik/ANA_rapor_2013v01_2.pdf) Erişim tarihi: 23.12.2016
7. Eker F, Acikgoz F. The impact of cancer and its treatment on sexual desire, satisfaction and functioning: findings from an exploratory study in rural Turkey. *Eur J Cancer Care (Engl)* 2011;20:769–75. doi: 10.1111/j.1365-2354.2011.01262.x
8. Cancer Statistics. [www.cancer.gov/about-cancer/understanding/statistics](http://www.cancer.gov/about-cancer/understanding/statistics) Erişim tarihi: 23.12.2016
9. Katz A. The sounds of silence: sexuality information for cancer patients. *J Clin Oncol* 2005;23:238–41. doi: 10.1200/JCO.2005.05.101
10. Bober SL, Varela VS. Sexuality in adult cancer survivors: challenges and intervention. *J Clin Oncol* 2012;30:3712–9. doi: 10.1200/JCO.2012.41.7915
11. Akman G, Aygin D. Kolorektal kanser tanılı kadınlarda cinsel sağlık nasıl etkileniyor? *Androloji Bülteni* 2015;17:145–51.
12. Pinto AC. Sexuality and breast cancer: prime time for young patients. *J Thorac Dis* 2013;5 Suppl 1:S81–6. doi: 10.3978/j.issn.2072-1439.2013.05.23
13. Junk D, Kim JH. Effects of a sexual health care nursing record on the attitudes and practice of oncology nurses. *Sex Reprod Healthc* 2016;9:21–6. doi: 10.1016/j.srhc.2016.06.001
14. Dinçer Y, Oskay Ü. Kanser ve cinsellik. *Androloji Bülteni* 2015;17:311–4.
15. Can G. Kanserde cinsel sağlık. *Androloji Bülteni Hemşire Çalışma Grubu* 2004;19:355–6.
16. Barton D, Wilwerding M, Carpenter L, Loprinzi C. Libido as part of sexuality in female cancer survivors. *Oncol Nurs Forum* 2004;31:599–609. doi: 10.1188/04.ONF.599-609
17. Meston CM, Hull E, Levin RJ, Sipski M. Disorders of orgasm in women. *J Sex Med* 2004;1:66–8. doi: 10.1111/j.1743-6109.2004.10110.x
18. Rosen RC. Prevalence and risk factors of sexual dysfunction in men and women. *Curr Psychiatry Rep* 2000;2:189–95.
19. Hautamäki-Lamminen K, Lipiäinen L, Beaver K, Lehto J, Kellokumpu-Lehtinen PL. Identifying cancer patients with greater need for information about sexual issues. *Eur J Oncol Nurs* 2013;17:9–15. doi: 10.1016/j.ejon.2012.03.002
20. Dizon DS, Suzin D, McIlvenna S. Sexual health as a survivorship issue for female cancer survivors. *Oncologist* 2014;19:202–10. doi: 10.1634/theoncologist.2013-0302
21. Dizon DS, Katz A. Overview of sexual dysfunction in male cancer survivors. 2015 Up to Date. <http://www.uptodate.com/contents/overview-of-sexual-dysfunction-in-male-cancer-survivors> Erişim tarihi: 27.01.2017
22. Althof SE, Parish SJ. Clinical interviewing techniques and sexuality questionnaires for male and female cancer patients. *J Sex Med* 2013;10 Suppl 1:35–42. doi: 10.1111/jsm.12035
23. Eberhard J, Stahl O, Cohn-Cedermark G, Cavallin-Stahl E, Giwercman Y, Rylander L, et al. Sexual function in men treated for testicular cancer. *J Sex Med* 2009;6:1979–89. doi: 10.1111/j.1743-6109.2009.01298.x
24. Gölbaşı Z, Evcili F. Hasta cinselliğinin değerlendirilmesi ve hemşirelik: engeller ve öneriler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2013;16:182–9.
25. Pınar G. Kanser tedavisi alan hastalarda cinsel disfonksiyon ve danışmanlığa ilişkin hemşirelik yaklaşımları. *Gülhane Tıp Dergisi* 2010;52:241–7.
26. Bal MD. Hemşirelerin cinsel bakıma ilişkin tutum ve inançları. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 2014;11:38–42.
27. Terzioğlu F, Alan H. Jinekolojik kanser tedavisi sırasında yaşanan psikolojik sorunların kadının cinsel yaşamına etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2015;18:140–7.
28. Reis N. Jinekolojik kanser ve tedavisinin kadın cinsel sağlığına etkileri. *C. Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2003;7:35–40.
29. Tuğut N, Gölbaşı Z. Cinselliğin değerlendirilmesi: hemşireler için öneriler ve klinik stratejiler. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 2014;11:59–64.
30. Katz A. Breast cancer and women's sexuality. *Am J Nurs* 2011;111:63–7. doi: 10.1097/01.NAJ.0000396560.09620.19
31. Üreme Sağlığına Giriş. <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/açs40.pdf> Erişim tarihi: 12.01.2017
32. Fışkın G, Beji NK. Cinsel fonksiyonun değerlendirilmesi ve hemşirenin rolü. *Androloji Bülteni* 2014;56:73–6.
33. Katz A. Do ask, do tell: why do so many nurses avoid the topic of sexuality? *Am J Nurs* 2005;105:66–8.
34. Ayaz S. Stomalı bireylerin cinsel sorunlarının değerlendirilmesinde PLISSIT modelinin kullanımı. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2014;17:59–63.
35. Farnam F, Janghorbani M, Raisi F, Merghati-Khoei E. Compare the effectiveness of PLISSIT and sexual health models on women's sexual problems in Tehran, Iran: a randomized controlled trial. *J Sex Med* 2014;11:2679–89. doi: 10.1111/jsm.12659
36. Rostamkhani F, Jafari F, Ozgoli G, Shakeri M. Addressing the sexual problems of Iranian women in a primary health care setting: A quasi-experimental study. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2015;20:139–46.
37. Nho JH. Effect of PLISSIT model sexual health enhancement program for women with gynecologic cancer and their husbands. *J Korean Acad Nurs* 2013;43:681–9. doi: 10.4040/jkan.2013.43.5.681
38. Corona G, Jannini EA, Maggi M. Inventories for male and female sexual dysfunctions. *International Journal of Impotence Research* 2006;18:236–50. doi: 10.1038/sj.ijir.3901410
39. Taylor JF, Rosen RC, Leiblum SR. Self-report assessment of female sexual function: psychometric evaluation of the Brief Index of Sexual Functioning for Women. *Arch Sex Behav* 1994;23:627–43.
40. Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, et al. The female sexual function index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther* 2000;26:191–208. doi: 10.1080/009262300278597
41. Aygin D, Eri-Aslan F. Kadın cinsel işlev ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanması. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2005;25:393–9.
42. Rust J, Golombok S. The Golombok-Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS). *Br J Clin Psychol* 1985;24(Pt 1):63–4.
43. Tuğrul C, Öztan N, Kabakçı E. Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeğinin Standardizasyon Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1993;4:83–8.

44. Quirk FH, Heiman JR, Rosen RC, Laan E, Smith MD, Boolell M. Development of a sexual function questionnaire for clinical trials of female sexual dysfunction. *J Womens Health Gen Based Med* 2004;11:277–89. doi: 10.1089/152460902753668475
45. Derogatis LR, Rosen R, Leiblum S, Burnett A, Heiman J. The Female Sexual Distress Scale (FSDS): initial validation of a standardized scale for assessment of sexually related personal distress in women. *J Sex Marital Ther* 2002;28:317–30.
46. McHorney CA, Rust J, Golombok S, Davis S, Bouchard C, Brown C, et al. Profile of Female Sexual Function: a patient-based, international, psychometric instrument for the assessment of hypoactive sexual desire in oophorectomized women. *Menopause* 2004;11:474–83.
47. Dennerstein L, Leher P, Dudley E. Short scale to measure female sexuality: adapted from McCoy female sexuality questionnaire. *J Sex Marital Ther* 2001;27:339–51. DOI: 10.1080/009262301317081098
48. Clayton AH, McGarvey EL, Clavet GJ. The Changes in Sexual Functioning Questionnaire (CSFQ): development, reliability, and validity. *Psychopharmacol Bull* 1997;33:731–45.
49. Derogatis LR. The derogatis Interview for Sexual Functioning (DISF/DISF-SR): an introductory report. *J Sex Marital Ther* 1997;23:291–304. doi: 10.1080/00926239708403933
50. Rosen RC, Riley A, Wagner G, Osterloh IH, Kirkpatrick J, Mishra A. The international index of erectile function (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology* 1997;49:822–30.
51. Rosen RC, Cappelleri JC, Smith MD, Lipsky J, Peña BM. Development and evaluation of an abridged, 5-item version of the International Index of Erectile Function (IIEF-5) as a diagnostic tool for erectile dysfunction. *Int J Impot Res* 1999;11:319–26.
52. Turunç T, Deveci S, Güvel S, Peşkirioğlu L. Uluslararası cinsel işlev indeksinin 5 soruluk versiyonunun (IIEF-5) Türkçe geçerlik çalışmasının değerlendirilmesi. *Türk Üroloji Dergisi* 2007;33:45–9.
53. O’Leary MP, Fowler FJ, Lenderking WR, Barber B, Sagnier PP, Guess HA, et al. A brief male sexual function inventory for urology. *Urology* 1995;46:697–706. DOI: 10.1016/S0090-4295(99)80304-5
54. Geisser ME, Jefferson TW, Spevak M, Boaz T, Thomas RG, Murray FT. Reliability and validity of the florida sexual history questionnaire. *J Clin Psychol* 1991;47:519–28.
55. Öksüz E, Malhan S. Florida cinsel öykü ölçeği Türkçe uyarlamasının güvenilirlik ve geçerlik analizi. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2005;25:204–13.
56. Rosen RC, Catania J, Pollack L, Althof S, O’Leary M, Seftel AD. Male Sexual Health Questionnaire (MSHQ): scale development and psychometric validation. *Urology* 2004;64:777–82. doi: 10.1016/j.urology.2004.04.056
57. Wincze J, Rosen R, Carson C, Korenman S, Niederberger C, Sadovsky R, et al. Erection quality scale: initial scale development and validation. *Urology* 2004;64:351–6. doi: 10.1016/j.urology.2004.03.041
58. McGahuey CA, Gelenberg AJ, Laukes CA, Moreno FA, Delgado PL, McKnight KM, et al. The Arizona Sexual Experience Scale (ASEX): reliability and validity. *J Sex Marital Ther* 2000;26:25–40.
59. Soykan A. The reliability and validity of arizona sexual experiences scale in Turkish ESRD patients undergoing hemodialysis. *Int J Impotence Research* 2004;16:531–4. DOI: 10.1038/sj.ijir.3901249
60. Derogatis LR, Melisarotos N. The DSFI: a multidimensional measure of sexual functioning. *J Sex Marital Ther* 1979;5:244–81. DOI: 10.1080/00926237908403732
61. LoPiccolo J, Steger JC. The sexual interaction inventory: a new instrument for assessment of sexual dysfunction. *Arch Sex Behav* 1974;3:585–95.
62. Cappelleri JC, Althof S, Siegel RL, Shpilsky A, Bell SS, Duttagupta S. Development and validation of the self-esteem and relationship (SEAR) questionnaire in erectile dysfunction. *Int J Impot Res* 2004;16:30–8. doi: 10.1038/sj.ijir.3901095
63. Latini DM, Penson DE, Colwell HH, Lubeck DP, Mehta SS, Henning JM, et al. Psychological impact of erectile dysfunction: validation of a new health related quality of life measure for patients with erectile dysfunction. *J Urol* 2002;168:2086–91. doi: 10.1097/01.ju.0000034365.57110.b7
64. MacDonagh RP, Porter T, Pontin D, Ewings P. The ED-EQoL: the development of a new quality of life measure for patients with erectile dysfunction. *Qual Life Res* 2004;13:361–8. doi: 10.1023/B:QURE.0000018471.04066.4c
65. Althof SE, Corty EW, Levine SB, Levine F, Burnett AL, McVary K, et al. EDITS: development of questionnaires for evaluating satisfaction with treatments for erectile dysfunction. *Urology* 1999;53:793–9.
66. Kubin M, Trudeau E, Gondek K, Seignobos E, Fugl-Meyer AR. Early conceptual and linguistic development of a patient and partner treatment satisfaction scale (TSS) for erectile dysfunction. *European Urology* 2004;46:768–74. doi: 10.1016/j.eururo.2004.08.001
67. Petrone L, Mannucci E, Corona G, Bartolini M, Forti G, Giommi R, et al. Structured interview on erectile dysfunction (SIEDY©): a new, multidimensional instrument for quantification of pathogenetic issues on erectile dysfunction. *Int J Impot Res* 2003;15:210–20. doi: 10.1038/sj.ijir.3901006
68. Uslu E, İnfal S, Ulusoy MN. Cinsel sorunların çözümünde PLISSIT modelinin etkisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2016;8:52–63. doi: 10.18863/pgy.51356