

T. C.
İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

Psikoloji Anabilim Dalı

Klinik Psikoloji Bilim Dalı

**EVLİ KADINLARDA ÖZGÜL FOBİ, DEPRESYON
VE ANKSİYETE DÜZEYLERİ İLE KADIN CİNSEL
İŞLEVLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ**

Yüksek Lisans Tezi

Meliha IŞIK

Danışman

Dr. Öğr. Üyesi Hakan KARAŞ

İstanbul – 2022

TEZ TANITIM FORMU

Yazar Adı Soyadı Meliha Işık

Tezin Dili: Türkçe

Tezin Adı: Evli Kadınlarda Özgül Fobi, Depresyon Ve Anksiyete Düzeyleri İle Kadın Cinsel İşlevleri Arasındaki İlişki

Enstitü: İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Anabilim Dalı: Psikoloji

Tezin Türü: Yüksek Lisans

Tezin Tarihi: 10.12.2021

Sayfa Sayısı: 126

Tez Dr. Öğr. Üyesi Hakan KARAŞ

Danışmanları:

Dizin Terimleri: Depresyon, Anksiyete, Özgül Fobi, Evli Kadınlar, Cinsel İşlevler

Türkçe Özet Bu çalışmada, evli kadınların, depresyon, anksiyete ve özgül fobileri ile cinsel işlevleri arasındaki ilişki araştırılmıştır. Araştırmada veri toplama aracı olarak, depresyon düzeylerini ölçmek için Patient Health Questionnaire -9 (PHQ-9), anksiyete düzeylerini ölçmek için Yaygın Anksiyete Bozukluğu Testi(YAB-7), özgül fobi şiddet düzeylerini ölçmek için Özgül

Fobi Şiddet Ölçeği ve son olarak evli kadınların cinsel işlevleriyle ilişkisine etkisini görmek için, Female Sexual Function Index (FSFI) kullanılmıştır. Araştırmanın bulgularına göre, evli kadınların cinsel işlevleri ile depresyon ve anksiyete değerleri arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Özgöl fobi değerleri ve FSFI ve alt alanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Dağıtım Listesi

1. İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsüne
2. YÖK Ulusal Tez Merkezine

Meliha IŞIK

T. C.
İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

Psikoloji Anabilim Dalı

Klinik Psikoloji Bilim Dalı

**EVLİ KADINLARDA ÖZGÜL FOBİ, DEPRESYON
VE ANKSİYETE DÜZEYLERİ İLE KADIN CİNSEL
İŞLEVLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ**

Yüksek Lisans Tezi

Meliha IŞIK

Danışman

Dr. Öğr. Üyesi Hakan KARAŞ

İstanbul – 2022

BEYAN

Bu tezin hazırlanmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğu, kullanılan verilerde herhangi tahrifat yapılmadığını, tezin herhangi bir kısmının bu üniversite veya başka bir üniversitedeki başka bir tez olarak sunulmadığını beyan ederim.

Meliha IŞIK

.../.../2022



İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Meliha IŞIK' ın 'Evli Kadınlarda Özgül Fobi, Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri ile Cinsel İşlevleri Arasındaki İlişki' adlı çalışması, jürimiz tarafından Psikoloji anabilim dalı, Klinik Psikoloji bilim dalında Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

İmza

Başkan

Dr. Öğr. Üyesi

Hakan KARAŞ

(Danışman)

İmza

Üye

Dr.Ör. Üyesi

Erkal ERZİNCAN

İmza

Üye

Dr. Öğr. Üyesi

Selim ARPACIOĞLU

ONAY

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

... / ... / 20..

İmzası

Prof. Dr. İzzet GÜMÜŞ

Enstitü Müdürü

ÖZET

Depresyon, bireyin ruh halini tanımlayan, olumsuz duygularının ön planda olduğu, bireyin düşüncelerinde negatif inançlarının ağırlıklı olarak yer aldığı ve davranışsal olarak kendi normalinde farklı tepki veya tepkisizlikte bulunduğu durumlarda bireye eşlik eden duygu-durum bozukluğudur. Anksiyete, bireyin korku ve endişelilik halini kontrolü kaybetmişçesine yaşaması durumunu ortaya çıkararak psikiyatrik bir rahatsızlıktır. Özgül fobi, bireylerin bazı durum ve nesnelere karşı aşırı ve çoğu zaman mantığa uygun olmayan tepkilerde bulunmasına neden olan psikiyatrik bir rahatsızlıktır. Bu araştırmada depresyon, anksiyete ve özgül fobinin evli kadınların cinsel işlevleriyle nasıl bir ilişkisi olduğu incelenmiştir.

Araştırma kapsamına İstanbul ilinde yaşayan 270 evli kadın alınmıştır. Katılımcıların,178'i çalışıyor iken, 91'i çalışmamaktadır. Katılımcıların, 180'i çocuğu olduğunu söylerken, 90'ı ise çocuğu olmadığını söylemiştir. Katılımcıların, 65'i tıbbi hastalığı olduğunu söylerken, 205'i ise tıbbi hastalığı olmadığını söylemiştir. Katılımcıların,82'si daha önceden tanısı konmuş psikiyatrik hastalık varlığı olduğunu söylerken,188'i ise tanısı konmuş bir psikiyatrik hastalığı olmadığını söylemiştir. Katılımcıların yaş ortalaması '35,9±7,95' bulunmuştur. Katılımcıların evli oldukları yıl sayısı '11,3±8,82' bulunmuştur. Katılımcılar araştırmaya gönüllülük esasına göre, çalışma hakkında bilgilendirilip, onay vermeleri doğrultusunda katılım sağlamışlardır. Araştırmada değerlendirmeler için Patient Health Questionnaire-9(PHQ-9) Ölçeği, Yaygın Anksiyete Bozukluğu(YAB-7) Ölçeği, Özgül Fobi Şiddet Ölçeği ve Female Sexual Function Index(FSFI) Ölçeği kullanılmıştır.

İstatistiksel analizler için SPSS 25 programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotların (Ortalama, Standart Sapma, Medyan, Frekans, Oran, Minimum, Maksimum) yanı sıra verilerin dağılımı Shapiro-Wilk Testi ile değerlendirilmiştir. Niceliksel verilerin normal dağılım göstermeyen iki grup karşılaştırmalarında Mann Whitney testi kullanıldı. Anlamlılık $p<0.05$ düzeyinde değerlendirildi.

Araştırmanın bulgularına göre; Evli kadınlarda depresyon düzeyleri ile cinsel işlevler arasında bir ilişki yoktur Evli kadınlarda anksiyete düzeyleri ile cinsel işlevler arasında bir ilişki yoktur. Evli kadınların özgül fobilerinin bulunması ile cinsel işlevleri

arasında bir ilişki vardır. Sonuçta ise literatür ışığında tartışılmış, öneriler kısmında yapılan çalışmanın sonuçlarına göre önerilerde bulunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Evli Kadınlar, Depresyon, Anksiyete, Özgül Fobi, Evli Kadınlar, Cinsel İşlevler



SUMMARY

Depression is an emotional-state disorder that defines an individual's mood, where negative emotions are at the forefront, where negative beliefs are predominantly involved in an individual's thoughts, and where behaviorally different reactions or inactions occur in their own normal. Anxiety is a psychiatric disorder in which the individual lives as if he has lost control of his or her fear and anxiety. Specific phobia is a psychiatric disorder that causes individuals to react excessively and often unreliably to certain situations and objects. In this study, depression, anxiety and specific phobia were examined in how married women relate to their sexual functions.

270 married women living in Istanbul were included in the research. Of the participants, 178 were working, while 91 were not. Of the participants, 180 said they had children, while 90 said they had no children. Of the participants, 65 said they had a medical condition, while 205 said they did not have a medical condition. Of the participants, 82 said they had a previously diagnosed psychiatric disorder, while 188 said they did not have a diagnosed psychiatric disorder. The mean age of the participants was '35.9±7.95'. The number of years the participants were married was found to be '11±3±8.82'. Participants participated in the research on a voluntary basis in accordance with their knowledge and approval of the study. Patient Health Questionnaire-9(PHQ-9) Scale, Common Anxiety Disorder (YAB-7) Scale, Specific Phobia Violence Scale and Female Sexual Function Index (FSFI) Scale were used for evaluations in the study. SpSS 25 program was used for statistical analysis. When evaluating the study data, the distribution of descriptive statistical methods (Mean, Standard Deviation, Median, Frequency, Ratio, Minimum, Maximum) as well as the data was evaluated by Shapiro-Wilk Test. The Mann Whitney test was used in comparisons of two groups of quantitative data that did not show normal distribution. Signifiability was evaluated at $p < 0.05$.

According to the findings of the study; There is no relationship between depression levels and sexual functions in married women There is no relationship between anxiety levels and sexual functions in married women. There is a relationship between the presence of specific phobias of married women and their sexual function.

As a result, it was discussed in the light of the literature and recommendations were made according to the results of the study made in the recommendations section.

Keywords: Married Women, Depression, Anxiety, Specific Fobia, Sexual Functions



İÇİNDEKİLER

ÖZET	i
SUMMARY	iii
İÇİNDEKİLER	v
KISALTMALAR	xi
TABLOLAR LİSTESİ.....	xii
EKLER LİSTESİ.....	xiii
ÖNSÖZ.....	ix
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM ARAŞTIRMANIN ÖZELLİKLERİ

1.1. Araştırmanın Amacı.....	18
1.2. Araştırmanın Önemi.....	18
1.3. Araştırmanın Problemi.....	18
1.4. Araştırmanın Varsayımları ve Sınırlılıkları	20
1.5. Araştırmanın Sınırlılıkları.	20

İKİNCİ BÖLÜM KURAMSAL ÇERÇEVE

2.1 Depresyon	9
2.1.1 Depresyonun Tarihçesi	9
2.1.2 Depresyon Kavramının Tanımı	10
2.1.3 Depresyonun Nedenleri	11
2.1.4 Depresyonun Belirtileri	12

2.1.5 Depresyonun Etiyolojisi	13
2.1.6 Depresyonun Epidemiyolojisi.....	14
2.1.7 Depresyonun DSM-V Tanı Ölçütleri.....	16
2.1.8 Depresyonun Eş Tanıları.....	17
2.1.9 Depresyonun Ayırıcı Tanıları.....	17
2.1.10 Depresyonun Alt Tipleri.....	18
2.1.10.1 Majör Depresyon.....	18
2.1.10.2 Süregiden Depresyon Bozukluğu(Distimi).....	19
2.1.10.3 Kronik Depresyon.....	19
2.1.10.4 Atipik Depresyon.....	19
2.1.10.5 Manik Depresyon.....	19
2.1.10.6 Doğum Sonrası Depresyon.....	19
2.1.10.7 Diğer Depresyon Alt Tipleri.....	19
2.1.11 Depresyon ve Kuramsal Yaklaşımlar.....	20
2.1.11.1 Psikanalitik Kuram ve Depresyon.....	20
2.1.11.2 Bilişsel Kuram ve Depresyon.....	21
2.1.11.3 Davranışçı Kuram ve Depresyon.....	22
2.2 Anksiyete Bozuklukları	23
2.2.1 Kaygının Tarihçesi.....	23
2.2.2 Kaygı Kavramının Tanımı.....	23
2.2.3 Anksiyete Bozuklukları Tanımı.....	23
2.2.4 Anksiyete Bozuklukları Nedenleri.....	24
2.2.5 Anksiyete Bozuklukları Belirtileri.....	25

2.2.6 Anksiyete Bozuklukları Etiyolojisi.....	26
2.2.7 Anksiyete Bozuklukları Epidemiyolojisi.....	27
2.2.8 Anksiyete Bozuklukları DSM-V Tanı Ölçütleri.....	27
2.2.9 Anksiyete Bozukluklarının Eş Tanıları.....	28
2.2.10 Anksiyete Bozuklukları Ayırıcı Tanıları.....	29
2.2.11 Anksiyete Bozuklukları Alt Tipleri.....	29
2.2.12 Anksiyete Bozuklukları ve Kuramsal Yaklaşımlar.....	29
2.2.12.1 Psikoanalitik Kuram ve Anksiyete Bozuklukları.....	29
2.2.12.2 Bilişsel Kuram ve Anksiyete Bozuklukları.....	30
2.2.12.3 Davranışçı Kuram ve Anksiyete Bozuklukları.....	30
2.3 Özgül Fobi.....	30
2.3.1 Özgül Fobinin Tarihçesi.....	30
2.3.2 Özgül Fobi Kavramının Tanımı.....	30
2.3.3 Özgül Fobinin Nedenleri	31
2.3.4 Özgül Fobinin Belirtileri.....	32
2.3.5 Özgül Fobinin Etiyolojisi.....	33
2.3.6 Özgül Fobinin Epidemiyolojisi.....	33
2.3.7 Özgül Fobi DSM-V Tanı Ölçütleri.....	33
2.3.8 Özgül Fobinin Eş Tanıları.....	34
2.3.9 Özgül Fobinin Ayırıcı Tanıları.....	35
2.3.10 Özgül Fobinin Alt Tipleri.....	35
2.3.10.1 Durumsal Tip.....	35
2.3.10.2 Doğal Çevre Tipi.....	35

2.3.10.3 Kan-Enjeksiyon-Yara Tipi.....	35
2.3.10.4 Hayvan Tipi.....	35
2.3.10.5 Diğer Tip.....	35
2.3.11 Özgöl Fobi ve Kuramsal Yaklaşımlar.....	36
2.3.11.1 Psikoanalitik Kuram ve Özgöl Fobi.....	36
2.3.11.2 Bilişsel Kuram ve Özgöl Fobi.....	37
2.3.11.3 Davranışçı Kuram ve Özgöl Fobi.....	37
2.4 Cinsel İşlevler.....	37
2.4.1 Cinselliğin Tarihçesi.....	37
2.4.4 Cinsel Mit ve Türkiye’de Cinsel Mitler.....	37
2.4.5 Evlilik ve Cinsellik.....	38
2.4.6 Cinsel Yanıt Döngüsü Modelleri.....	39
2.4.6.1 Masters ve Johnson Modeli.....	39
2.4.6.2 Helen Singer Kaplan Modeli.....	39
2.4.6.3 Basson Cinsel Yanıt Döngüsü.....	39
2.4.7 Cinsel Yanıt Döngüsünün Günümüzdeki Modeli.....	41
2.4.8 Kadınlarda Cinsel İşlevler.....	42
2.4.9 Kadın Cinsel İşlevlerinin Fizyolojisi.....	42
2.4.10 Cinsel İşlev Bozuklukları.....	42
2.4.11 Cinsel İşlev Bozukluklarının Tanımı.....	42
2.4.12 Cinsel İşlev Bozukluklarının Nedenleri.....	42
2.4.13 Cinsel İşlev Bozukluklarının Etiyolojisi.....	44
2.4.14 Cinsel İşlev Bozukluklarının Epidemiyolojisi.....	44

2.4.15 Cinsel İşlev Bozuklukları DSM-5 Tanı Ölçütüleri.....	45
2.4.16 Cinsel İşlev Bozuklukları ve Kuramsal Yaklaşımlar.....	46
2.4.16.1 Psikoanalitik Kuram ve Cinsel İşlev Bozuklukları.....	46
2.4.16.2 Bilişsel Kuram ve Cinsel İşlev Bozuklukları.....	46
2.4.16.3 Davranışçı Kuram ve Cinsel İşlev Bozuklukları.....	46
2.5. Psikiyatrik Hastalıklar Ve Cinsel İşlevler İlişkisi.....	46
2.5.1 Depresyon ve Cinsel İşlevler Arasındaki İlişki.....	46
2.5.2 Anksiyete Bozuklukları ve Cinsel İşlevler Arasındaki İlişki.....	48
2.5.3 Özgül Fobi ve Cinsel İşlevler Arasındaki İlişki.....	50
2.5.4 Depresyon, Anksiyete Bozuklukları ve Özgül Fobi ve Kadın Cinsel İşlevleri Arasındaki İlişki.....	50

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

YÖNTEM VE TEKNİKLER

3.1. Evren Ve Örneklem	51
3.2. Araştırma Modeli.....	52
3.3. Araştırma Hipotezleri	52
3.4. Veri Toplama Araçları.....	53
3.4.1 Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) Ölçeği	54
3.4.2 Yaygın Anksiyete Bozuklukları-7 (YAB-7) Ölçeği.....	55
3.4.3 Özgül Fobi Şiddet Ölçeği.....	55
3.4.4 Female Sexual Function Index (FSFI) Ölçeği.....	56
3.5 Veri Toplama Tekniği Ve Süreci	57
3.6. Verilerin İstatiksel Analizi	58

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM BULGULAR

SONUÇ VE TARTIŞMA.....	82
ÖNERİLER.....	89
KAYNAKÇA.....	91
EKLER.....	99



KISALTMALAR

DSM-5	:	Diagnostic and Statistial Manual of Mental Disorders Fifth Edition
DSÖ	:	Dünya Sağlık Örgütü
ECA	:	En Az Tercih Edilen İş Arkadaşı Anketi
ESEMED	:	European Study of the Epidemiology of Mental Disorders
FSFI	:	Female Sexual Function İndex
NCS	:	Human Research Management
PHQ-9	:	Patient Healt Questionnaire
SAB	:	Sosyal Anksiyete Bozukluğu
TLA	:	Technical Leadership Analysis
YAB	:	Yaygın Anksiyete Bozukluğu
YAB-7	:	Yayın Anksiyete Bozukluğu-7

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1. Cinsiyete Göre Dağılımı	59
Tablo 2. Çalışma Durumuna Göre Dağılımı.....	59
Tablo 3. Çocuk Varlığına Göre Dağılımı.....	59
Tablo 4. Tıbbi Hastalık Varlığına Göre Dağılımı.....	59
Tablo 5. Daha Önceden Psikiyatrik Tanı Varlığına Göre Dağılımı.....	59
Tablo 6. Normallik İncelemesi.....	59
Tablo 7. Regresyon Analizi İncelemesi.....	59
Tablo 8. Ölçüm Ortalamaları.....	61
Tablo 9. Mesleğe Göre Ölçeklerin Karşılaştırılması.....	63
Tablo 10. Çocuk Varlığına Göre Ölçeklerin Karşılaştırılması.....	65
Tablo 11. Tıbbi Hastalık Varlığına Göre Ölçeklerin Karşılaştırılması.....	67
Tablo 12. Daha Önceden Konmuş Psikiyatrik Tanı Varlığına Göre Karşılaştırılması.....	69
Tablo 13. Özgül Fobi Grubu ile Meslek Arasındaki İlişki	70
Tablo 14. Özgül Fobi Grubu ile Çocuk Varlığı Arasındaki İlişki	70
Tablo 15. Özgül Fobi Grubu ile Tıbbi Hastalık Varlığı Arasındaki İlişki	71
Tablo 16. Özgül Fobi Grubu ile Daha Önce Tanısı Konmuş Psikiyatrik Rahatsızlık Durumu Arasındaki İlişki.....	71
Tablo 17. Özgül Fobi Olup Olmamasına Göre Ölçeklerin Karşılaştırılması...	72
Tablo 18. Korelasyon Analizi.....	74
Tablo 19. Alt Boyutlar ve Toplam FSFI İçin Korelasyon Analizi.....	76
Tablo 20. Depresyon Kontrol Altına Alınarak Özgül Fobiye Göre Ölçümlerin Karşılaştırılması.....	79
Tablo 21. Anksiyete Kontrol Altına Alınarak Özgül Fobiye Göre Ölçümlerin Karşılaştırılması	80

EKLER LİSTESİ

EK-A: ETİK KURUL KARAR ÖRNEĞİ

EK-B: ANKET BİLGİ FORMU

EK-C: PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE-9 (PHQ-9) ÖLÇEĞİ

EK-Ç: YAYGIN ANKSİYETE BOZUKLUKLARI-7 (YAB-7) ÖLÇEĞİ

EK-D: ÖZGÜL FOBİ ŞİDDET ÖLÇEĞİ

EK-E: FEMALE SEXUAL FUNCTION INDEX (FSFI) ÖLÇEĞİ



ÖN SÖZ

Tez çalışmamın planlanmasında, yürütülmesinde ve biçimlenmesinde ilgi ve yardımını esirgemeyen, yönlendirme ve bilgilendirmeleriyle çalışmamı bilimsel temeller etrafında oluşturan sayın hocam Dr. Öğr. Üyesi Hakan KARAŞ' a teşekkürlerimi sunarım. Tüm eğitim hayatım boyunca bana desteğini esirgemeyen, motivasyonumu daima ve yılmadan besleyen başta anneciğim Semiha Işık'a ve bana yaşam yolumda başöğretmen olan sevgili babacığım Ayhan Işık'a minnetimi iletir, teşekkürlerimi sunarım.



GİRİŞ

İçinde bulunduğumuz son yüzyılda insanlarda, depresyon, anksiyete ve fobik atakların görülme sıklığı oldukça artmış durumdadır. İnsan varoluşundan bu yana fiziksel, sosyal ve psikolojik ihtiyaçlarını karşılayarak iyi hissetmeye gayret etmiştir. İnsanın yapısında, temel insani duygu ve yeteneklere sahip olabilme ve bunu sağlıklı şekilde yansıtarak bir diğerine, çevreye ve içinde bulunduğu topluma uyum sağlayabilme isteği vardır. İnsanın içsel doğası uyum sağlayabilme isteği sırasında, başarı gösterebildiği kadar zayıf ve güçsüz de kalabilmektedir. Çünkü insan doğası gereği hassastır. Bu zayıf doğa her şeye rağmen bireyin kendi yaşamını yürütebilme şansını kazanmak, sağlıklı, üretken ve mutlu olmak ister. Bazen insan başına gelen yaşam olayları nedeniyle, direnemeyen, yaşadıklarının getirdiği olumsuzlukların üstesinden gelemeyen olabilir. Üstelik bu yalnızca dışarıdan gelen tehlikeler için geçerli değildir. Bazen birey anlamsız bir kaygı ve korkunun taşıyıcısı olabilir.

Depresyon ve anksiyete, anksiyeteye bağlı fobik tepkilerde bulunma klinik tabloda sıklıkla birlikte görülebilmektedir. Aynı şekilde bireyde tek başına bulunan veya komorbidite olarak bulunan depresyon, anksiyete veya özgül fobi, bireyin diğer tıbbi ya da psikolojik rahatsızlıklarına da olumsuzluklar getirebilir. Tedaviyi önleme, tedaviye geç cevap verme veya nüks etme gibi...

Yaşam olayları karşısında olumsuz duygulara kapılma, insanların verdiği doğal tepkilerden biridir. Bu duygular depresyon olgusuna sahip bireylerde sıklıkla karşılaştığımız gibi bazen aşırı üzüntü, hüznün, umutsuzluk gibi duygular olabilirken; bazen aşırı kaygı, korku gibi anksiyetede gözlediğimiz duygular olabilir. Aynı şekilde anksiyete bozukluklarında ana gruplardan biri olarak yer alan Özgül fobi de de; fobik tepki gösterilen nesneye karşı aşırı kaygı, korku duyguları görülebilir. Yaşamın bir parçası olan olumsuz duygular, beklenenden uzun süre kişinin gündelik yaşantısı için güçlük oluşturmaya başlıyorsa kişide semptom varlığından veya semptomlardan söz edilmeye başlanabilir.

İnsanın daha önce coşkuyla ilgilendiği şeylere karşı hazzının azalması, her zamanki dikkat süresinin kısalmaya başlaması, odaklanma problemleri yaşaması, enerjisizlik hali ve çökkün duygulanımlarının olması bireyde depresyon olgusu

olduğuna dair şüphe uyandırabilmektedir. Depresyon, bireylerde bilişsel, sosyal, mesleki ve cinsel işlevlerde bozulmaya yol açan psikiyatrik bir rahatsızlıktır. Depresyonun temel özelliği bireyin devamlılık gösterdiği rutinlerinde bozulmalar yaşamaya başlamasıdır. Üstelik bunun için yeterince iyi bir yaşam olayına gerek olmayabilir. Depresyon, kaygı, korku, üzüntü, keder, hüüzün, çaresizlik, umutsuzluk gibi duyguların açığa çıkmasına bağlı, olumsuz duyguların olumlu duygulara galip gelerek bireyde işlevselliği bozar. Depresyondan muzdarip kişilerin zihinlerinde olumsuz düşünce çarkları bulunmaktadır. Her bireyde depresyon farklı şekillerde ve şiddette görülebilir. Aynı şekilde her bireyde depresyon, o bireye özgü işlev kayıplarına neden olabilir.

Depresyonla birlikte görölme sıklığı oldukça fazla olan psikiyatrik rahatsızlık anksiyete bozukluğudur. Kaynağı belirsizlik içeren, bireye göre tehlike algısının yüksek olduğu durumlarla ilgili bireyin yaşadığı kontrol edemeyeceğini düşündüğu korku ve kaygılılık halidir. Kaygı ve korku duyguları kontrol edilebilir düzeydeyken, bireyi geliştiren kullanışlı bir işleve sahip olabilir. Aynı zamanda kontrol kaybı yaratan durumlarda da bireyi engelleyici işlev oluşturabilir. Kişinin günlük yaşamını devam ettirmesinde zorluklar çıkması, vücutta aşırı kaygı haline bağlı zorlantılar, tepkisellikler kaygı ve korkunun bireydeki olumsuz, işlevsiz sonuçlarından bazılarıdır. Bu nedenle kaygı ve korkunun, uyumlu ve uyumsuz işlevlerini bireyinde kendisinde fark edebilmesi oldukça önemlidir.

Anksiyete bozuklukları grupları içerisinde yer alan özgül fobi, özgül bir nesneye karşı fobik tepkilerde bulunmadır. Tıpkı anksiyete bozukluğunda olduğu gibi kişi fobik tepki gösterdiği durumun anlamsız olduğunun farkında olabilir. Genellikle özgül fobiden muzdarip kişilerde depresyon ve kaygı bozukluğu da eşlik edebilir. Bireylerde özellikle son zamanlarda görölme sıklığı oldukça artan tüm bu rahatsızlık grupları günlük hayatımızdaki tüm kolları etkiler. İnsan da diğer tüm canlılar gibi fizyolojik ihtiyaçlarına öncelik veren bir canlı türüdür. Fiziksel ihtiyaçlarına gereken fizyolojik tepkiyi gösterir. İnsanların fizyolojik ve psikolojik ihtiyaçlarından biri de cinsel ihtiyaçlarıdır. İnsanlar bu ihtiyaçlarını karşılarken bir takım cinsel davranışlarda bulunurlar. Var olan depresyon, anksiyete ve özgül fobi gibi psikiyatrik rahatsızlıklar da cinsel davranışları olumlu veya olumsuz etkileyebilmektedir. Cinsel davranışlar,

cinsel işlevlerin bir koludur. Cinsel işlevler, istek, uyarılma ve orgazm aşamalarından oluşur. Cinsel işlevlerde herhangi bir neden veya nedenlerden dolayı meydana gelen bozulma, bu aşamalardan herhangi birine olumsuzluğun yansımasıyla oluşur. Cinsel işlevlerdeki problemlerin sıklıkla nedenleri, yeterince cinsel bilgi sahibi olmama, problemin nedenlerine dair hekime başvuruyu erteleme, bireyin cinsel bilgilerinin partneri dışında birine paylaşılmasını sakıncalı bulma, cinsel mitler gibi yanlış inanışlar nedeniyle olabilmektedir.

Cinsel işlevler değerlendirilirken akılda tutulması gereken en önemli yan, sorunun yaşanma veya soruna rastlanma sıklığı değil, sorunun bireyde veya ilişkide bulunduğu partnerinde yol açtığı zararlarıdır. Aynı şekilde sorunun, bireylerin içinde buldukları toplum tarafından ne ölçüde sorun olarak ele alındığı da oldukça önemlidir.

Özellikle bizim gibi muhafazakâr toplumlarda cinsel işlevlere dair oldukça az bilginin elde edilmesi, bu alanda yeterince iyi sayıda araştırmalar ortaya koymayı engellemiştir. Son zamanlarda insanların hekim anlayışlarının değişmesi, cinsel sağlık bilgisinin insan yaşamının devamı adına bir gereklilik olduğu anlayışı, cinselliğin tabusal bir konu olmaktan çıkmış olması gibi konularda rahatlık elde edilmesi bu konulardaki araştırmaları arttırmaya başlamıştır. Toplumda sık görülen ve neredeyse her insana hayatının bir döneminde veya dönemlerinde uğrayan depresyon, anksiyete ve özgül fobi rahatsızlığının yine insanın mutlaka deneyimlediği bir ihtiyaç ve davranış olan cinsellik işlevlerine nasıl yansıdığı ele alınacaktır. Araştırmada örneklem grubunun daraltılması adına sadece kadın cinsiyet grubuna yer verilecektir. Araştırma verilerinin, bulunduğu bölge ve toplum yapısı itibariyle daha muhafazakâr bir toplumda elde edilmesinden dolayı da medeni halinin sadece evli kadınlardan oluştuğu gruptan veriler elde edilecektir. Bu araştırmada hedeflenen, depresif duygu durumunda olan depresyon düzeyi yüksek, anksiyete düzeyleri yüksek ve en az bir özgül fobisi bulunan evli kadınların cinsel işlevlerinin de düşük olduğunu ortaya koymaktır.

BİRİNCİ BÖLÜM

ARAŞTIRMANIN ÖZELLİKLERİ

1.1 Araştırmanın Amacı

Evli kadınların cinsel işlevleri ile depresyon, özgül fobi ve anksiyete düzeylerinin ilişkisi üzerine yapılan araştırma sayısı oldukça azdır. Bu araştırma da bu eksikliği gidermek adına, evli kadınların cinsel işlevleri ile depresyon, anksiyete bozuklukları ve özgül fobi düzeylerinin ne oranda ilişkili bulunduğunu ortaya koymayı amaçlamaktadır.

1.2 Araştırmanın Önemi

Depresyon ve anksiyete bozuklukları psikiyatride konulan tanılar arasında en yaygın olan tıbbi rahatsızlıklardır. Kaygı bozuklukları ve depresif bozuklukların sıklıkla birlikte görüldüğü yapılan çalışmalar sonucunda ortaya konmaktadır. Özgül fobi, bir nesne veya duruma karşı geliştirilen atak şeklinde gerçekleşen korku tepkisi olması nedeniyle neredeyse çoğu bireyde tanı veya eşlik eden psikiyatrik tanı olarak görülebilmektedir. Bu çalışma, evli kadınların yaşadıkları cinselliğin, depresyon, özgül fobi ve anksiyete düzeyleri ile nasıl bir ilişki içerisinde olduğunu ortaya koyacak nadir çalışmalardandır. Çalışmanın, kadın işlevlerinin çok boyutlu olarak değerlendirilmesinde, psikiyatrik tanılarının oldukça önemli olduğunu ortaya koyması beklenmektedir. Ayrıca, bu araştırmanın ve elde edilen bulgularının, farklı sektörlerde çalışanların incelenmesine yönelik yeni araştırmalara yön verebileceği düşünülmektedir.

1.3 Araştırmanın Problemi

Cinsel işlev bozukluklarının genel olarak diğer psikiyatrik rahatsızlıklarla sık birliktelik gösterdiği bilinmektedir. Cinsel işlev bozukluklarıyla ilgili olarak yapılan toplum temelli araştırmalarda, hayat boyu cinsel işlev bozukluklarıyla karşılaşan bireylerin %57'sinin başka bir psikiyatrik bozukluk tanısı da almış olduğu görülmektedir(Lindal ve Stefansson, 1993).

Günümüzde birçok birey için bir veya birkaç nesne üzerinden özgül fobik olma, depresif duygu durumu içerisinde bir süre veya daha uzun kalma, bir olay veya duruma

karşı kaygı duyma çok fazla karşılaşılan meseleler haline gelmiştir. Cinsellik insan yaşamında, bireyin temel yaşam ihtiyaçları arasında oldukça önemli bir yere sahiptir. Evlenen kadınlarda deneyimlenen cinsellik, işlevleri bakımından da oldukça önemli bir yere sahiptir. Özgül fobi, depresyon ve anksiyete düzeyleri, yaşanan cinselliği her insan için etkiler nitelikte öneme sahiptir. Bu araştırma evli kadınların içinde buldukları özgül fobi, depresyon ve anksiyetenin cinsel işlevleri ile ilişkisini ele alacaktır.

Klinik örneklerde de cinsel işlev bozukluğu olan kadınlarda duygu-durum bozukluklarının, anksiyete bozukluklarının ve kişilik bozukluklarının oranları genel topluma oranla yüksek bulunmuştur (Derogatis, Meyer ve King,1981; Van Lankveld ve Grotjohann, 2000).

SCID-I ile yapılan bir araştırmadaki değerlendirilmeye göre örnekleme dahil edilen kadınların anksiyete bozukluğu ve depresyon tanısı konulma oranları incelendiğinde 144 hastanın 115'inde (%79,9) en az bir anksiyete bozukluğu ve/veya depresyon tanısı bulunduğu saptanmıştır. Tanı dağılımlarına bakıldığında ise kadınların %63,9'unda özgül fobi, %35,4'ünde majör depresyon, %9'unda sosyal anksiyete bozukluğu, %6,9'unda panik bozukluğu, %3,5'inde obsesif kompulsif bozukluk, %2,8'inde travma sonrası stres bozukluğu ve %1,4'ünde ise yaygın anksiyete bozukluğu tanısının bulunduğu görülmüştür(Yıldırım,Yıldırım ve Karas,2019).

Yapılan literatür araştırmalarında, tez örneklemin olan evli kadınlar ve cinsel işlevlerine dair çok az araştırma ortaya konmuştur. Özellikle ülkemizde yaşam süren kadınların cinsel yaşantıları ve işlevselliğinin konuşulması dahi güçken bu konuda araştırmalar ortaya konması oldukça önemlidir. Yapılan literatür taraması sonucunda evli kadınlara dair daha çok cinsel birleşme problemleri ve epidemiyolojisi üzerinden ilerlenmiştir. Bu araştırmada evli kadınlarda cinsel birleşme ve bu birleşmenin işlevleri, psikiyatrik tanımlarla ilişkisi ayrıntılı olarak ele alınacaktır.

1.4 Araştırmanın Varsayımları

Bu tezin varsayımı, araştırmaya katılmaya gönüllü kadınlar, cinsel tecrübe sahibi olmaları açısından evli ve kullanılan tüm ölçeklerde doğru bilgi verecekleri varsayılarak oluşturulmuştur. Seçilen örneklem grubunun evrenin tümünü temsil yeteneğine sahip olduğu ve diğer kadınlarda da hemen hemen benzer etkilerinin görüleceği varsayılmıştır. Araştırmada kullanılan demografik formun katılımcıların araştırmada kullanılması istenen özelliklerini; PHQ 9 Depresyon Testi kadınların sahip oldukları depresyon düzeyini, YAB 7 Anksiyete Testi sahip oldukları kaygı düzeyini, kullanılan Özgül Fobi Şiddeti Ölçeği kadınların nesneye özgü fobik durumlarının şiddetini ve kullanılan Kadın Cinsel İşlevleri Ölçeği(FSFI)'nin kadınların cinsel yaşantılarındaki işlevlerine dair özelliklerini ölçtüğü varsayılmıştır.

1.5 Araştırmanın Sınırlılıkları

- Araştırmanın 270 evli kadının cinsel yaşantısına dair bilgi toplaması bu araştırma için bir kısıtlamadır. Bu nedenle araştırma evli kadınlarla sınırlandırılmıştır.
- Araştırmaya sadece İstanbul ilinde yaşayan evli kadınlar dahil edilecektir.
- Araştırma Özgül Fobi Ölçeği, PHQ-9 Depresyon Testi, YAB-7 Anksiyete Testi ve Kadın Cinsel İşlevler Ölçeği(FSFI)'nin ölçtüğü özelliklerle sınırlıdır.
- Araştırmanın yapıldığı tarihte pandemi sürecinde olunması sebebiyle verilerin Google anketler aracılığı ile toplanması, yüz yüze anket çalışması yapılması için engeller olması araştırmanın sınırlılıklarındandır.

İKİNCİ BÖLÜM

KURAMSAL ÇERÇEVE

2.1 Depresyon

2.1.1 Depresyonun Tarihçesi

Depresyon ve benzeri ruhsal rahatsızlıkların tanımlama ve sınıflandırma çabaları eski çağlara kadar uzanır. Sümer ve Mısır kaynaklarında bu konuda bazı bilgilere rastlanılmıştır. Depresyon insanlık tarihinde eski dönemlerden beri tanınmaktadır. İlk kez eski Yunan'da Hipokrat, bu sendromun belirtilerini tanımlamış ve etiyojisi ile ilgili bir açıklama getirmiştir. Hipokrat ekolü, vücutta insanın emisyonları ile ilgili dört sıvının olduğunu (kan, sarı safra, kara safra, lenf olmak üzere) ve bunlardan kara safra ve lenf sıvısının mani, melankoli ve paranoya gelişimine neden olduğunu ileri sürmüştür. Hipokrat'ın 'Eğer üzüntü uzun sürerse artık melankolidir' sözü, o zamanlarda depresyonun bir rahatsızlık olarak ele alındığına dair iyi bir fikir vermektedir. Hipokrat sonrası Galen tıbbında da melankoli tanımı kullanılmaya devam edilmiştir. (Jeffrey ve Michael,2003;Uğuz, Turhan, Aydın, Yurdagül ve Aydın,2002). 1621 yılında yazılmış olan 'melankolinin anatomisi' adlı eserinde Burton, depresif hastaların 6 duygularını, düşüncelerini ve yaşadıkları sıkıntıyı oldukça iyi tanımlamıştır. Falret 1854'te bazı depresyonlu hastaların zaman içinde taşkınlık geliştirdiklerini, sonra tekrar depresif dönemin ortaya çıkabildiğini gözlemlemiş ve bu durumu, dalgalanan delilik (la folie circulaire) olarak tanımlamıştır. 19. yüzyılda Alman psikiyatri ekolü modern anlamda ruhsal hastalıkları sınıflandırmaya çalışmış ve Kahlbaum 1882'de mani ve melankolinin aynı hastalık sürecinin farklı dönemleri olduğunu tanımlamıştır. Bu durumun hafif şekline ise 'Siklotimi' denmiştir. (Kaplan,2004;Öztürk ve Uluşahin,2011). Kraepelin ise, bugün depresyon olarak anladığımız durumu 'manik depresif hastalık' ve involusyonel depresyon' adı altında ele almış ve 'dementia prekoks' ile ayrımını açık bir şekilde yapmıştır. Kraepelin depresyonun kişide çoğunlukla doğuştan var olan biyolojik bir zeminle ilgili olduğunu savunmuş ve manik depresif belirtilerin aynı rahatsızlığın iki karşıt görünümü olduğunu vurgulamıştır. Günümüzde ise klinik görünümün, belirtilerin seyrinin sayısının, tedaviye yanıtın etkili olduğu çeşitli sınıflandırma sistemleri

kullanılmaktadır(Kaplan ve Sadock,2004;Işık,2003). Bu nedenle depresyonun sadece günümüzün ağır bir sorunu değil eski zamanlarda da oldukça sık görülen bir rahatsızlık olduğunu rahatlıkla anlayabiliriz. Depresyon aynı zamanda yas ve melankoliden farklı bir antite bozukluktur. Depresyon sözcüğü; çökkünlük, kendini kederli hissetme, işlevsel ve yaşamsal aktivitenin azalması gibi anlamlarda kullanılmaktadır. Kelimenin kökeni olan ‘Depress’ sözcüğü ise, Latince ‘Depressus’ tan gelmektedir. Yazılı kaynaklarda 17. yüzyıldan beri bu sözcüğün kullanıldığına rastlanmaktaysa da, ruhsal bir rahatsızlığın tanımlanması için kullanımı, geçen yüzyılın sonunda Kraepelin tarafından yapılmıştır (Öztürk ve Uluşahin, 2011).

Dünya Sağlık Örgütünün son açıkladığı verilere göre; depresyonda dünya genelinde 322 milyona yakın insan vardır ve bu sayının sadece dördte biri tedavi almaktadır. Türkiye’de ise üç milyonun üzerinde depresyonda kişi olduğu açıklanmıştır. Bu rakam tüm ülke nüfusumuzun %4.4’üdür. Yine ülkemizde her yıl yaklaşık on bin kişinin depresyonla baş edemeyip intihar ettiği de açıklanmıştır.

2.1.2 Depresyon Kavramının Tanımı

Toplumsal açıdan yaygın olarak görülen ve yeti yitimine neden olan psikolojik bir bozukluk olan depresyonun, uzmanlar tarafından ileride daha da yaygın olacağı ve kalp damar hastalıklarından sonra en yaygın ikinci hastalık olması öngörülmektedir. Depresyon elemlı duyguların ağırlıkta olduğu bir yaşantıdır.

Depresyon tek başına görülebilen bir psikiyatrik rahatsızlık olabileceği gibi diğer psikolojik rahatsızlıkların belirleyicisi veya başlatıcısı olabilir. Bu nedenle depresyon hastalığının değerlendirilmesi çok boyutlu olarak ele alınarak, depresyon başvurusu yapan birey ayrıntılı değerlendirilmelidir. Depresyona yakalanan bireylerde birçok olumsuz durumlar ortaya çıkabilmektedir. Depresyon genel olarak, bireyin birçok alanda yeti yitimine uğramasıdır. Bireyin yeti yitimleri, duygusal çökkünlük, fiziksel ve ruhsal yorgunluk gibi meseleleri içerebilir. Depresyon bazen anlık veya durumsal ortaya çıkabileceği gibi çoğu durumda kronikleşme ihtimalidir. Bazen somut ve net bir neden olmadan da, günlük engellenmeler, zorlanmalar ve duygu durum değişiklikleriyle de depresif duygular başlayabilir ve depresyon rahatsızlığına doğru zamanla ilerleyebilir. Depresyon, psikiyatrik yani ruhsal bir rahatsızlıktır ancak

depresyonun hastalık olarak ele alınabilmesinde bir takım ölçütler vardır. Bu ölçütlerin karşılanması ve belirtilerin yeterince bir süredir görülüyor olması teşhis ve tanı da oldukça önemlidir. Depresyon rahatsızlığının tanılanması, şikâyetçinin detaylı öyküsünün alınması, yakınmalarda yeterince süre takibinin yapılması ve ruh sağlığı uzmanının tedaviyi sürdürme motivasyonunun olması önemlidir.

2.1.3 Depresyonun Nedenleri

Depresyon gibi bir psikiyatrik olguda kalıtımın etkileri ve çevrenin etkileri konuşulmakla beraber, mizaç, kişilik özellikleri, bireylere karşı aile tutumları, aile bireylerinin ebeveynlik mizaçları, bireyin sosyal destek ağının nasıl olduğu, ekonomik düzeyi, akademik başarısı, sosyal konumu, statüsü, bireysel sağlamlık ve baş etme becerileri gibi birçok etmenin beraber değerlendirilmesi gerekir. “Birçok araştırmada vurgulanan; kadın olmak, eğitim düzeyinin düşüklüğü, olumsuz yaşam olaylarının varlığı, işsizlik, ekonomik düzeyin düşüklüğü en sık incelenen değişikliklerdir” (Ünal ve Özcan, 2000). Farklı cinsiyetteki bireylerde, yaşadıkları ülkenin cinsiyetlerine dair tutumu ve cinsiyet ayrımcılığı önemli depresyon nedenlerindedir. Kadınlarda depresyon riski, erkeklere göre iki kat daha fazla görülmektedir. Kadınlarda görülen depresyon rahatsızlığının genel nedenleri; Doğum yapmaları ve buna bağlı hormonal değişiklikler, erkekler tarafından birçok alanda baskı altında hissetmeleri, fizyolojik anlamda erkeklere göre daha güçsüz olmaları ve bu nedenlerle kadınlarda bastırılmış düşünce ve duygunun daha fazla olması, kadınların erkeklere göre kendilerini daha iyi ve mutlu hissetme ihtiyaçlarını karşılayacak alanlarının kısıtlı olması, erkeklerin kadınlara oranla daha cesur girişimlerde bulunabilmeleri sayılabilir. Depresyon, planlanmamış gebelikler sonucu da kadınlarda ortaya çıkabilmektedir.

Antidepresanlar, bir yandan depresyonu tedavi ederken çarpıntı, görmede netlik kaybı, kabızlık ve diyare gibi birtakım istenmeyen durumlara yol açabilir. Ayrıca cinsel fonksiyon problemleri, uykuya dalamama ve-veya hiç uyuyamama ya da aşırı uyuklama, iştahta değişim gibi yan etkiler görülmesi muhtemeldir (Mete, 2000).

Depresyonun nedenlerini anlamak için değişen yaşam koşulları öncelikli sırada yer alabilir. Sanayi devriminden bu yana insanların psikiyatrik rahatsızlıkları başında melankolik duygulardan muzdarip olma ve depresyon gelmektedir. Şehirleşme ve

buna bağlı olarak artan nüfus, zorunlu veya isteğe bağlı gçler, insanoğlunun avcı-toplayıcı toplumdaki getirdiği yaşantısını epey bozmuş ve adaptasyonunu zorlaştırmıştır. Yeni düzende çoğu insan, fizyolojik ihtiyaçlarını kaygı ve korkuyla karşılar hale gelerek toplum içerisindeki konumunu bulamamış ya da insan olmanın temel gerekliliklerinden uzak bir şekilde varlığını sürdürmeye devam etmiştir. Değişen yaşam tarzıyla birlikte insanların sosyal ilişkileri de evrildi. Stres faktörleri arttı. Bireyler hayatta kalmaları için gereken ekonomik gelirleri adına, devlet-toplum düzeni kurallarına, yasalarına uyma zorunluluğu, içinde bulunduğu sistemin isteklerini yerine getirme zorunluluğuna uyum sağlamaya başlayarak depresif duygularının zeminini oluşturmuştur. Yapılan araştırmalar, dönemler arası yavaş geçiş, bireylerin topluma ve kültürel gelişime uyum sağlayabildiğini gösterirken, hızlı geçişler bireylerde uyum problemleri ve sosyal çatışmaları ortaya çıkarmıştır. Değişen Dünya koşullarında farklı ülkelerin, şehirlerin eğitim ve kültür anlamındaki farklılıkları, gelişmişlik düzeyleri ve insan hayatına doğrudan etki eden şehirleşme planları, belediye yapılanmaları ve tüm bu yapılanmaların insan hayatını ne denli kolaylaştırıp kolaylaştırmadığı da depresyon nedenleri arasındadır. Depresyon toplumun her tabakası ve sınıfında görülebilmektedir. Bireylerin depresyon olgusuna yakalanma nedenleri ona bakım verenler, birlikte yaşadığı insanlar, arkadaşları gibi sıklıkla ilişkide buldukları kişilerin depresyon olgusuna sahip olması olabilir. Olumsuz duygulanımların da olumlu duyguların da etkileşimde bulunduğumuz kişilere ayna nöronlar aracılığıyla yansımak gibi durumları vardır. Bu nedenle depresif duygular kolaylıkla aynalanıp, yayılım gösterebilirler. Depresyon bireyin içinde bulunduğu toplumun depresif bir tutuma, yapıya sahip olması sonucunda da ortaya çıkabilmektedir. Yani depresyon psikolojik temelli bir sağlık sorunu olmanın yanında sosyolojik bir sağlık problemi olarak da karşımıza çıkar. Özellikle son yıllarda uzmanlarında görüşleri, depresyonun Dünya sağlık problemleri arasında kalp-damar problemlerinden sonra en çok görülen hastalık olacağıdır. 2020 yılı Mart ayında başlayan ve halen devam etmekte olan pandemi, tüm Dünya’da olduğu gibi ülkemizde de çoğu bireyin depresyon olgusundan muzdarip olmasına sebep olmuştur. Günümüzdeki aile bağlarına, özellikle doğu toplumlarında eskiye göre daha sağlıklı ve kuvvetli oluşturulmaya zen gösterilmektedir. Aile üyelerinde özerklik, bağımsız

olma ihtiyacı, felsefi boyutta kendini arama, bulma ve tanımlama ihtiyacı ortaya çıkmaktadır. Ancak eskiye bağlılığını büyük oranda devam ettiren bir neslin bireyinden oluşan çoğu aile henüz aile üyelerinden birinin bu isteğine doğal bir kabulle yaklaşmamaktadır. Bu nedenle çoğu noktada hem kendilerine hem de kendilerinden bir sonraki nesillerine engellenmişlikler yaşatabilmektedirler. Daha geleneksel, muhafazakar tutumdaki aileler ve çocuklardaki depresif duygu durumlarının, daha özerk tutumdaki ailelere sahip bireylere göre daha fazla olduğu görülmektedir. Bireylerin mizacı da depresyon nedenlerinden biri olabilir. Daha kaygılı, bağımlı, belirsizliğe tolerans gücü olmayan mizaçtaki bireylerin depresyon rahatsızlığına yakalanma sıklığı fazladır. Depresyon sosyo-ekonomik düzeyi düşük gruplarda, ekonomik düzeyi daha yüksek gruplara göre daha yaygın görülmektedir. Son zamanlarda depresyonun artış gösterme nedenlerinden biri de bireylerin alım gücü kazanmalarına rağmen, doyum yaşama hissini kaybederek tükenmişlik sendromu belirtileri göstermeleri sayılabilir. Sosyal alandaki farklılıklar, eşitsizlikler depresyonu arttıran etmenlerdendir. Bireylerin yaşam kimliklerinden biri olan mesleki kimliklerindeki gidişat, oradan elde edilen psikolojik ve sosyolojik doyumun durumu da depresyonu etkileyen etmenlerden biridir. Çünkü bireyler gününün çoğunu mesleklerini icra ederken geçirirler.

Depresyon geçiren bir veya birden fazla bakım vereni olan çocuklar, ailesinde depresyon öyküsü bulunmayan çocuklara göre depresyon rahatsızlığında daha çok risk altındadır. Depresyonun psikolojik, sosyolojik ve kalıtsal nedenleri vardır. Örneğin Obsesif Kompulsif rahatsızlığından muzdarip bireyde hastalıktan dolayı gösterdiği belirtiler, bireyi aynı zamanda depresyon hastalığına sürükleyebilir. Aşırı mükemmeliyetçi, aşırı titiz ve kuralcı olmanın zararlarından biri olarak karşımıza depresyon çıkabilir.

Bazı durumlarda depresyon rahatsızlığı, bir yaşam olayına bağlı olarak tetiklenerek ortaya çıkabilirler. Kişinin ideasıyla, toplumsal çerçevenin uyum sağlamaması, çatışma içerisinde olması da depresyon etkenlerinden biridir. Kişi arzuları ve kendisinden arzu edilen arasında sıkışıp kalabilir. Birey yaşadığı sıkışmışlık hissine bağlı çaresizliğe kapılabilir.

Depresyon, anne ve babanın birlikte olduğu, çocuğun aynı evin içerisinde ailesiyle beraber büyüdüğü ortamlara göre, ebeveynlerinden birinin veya ikisinin kaybıyla veya ebeveynlerinin boşanmasıyla sonuçlanan durumlarda daha az görülmektedir. Depresyonda, seratonin eksiliği sonucu ortaya çıkabilir.

2.1.4 Depresyonun Belirtileri

Depresyon çökkün duyguları yaşama anlamına gelir. Umutsuzluk, çaresizlik, suçluluk, hüznün, keder, mutsuzluk, üzüntü, isteksiz olma gibi duyguların ortaya çıkmasına neden olabilir. Depresyon bu nedenle aynı zamanda bir duygulanım bozukluğudur. Depresyon, bireyin durumları algılama ve yorumlama biçimlerini bozar ve genellikle olumsuz bir açıdan bakmalarına neden olur. Bireye hakim olan duygu olumsuz, karamsar duygulardır. Depresyon olgusu belirtileri bakımından oldukça geniş bir yelpazeye sahiptir. Klinik değerlendirmelerde depresyon şikayetiyle başvuran bireylerin kendini değersiz ve yetersiz hissetme, her zaman istekle yerine getirdiği işlerde ve işlevlerde bozulma, bilişsel olarak durağanlık, dikkati toplama ve sürdürmede azalma, fiziksel olarak yorgunluk ve bitkinlik, yoğunlukla olumsuz düşünce ve duygulardan söz ettikleri görülmüştür. Depresyon şikayetleriyle yakınan bireylerde, kilo kaybı veya iştah artışı, uykusuzluk, uykuya dalmada güçlük veya uyanma zorluğu çekme, aşırı uyuma hali, yataktan çıkmak istememe, özbakım becerilerinde yokluk veya azalma, iletişimde ifade becerilerinde donukluk veya soğukluk gibi belirtilerde görülebilmektedir.

Depresyon yaşayan bireylerde, kendisine ve başkalarına karşı güvensizlik, tepkisellik, duygularda donukluk veya duyguları abartıyla yaşama, kendisini aşırı suçlama ve olayları, durumları sürekli kendisiyle ilişkilendirerek kişiselleştirme, kendisini sosyal ilişkilerinden yalıtma, insanlarla olan paylaşımlarını azaltma gibi davranışlar görülebilir. Depresyondan muzdarip bireylerde yaşantısından yoğun şikayet etme, memnuniyetsizlik, kendisini işe yaramaz hissetme gibi yakınmalar görülebilir. Bu nedenle tüm belirtileri dikkate almakla beraber, bu belirtiler bireyin intihara dair bir düşüncesinin olup olmadığıyla ilgili de önemli verilerdir. İntihar düşünceleri, intiharı tasarlama depresyondaki bireylerin kaçınma düşünceleridir ve sıklıkla seçtikleri bir yol olabilmektedir. Bu nedenle bazı depresyon olgusuna sahip

bireyler, kendileri için geri dönülemez bir yola sapabilmektedir. Depresyonda beklentisizlik, tatmin olamama, yaşadıklarını anlamlandıramama, süreğen bir dalgınlık hali, boşlukta hissetme gibi belirtiler görülebilmektedir. Depresyondaki bireyler genellikle yalnız kalmayı ve yalnız bırakılmayı isterler. Yalnızlık ihtiyacı tüm bireyler için normal ve önemli bir ihtiyaçtır. Literatürde yalnız kalma ihtiyacı hissetme ve bunu uygulayabilme, sağlıklı bireyin kendisiyle olan ilişkisinde de sağlıklı kalabildiğini ortaya koymaktadır. Özellikle evli çiftlerde, bireylerin bu ihtiyacı yerine getirebilmeleri oldukça önemli sayılır. Ancak bu ihtiyaç yeterince ve dengeli bir süre uygulanırsa normal sınırlar içerisinde değerlendirilebilir. Depresyondaki bireyinde yalnız kalma ve bırakılmak isteme ihtiyacını, makul bir süreye göre değerlendirmeye alamayız. Çünkü depresif birey yoğun olumsuz duygu ve düşüncelerin etkisiyle, yalnız kalma ihtiyacını mantıklı bir seçim olarak değil, tüm bu olumsuzlukların sonucu olarak yaşarlar. Olumsuz düşünce ve duygular, tüm bunların davranışa olumsuz olarak yansımaları sonucu bireyde kendisini izole bırakma zorunluluğu doğuruyor olabilir. Depresyonun bireyin yaşamında ne zaman başladığı ve ne kadar devam ettiği çok önemlidir. Çocukluk döneminde başlayan bir depresyon, uzun süre devam etmesiyle bireyde daha yıkıcı sonuçlar ortaya çıkarabilir. Aynı zamanda yaşanan bu süreçte, depresyon rahatsızlığı bireyin kişilik gelişimini de olumsuz yönde etkileyebilir. Bazı durumlarda içinde bulunduğu durumun depresyon düzeyine bağlı olarak farkında olan bireyler, yoğun hissettikleri düşünce ve duygularını, bitkin ve yorgun görünümelerini çevrelerine yansıtmamak için de kendilerini yakın ilişkilerinden yalıtırlar. Çünkü depresif duygular kolaylıkla aynalanabilmektedir. Depresyondaki bireyin düşünce ve duygularında dalgalanmalar görülebilir, bu da bireyin gündelik işlerinde, ilişkilerinde, üretiminde ve yaşadıklarında bireyi edilgen hale getirebilir. Depresyon, bireylerde kayıplar yaşatır. Bu kayıplar bireyin kendisiyle ilgili ilgi, yetenekleri, becerileri ve bireyin dünyayı algılama biçimi, durumları analiz etme yeteneği gibi. Bireyin yakın çevresinden birinin ölümü, işini kaybetmesi, ekonomik gelirinde ciddi kayıplar yaşaması, romantik ilişkisini sonlandırması gibi durumlarda bireyde kayıp duygusunu canlandırabilir. Tüm bu durumlarda bireyin hayatından kişi veya kişiler, olguların bireyde var olan anlamları, olgulara dair duygularla birlikte hayatından çıkmaktadırlar.

Bu çıkıp gitme durumları, bunlarla karşı karşıya kalan bireyde depresyon oluşturabilmektedir.

Depresif bireylerde yaşanan donukluk, bireyin dış olaylara ve uyaranlara karşı kayıtsız kalmasına sebep olabilir. Çünkü bu bireyler, kendi düşüncelerinin ağırlığıyla yeterince yorgun ve tükenmiş hissederler.

Depresyondaki bireyler, fizyolojik ve zihinsel olarak, davranışsal çabaya ve değişime kendilerini kapatabilirler. Çünkü depresyondaki bireyin algısına göre, şu anki halinden daha iyi bir durum için çabalamaya değmeyeceklerini düşünürler. Depresyondaki bireyler çoğu durumda çaba gösterebilirler dahi sonuçsuz kalacağından adeta emin oldukları için de girişimde bulunmayabilirler.

Depresyondaki bireyler çoğunlukla pişmanlık duyguları, hedeflerin uzaklaşma veya hedef bulamama, anhedoni, sinirlilik, tatminsizlik, gerilim belirtileri gösterebilmektedir. Depresyon hastaları zevk alma duygularını depresyonun şiddetine göre yitirebilmektedirler. Depresyon hastalarında muhakeme gücü, idrak etme ciddi anlamda azalabilir. Bu nedenle durumları, olayları, olguları genellikle yoğun olumsuz duygu ve düşüncelerle değerlendirme eğiliminde olurlar. Mantıklı düşünceler için aktif olan Frontal bölgenin kullanımı depresyonda daha sınırlı olabilir. Depresyon, bireylerin iletişimlerinde, sıklıkla güvensizlik yaşamalarına neden olabilir. Bunun nedenleri arasında, özbakım yetersizliğinden dolayı dış görünüşleri, gözlerine de yansıyan zihinsel bulanıklık ve konuşmadaki isteksizlikleriyle beraber, zihinsel fonksiyonlardaki bozulmalarla ortaya çıkan iletişim problemleri olabilmektedir. Depresyondaki bireyler iletişimleri esnasında, konsantrasyon problemleri yaşayabilirler. Zamanla dikkat eksikliği belirtileri gösterebilirler. Dikkatlerini toplamaları ve sürdürmeleri oldukça zorlaşabilir. Aynı zamanda depresyondaki bireye unutkanlık belirtileri de eşlik edebilir.

2.1.5 Depresyonun Etiyolojisi

DSÖ, 2030 yılında unipolar depresyonun önde gelen hastalık yükü olacağını belirlemiştir(Lepine ve Briley,2011).Epidemiyolojik çalışma sonuçlarına göre, depresyonun ömür boyu görülme oranı %4.9 ile %17.1 aralığındadır (Korf, Katon, Unützer,Wells ve Wagner, 2001).Yineleyici depresyon geçiren hastaların birinci

derece akrabalarında, hastalanma riski genel nüfustaki riske göre iki üç kat daha yüksektir. İkiz çalışmalarına dayanarak, kalıtımla geçiş oranının %31-42 arasında olduğu belirtilmektedir. Yineleyici ve erken başlangıçlı depresyonda, kalıtımın rolünün daha fazla olduğu belirtilmektedir (Işık,2003;Öztürk ve Uluşahin,2011). Bu nedenle depresyon nüks etmeyecek bir hastalık değildir. Depresyon tedaviyle sona erer, bireye baş etme ve duygu, düşüncelerini yönetme becerileri kazandırılarak depresyonun tekrarlama olasılığı azaltılır. Depresyon toplumlarda psikiyatrik bir rahatsızlıktan ziyade bir kusur, sorun olarak algılanabilmektedir. Bu nedenle depresyon geçiren birey, rahatsızlığını belli etmekten, dile getirmekten ve bunun için bir destek kuruluşuna başvurmaktan kaçınabilir. Birey için depresyon etkilerini taşımakla beraber, etiketlenme zorluğunu kaldırmakta oldukça güç olabilmektedir.

Aile üyelerinden şiddet görme, aile içinden ya da yakın çevre tarafından cinsel tacize uğrama ileride depresyon riskini iki kat arttırmaktadır (Harris, Brown ve Bifulco,1990). Depresyon genetik yollarla sonraki genlere aktarılabilir ancak depresyonu yaşayan kök birey, depresyon rahatsızlığını, yeterince bilinçli bir yaklaşımla tedavi altına alabilirse diğer genlere aktarımı engellenebilir. Depresyon düzeyi daha çok olan bireylerde aktarım neredeyse yok denecek kadardır. Bu nedenle depresyondaki bir anne veya babanın, dünyaya getirdiği çocuğun da depresyon rahatsızlığına yakalanması kesinlik içermemektedir. Ebeveynlerin aldıkları erken dönem önlemleriyle, dünyaya gelen bebek depresif mizaçlı bir bebek olmayabilir. Ancak bebek adına, yaşamının çoğunda tetikleyicilerden korunma gerekliliği oluşmaktadır. Yaşam olaylarından korumanın yanı sıra, beslenme şekli, bağımlılıklarının kontrolü, ilişkilerinin kontrolü sağlanmaya devam edilmelidir.

2.1.6 Depresyon Epidemiyolojisi

Majör depresyon genel toplumda %15'lik, kadınlarda %25'lik yaşam boyu prevalansı ile psikiyatrinin en sık görülen hastalıklarındandır(Ertan,2008). Majör depresyon kültür ve ülkeden bağımsız olarak kadınlarda 2 kat daha sık görülmektedir. Bipolar bozukluk ise her iki cinste eşit sıklıkta görülmektedir. Manik epizodlar erkeklerde, depresif epizodlar ise kadınlarda daha sıktır. Bipolar bozukluk çocukluktan itibaren her yaşta, nadir olarak da yaşlılıkta başlayabilmektedir. Major depresif

bozukluğun ortalama başlangıç yaşı 40 olup, hastaların %50'sinde 20-50 yaş arasında başlamaktadır. Major depresif bozukluk yakın ilişkisi olmayanlar, boşanmış ya da ayrı yaşayanlarda daha siktir. Bipolar bozukluk da boşanmış ve bekar olanlarda daha siktir. Major depresyon ile sosyoekonomik seviye arasında herhangi bir ilişki yoktur. Bipolar bozukluğun insidansı ise üst sosyoekonomik tabakada artmaktadır. Depresyon şehirlerde köylere göre daha sık görülmektedir. Duygudurum bozukluklarının sıklığı ırka göre değişiklik göstermemektedir. Distimik bozukluk genel toplumda %5-6 civarında görülmektedir. İnsidansı cinsiyete göre değişmemektedir. Kadınlarda erkeklere göre daha siktir. Ayrıca evlenmemişlerde, gençlerde ve düşük gelirli grupta daha siktir. Siklotimik bozukluk ise tüm psikiyatrik bozukluklar içinde %5 civarında görülmektedir. Kadın/erkek oranı 3/2 gibidir. Hastaların %50-75'inde başlangıç yaşı 15-25 arasındır. Sınır kişilik bozukluğu ve madde kullanımı ile birlikte daha sık görülmektedir (Ertan,2008).

2.1.7 Depresyonun DSM-V Tanı Ölçütleri

Aynı iki haftalık dönem boyunca, belirtilerden beşi ya da çoğu bulunur ve bireyin işlevsellik düzeyinde değişiklikler olmuştur. Bu belirtilerden en az biri çökkün duygu durum ya da ilgisini yitirme ya da zevk almamadır.

DSM-V Yeğin Depresyon Bozukluğu ölçütleri şunlardan oluşmaktadır:

1. Çökkün duygu durum, neredeyse her gün günün büyük bir bölümünde bulunur ve bu durumu ya kişinin kendisi bildirir ya da bu durum başkalarınca gözlenir.

2.Neredeyse bütün etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma ya da bunlardan zevk almama durumu, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur.

3.Kilo vermeye çalışmıyorken kilo alma ya da neredeyse her gün, yeme isteğinde azalma ya da artma.

4.Neredeyse her gün, uykusuzluk çekme ya da aşırı uyuma,

5. Neredeyse her gün ajistasyon ya da yavaşlama,

6. Neredeyse her gün, bitkinlik ya da içsel gücün kalmaması,

7.Neredeyse her gün, değersizlik ya da aşırı ya da uygunsuz suçluluk duyguları,

8. Neredeyse her gün, düşünmekte ya da odaklanmakta güçlük çekme ya da kararsızlık yaşama,

9.Yineleyici ölüm düşünceleri, özel eylem tasarlamaksızın yineleyici kendini öldürme düşünceleri ya da kendini öldürme girişimi ya da kendini öldürmek üzere özel bir eylem tasarlama (Amerikan Psikiyatri Birliği,2014).

2.1.8 Depresyonun Eş Tanıları

Anksiyete ve depresyonun seyrinin bir grup hastada 40 yıllık bir süreç içinde izleyen bir gözlem çalışmasında anksiyete bozukluğu olan hastaların yarısında depresyonun da olduğu bulunmuştur (Murphy,Horton,Laird,Monson, Sobol ve Leighton,2004). Toplum içinde yapılan bu çalışmalarda bulunan yüksek oranlar birinci basamakta yapılan çalışmalarda daha da yükselmiştir. Örneğin depresyon tansı alan birinci basamak hastaların %75'inin aynı zamanda bir anksiyete bozukluğu da olduğu saptanmıştır. Toplumda yapılan epidemiyolojik çalışmalar temel alındığında majör depresyon saptanan bir hastada ek olarak anksiyete bozukluğu gelişme riskinin 3.3-8.2 kat arttığı diğer yandan anksiyete bozukluğu saptanan birinin bir yıl içinde depresyon geçirme riskinin de 7-62 kat arasında yükseldiği hesaplanmıştır (Hirschfeld,2001).

2.1.9 Depresyonun Ayırıcı Tanıları

Depresyonda süreklilik yani zaman takibi ayırıcı bir detaydır. Olumsuz düşünce, duygu ve davranışlarda süreklilik aranır. Daha önce bir mani ya da hipomani dönemi geçirilmişse ya da yeğin depresyon dönemi, bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojisiyle ilgili etkilerine bağlanabiliyorsa bu tanı konulmaz.

Yeğin depresyon dönemi, şizo-duygulanımsal bozukluk, şizofreni, şizofrenimsi bozukluk, sanrılı bozukluk ya da tanımlanmış ya da tanımlanmamış şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozuklukta daha iyi açıklanabiliyorsa bu tanı konulmaz (Nussbaum,2017).

2.1.10 Depresyonun Alt Tipleri

2.1.10.1 Majör Depresyon

En az iki ay boyunca depresyon belirtilerini yoğun belirginlikle taşıyan bireylere konulan depresyon bozukluğu tanısıdır. Bireyin içinde bulunduğu depresyonun düzeyini belirtir. Prevelansı geniştir, her yaş grubunda görülebilir. Depresyon oluşumunda kalıtımın birebir etkisi bulunmasa da, majör depresyonda kalıtımın etkisinden büyük oranda söz edilebilir. Özellikle orta yaş grubu bireylerde ve kadınlarda daha çok görülebilmektedir. Majör depresyondan muzdarip bireylerde kendilerine ve çevrelerine dair birçok kayıp yaşanabilmektedir. Bu kayıplar, olumsuz yaşantılar birey için yaşam boyu izler bırakabilmektedir. Bazı bireyler depresyonu atlatsalar dahi depresyon dönemlerini kaotik ve korkutucu bir dönem olarak hatırlamak dahi istemeyebilirler. Majör depresyon bireylerde genellikle anksiyete bozuklukları veya başka psikiyatrik rahatsızlıklarla birlikte görülebilmektedir. Birey sadece majör depresyon rahatsızlığıyla da dönemsel olarak baş etmek zorunda kalabilir. Majör depresyon içerisindeki bireyler ağır suçluluk, çaresizlik ve umutsuzluk duygularıyla başa çıkmak zorunda kalır ve bu nedenle öz yıkım düşünce ve davranışlarında bulunabilirler.

2.1.10.2 Süregiden Depresyon Bozukluğu(Distimi)

Hipokrat, 'kan, balgam, sarı safra, kara safra' şeklindeki dört mizaç ayrımını yaparken, distimi (kara safra), kişiliğin derinindeki kronik depresif (melankolik) bir özellik olarak tanımlamıştır. Hipokrat'ın bu görüşünün 1968'deki DSM-II'de 'nevrotik depresyon' teriminin ortaya çıkışına kadar sürdüğü söylenebilir. Akiskal'ın 1978'de nevrotik depresifler üzerindeki izleme çalışması ise, bugünkü distimi kavramının doğuşunu başlatmıştır: Bu hastaların %40'ı izleme sürecinde major depresif bozukluk tanısı alırken, %60'ı kronik ya da dalgalanan gidişli düşük şiddetteki bir depresyon (distimi) sergilemekteydi. Üstelik distimik olguların çoğunda akut major depresyondakine benzer bir uyku paterni bulunuyordu. Bu veriler, distiminin kişilik bozukluklarından çok, duygu-durum bozuklukları içinde ve ayrı bir antite olarak düşünülebileceğine işaret etmekteydi (Yazıcı,2004).

2.1.10.3 Kronik Depresyon

Bireyin depresyon belirtilerini en az 6 ay boyunca göstermesidir. Kronik depresyonda uzun süreli belirtilerin görülmesi tedaviyi de oldukça zorlaştırabilir. Kronik depresyon hastalarının çoğunun iyilik hallerini tekrar kazanabildikleri görülebilir ancak az da olsa bir grubun kronik depresyonu aşamadığı bilinmektedir. Kronik depresyon, majör depresyon olgusuna göre belirtilerini bireyde daha az hissettirir ancak sürekliliği oldukça uzundur. Sürenin bu denli uzun olması bireyin kronik depresyon olgusundan kurtulmasını daha da zorlaştırabilir.

2.1.10.4 Atipik Depresyon

Bireyde düşümsel bir durgunluk, duygusal ve davranışsal olarak donuk olma hali mevcuttur. Bireyin olumlu yaşantıları yok sayarak, yaşantının bireyde meydana getireceği olumlu düşünce, duygu ve deneyimlerden kendisini alı koyması durumdur. Durumsaldır ve süresi bireyin baş etme gücüne, bireyin yaşadıkları olaylara bakış açlarına göre değişebilmektedir. Birey depresyon belirtilerini içe çekilme şeklinde gösterir.

2.1.10.5 Manik Depresyon

Bipolar Bozukluk tanısı alan bireylerde görülen, dönemsel bir depresyon rahatsızlığı türüdür. Süreklilik göstermeyen bir depresyon türüdür. Bireyler manik depresyonu süreli ve atak şeklinde yaşarlar. Birey, düşümsel ve duygusal dalgalanmalar yaşar ve davranışlarında inişli, çıkışlıdır. Manik depresyon, bipolar bozukluğun iki ucundan biridir. Bir ucu mani dönemi diğer ucu ise depresyondur. Mani dönemi yoğun duygular, aşırı ve hızlı düşünceler eşliğinde ve genellikle tehlikeli davranışlarla geçerken, depresyon dönemi de o denli zıt duygu ve davranışlarla geçer. Çökkünlük, bitkinlik, yavaşlık ve çaresizlik duyguları bu dönemde yoğun olarak hissedilir.

2.1.10.6 Doğum Sonrası Depresyon

Diğer adı Post-Partum Depresyon Bozukluğudur. Kadınlarda doğum sonrası depresyon görülmesi sıklığı, diğer yaşam olaylarından dolayı yakalandıkları depresyondan daha sık karşımıza çıkabilmektedir. Çünkü doğum sonrası dönem

bireyin hayatından daha önce olandan çok farklı değişiklikler meydana getirir. Birey bu döneme diğer kritik dönemlere olduğu gibi hazırlanmakta güçlük çekebilir veya fiziksel, psikolojik olarak hazırlanamadan bu döneme girebilir. Birey çocuğun doğumundan önceki bireysel ve özgür yaşantısını kaybetmekten, yeni bir yaşam rolünün hayatına girmiş olmasından, artık sadece kendisinin değil bir bebeğin de bakımından sorumlu olmaktan ve en önemlisi hormonal değişikliklerinden dolayı depresyona girebilir. Bazı durumlarda anne, dünyaya gelen bebeğe bakım vermede yetersizlik yaşayabilir, eşinden doğum sonrası dönem için gereken desteği bulamayabilir, anneliği hiçbir destek mekanizması olmadan tek başına deneyimlemek zorunda kalabilir. Annenin, bebeğin doğumuyla yaşamında var olan birçok koldan geri çekilmesi de depresyon nedenlerindedir.

Kadın bir bebeğe bakım verirken, kendi bakım ihtiyaçlarını karşılamayı unutabilir. Anne, öz bakımına eskisi kadar zaman ayıramayabilir ve bu nedenle dış görünüşünde, etrafındaki kişilere karşı olan davranışlarında eskiye oranla daha özensiz olabilir. Bu nedenle bireyin özellikle eşiyile olan ilişkisinde bazı noktalarda bozulmalar ve zamanla işlevsizlikler başlayabilir.

2.1.10.7 Diğer Depresyon Alt Tipleri

- Yıkıcı Duygu-durum Düzensizliği Bozukluğu
- Aybaşı Öncesi(Premenstrüel) Disfori Bozukluğu
- Maddenin/İlacın Yol Açtığı Depresyon Bozukluğu
- Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Depresyon Bozukluğu
- Tanımlanmış Diğer Bir Depresyon Bozukluğu
- Tanımlanmamış Depresyon Bozukluğu

2.1.11 Depresyon ve Kuramsal Yaklaşımlar

2.1.11.1 Psikanalitik Kuram ve Depresyon

Psikanalitik kuram, depresyonun bireyde meydana gelme sebebini, bireyin bebeklik ve çocukluk yaşantılarının hasarının bir sonucu olarak gösterir. Bebeklik yıllarında bakım veren, bebeğin sevgi nesnesidir. Bebek sevgi nesnesi aracılığıyla nesne sürekliliğini deneyimler. Bebek için olumsuz duyguların başlatıcılarından biri

bu nesnenin kaybıdır. Özellikle 2 yaş dönemlerinin yoğun olumsuz duygular eşliğinde geçme nedenlerinden biri anneden kopuşun ve ayrı bir birey oluşun fark edildiği dönem olmasıdır. Bu dönemde bebekler, bakım verenlerine dair zıt duygular içerisine girerler. Hem çok sevmek hem de onlara aşırı öfke duymak gibi. Bu nedenle bebek için bu dönem oldukça hüznün vericidir. Freud'a göre bazen bu kayıp anne dışında veya bakım veren dışında, imgesel bir kayıpta olabilir. Bu imgesel kayba birey özdeşim kurabilir. Bireyin özdeşimleri bilinçdışı olabilir. Freud aynı zamanda erken dönemde özellikle oral dönem ihtiyaçlarının karşılanamamasını depresyon nedeni olarak söyler. Bireyin kayıpları keşfettiği bu dönemde duygularını kontrol etmesi güçtür ve duyguları kendisine yinelenabilir. Olumsuz benlik ve değer algısı oluşturabilir. Özellikle bakım verene karşı ambivalans duygular yaşaması kendisini suçlu hissetmesine neden olabilir. Bu dönemde benlik adına atılan olumsuz temeller bireyi ilerleyen gelişim dönemlerinde de fiksasyonlu hale getirerek, öz yıkıma kadar götürebilir.

Klasik psikanalitik görüşe göre depresyonlu hastanın kişiliğinde şu temel özellikler vardır:

1. Oral dönemde saplanma ve buna bağlı olarak bağımlılık duygularının güçlü oluşu, sevgi açlığı ve terk edilmeye karşı aşırı duyarlılık,
2. Sevgi nesnelere karşı bilinçli sevginin yanı sıra, bilinçdışı kin ve düşmanlık duygularının bulunması,
3. Kolay cezalandıran, affetmeyen, güçlü baskıcı bir süper ego olması,
4. Öfke, kin, nefret gibi saldırganlık dürtüleri ile ilgili duyguların dışa vurulmasında büyük güçlük ve bu duyguların bireyin kendine yöneltilmesine eğilim,
5. Sevgi, onaylanma, beğenilme ve terk edilmeme için aşırı özverili olarak kendisini fazla yükleme, titiz ve mükemmeliyetçi olma (Alper,Bayraktar ve Karaçam,1997).

2.1.11.2 Bilişsel Kuram ve Depresyon

Bilişsel Kuram depresyonu bilişsel çarpıtmalarla açıklar. Birey, yaşamın erken yıllarında oluşturduğu şemalarının olumsuzluğu nedeniyle, kendisini, çevresini ve dünyayı olumsuz bir bakış açısıyla algılamaktadır. Bilişsel kuram, bireyin bilişsel

işlevlerinin bireyin yaşantısını ne şekilde yönettiğini ortaya koyar. Beck, ruhsal problemleri olan bireylerin nesnel gerçekliği değerlendirirken, bireyi kendinden hoşlanmamaya yönlendiren belli ‘mantık hataları’ yapma eğiliminde olduğunu belirtir. Psikolojik sorunların hatalı düşünme, yetersiz veya yanlış bilgiyi temel alarak hatalı çıkarımlar yapma ve hayal ile gerçek olanı birbirinden ayırt edememe gibi bazı süreçlerden kaynaklandığını ifade eder (Corey,2008).

Beck kuramında, temel inanç, ara inanç ve otomatik düşüncelerden bahseder. Temel inançlar, erken dönemde ilk yaşantılarımızın kodlamalarını içerir. Ara inançlar ise dünyaya karşı varsayım ve kuralları barındırır. Otomatik düşünceler, bir durum veya olayla karşılaştığımızda ilk anda, kendiliğinden ortaya çıkan düşüncelerdir.

Bilişsel terapi, bireyin bilişsel yapısındaki inançlar, çarpık ve işlevsiz kodlandıysa birey problem yaşamaya başlar der. İnançlarımız bir olay veya durumlar karşılaştığımız anda devreye girebilir. Olumsuz otomatik düşüncelerini ortaya çıkaran bireyler, depresif duygular altında, olumsuz davranışlar sergileyebilir. Bilişsel terapi, bireylerin inançların içeriğinin, kodlamalarının değiştirilebileceğini söyler. Genellikle depresyondaki bireyde ‘ Çaresizim’, ‘Yapamam’, ‘Başaramam’ ara inançları ve düşünceleri görülürken, temel inançları ‘Sevilmiyorum’, ‘Değersizim’ ve ‘ Yetersizim’ dir.

Bilişsel kuram, bireyi direkt davranış değişimine yönlendirmek yerine, düşüncelerinde de değişimi hedefler. Bilişsel yaklaşım bireylerin düşünce ve duygularına odaklanır. Bilişsel yaklaşım düşünceleri değiştirerek, davranışları da değiştirebileceğimizi varsayar. Bu nedenle depresif duygu ve davranışlara neden olan olumsuz düşünceler bilişsel terapi de birey açısından ele alınmaktadır. Bireyde düşünce değişikliği oluşturmak için bireyin farkındalığı da oldukça önemlidir. Bireyin olumsuz düşünce yapısını fark etmesi için bilişsel ev ödevleri verilebilir.

2.1.11.3 Davranışçı Kuram ve Depresyon

Davranışçı kuram, depresyonun birey açısından yanlış öğrenmeleri sonucu ortaya çıktığını söyler. Depresyondaki birey, sorunlarının çözümü olmadığına inanır. Bu nedenle davranışçı kuram bireyin öğrenmeleriyle ilgilenerek, yeniden öğrenme

yöntemiyle depresyon tedavisi uygular. Davranışçı kuramda olumlu davranışlar pekiştirenlerle devam ettirilirken, olumsuz davranışlar söndürülme amacındadır.

2.2 Anksiyete Bozuklukları

2.2.1 Kaygının Tarihçesi

Tıbbi anlamını, 19. yüzyılın sonunda kazanmış olan anksiyete sözcüğü, Hint Germen kökenli ‘’angh’’ sözcüğünden türemiştir. ‘Sıkıca bastırmak, boğazını sıkıkmak, sıkıntı ve tasa’ anlamına gelmektedir. Anksiyeteye ilişkin en eski yazılı kanıt milattan önce 3000’lerde yazılan Gılgamış Destanı’dır (Tükel ve Aklın,2006). Bu destanda Gılgamış, kendi ölümsüzlüğü ile ilgili endişelerini dile getirmektedir (Noyes ve Hoehn,1998). Anksiyete çok eskiden bu yana huzursuzluk, dürtüsellik ve endişelilik durumları olarak tanımlanmıştır. Anksiyetenin birçok işlevi vardır ve genellikle biyolojik olarak bireye uyarıcı veren bir uyarıcıdır. Bu özelliği ile bireyi harekete geçirir. Kaygı dışarıdan gelen bir uyarıcı aracılığı oluşabileceği gibi içeriden yani ruhsal karmaşalardan dolayı da ortaya çıkabilmektedir. Anksiyete genellikle tehlike durumlarında ortaya çıkar. Geleceğe yönelik bir kaygıdır anksiyete ve bu nedenle bireyi sürekli önlem almaya motive eden bir yanı da vardır.

2.2.2 Kaygı Kavramının Tanımı

Kaygının üç temel bileşeni vardır. Endişe verici düşünceler ve hisler içermesi, bedensel tepkileri açığa çıkarması ve bunların sonucunda davranışlarda görülen değişimler.

2.2.3 Anksiyete Bozuklukları Tanımı

Anksiyete bozukluklarında çeşitli uyarıcılara verilen duygusal tepkilerde bozulmalar söz konusu olabilmektedir. Anksiyete (anxiety) terimi latince "tıkanma", "boğulma" anlamına gelen "angere" kökünden türetilmiştir (Sadock ve Sadock,2016). Anksiyete bozuklukları psikiyatrik rahatsızlıklar içerisinde en sık rastlanan hastalıklar grubundadır. Özellikle genç yetkin gruplarında oldukça yaygın görülmektedir.

Anksiyete bozukluklarında hasta, nedensiz korku duygusundan, kötü bir şey olacaktı beklenmesinden ve yersiz kuruntularından sıklıkla bahseder. Anksiyete

bireye, bir tehlike anında kendisini koruma sistemi adına kaçma veya savaşma tepkilerini verebilmesi için gereklidir. Ancak tehlike içermeyen durumlarda üretilen anksiyete, bireye özgü değerlendirilmek koşuluyla bozukluk olarak değerlendirilebilir.

Anksiyetenin hafif korkudan, aşırı tedirginlik duygusuna kadar geniş bir cetveli vardır. Anksiyete şiddetliyen, birey yaşadıklarının kontrol edilemezliği ile çıldırarakmış gibi olma hali yaşayabilir.

Anksiyete bozukluklarında komorbidite çok sık görülür. Anksiyete genellikle duygu-durum bozukluklarıyla benzer semptomlar gösterse de ayırıcı yanları oldukça fazladır. Anksiyete bozuklukları zamanla yaygın anksiyete bozukluklarına veya depresyona dönüşebilir, panik bozuklukla sonuçlanabilir. Bazı hastalarda majör depresif bozukluk görülürken, yaygın anksiyete bozukluğu da hastalığına eşlik edebilmektedir. Anksiyete bozuklukları, kadınlarda daha ciddi seyredebilir ve kadınların çoğu dönemlerinde anksiyete gözlenebilir. Kadınlardaki genetik faktörler ve çevresel etmenler elbette bu durumun belirleyicilerindedir.

Anksiyetenin, patolojik olarak ele alınabilmesi için bireyin algıladığı uyaranla, oluşturduğu uyarıcının arasındaki tehlike ilişkisinin ne denli gerçekçi algılanıp algılanmadığına bakılır. Bireyler, uyaran ve uyarıcı arasında oldukça gerçekdışı ve tehlikeli değerlendirmelere kapılarak, kontrol edilmez kaygı ve korkuya kapılabilirler. Anksiyete belirtilerinin bilişsel, fiziksel ve sosyal zorlanmalarını ve kayıplarını yaşayan birey, gündelik işlevlerinin çoğunu yerine getiremez hale gelerek anksiyetenin patolojik hale dönüşümünün sinyallerini verir. Bireylerin korku ve kaygıya kapıldıkları durumlar çoğu zaman belirsizlik içerir. Anksiyete psikosomatik tepkimelerin de en sık rastlandığı psikiyatrik rahatsızlıklardan biridir. Yaşam boyu yaygınlığı %15 ile %30 arasındadır.

2.2.4 Anksiyete Bozuklukları Nedenleri

Bazı bireyler doğuştan daha kaygılı bir mizaca sahip olabilmektedirler. Araştırmalarda mizacın ve bireyin içinde olduğu çevreyle etkileşiminin anksiyete oluşumu açısından etkileri büyüktür.

2.2.5 Anksiyete Bozuklukları Belirtileri

Anksiyete her insanda az miktarda olsa dahi bulunur. Anksiyete bozukluğu bulunan bireyler, durumlar ve karşılaştıkları olaylar karşısında zaman zaman orantısız tepkiler verebilmektedirler. Anksiyete sahibi bireyler, yoğun kaygı ve korku duyguları yaşamalarının yanında; davranışsal ve bedensel olarak da kaygılı tepkilerde bulunurlar. Anksiyete, bireylerin algılarının, düşünce ve duygulanımlarının üzerinde güçlü bir etkiye sahiptir. Anksiyete bozukluğu bulunan bireylerde, dikkat dağınıklıkları, bilişsel zorlanmalar, algılama ve anlama problemleri ve sıklıkla iletişim problemleri görülebilir. Anksiyete bozukluğu bulunan bireylerde, unutkanlık problemleri görülebilmektedir. Anksiyete bozukluğu tanısı alan bireylerde genel bir huzursuzluk, gergin duruş, çabuk sinirlenme, yerinde duramama gibi davranışlar görülebilmektedir. Genellikle anksiyete hastalarının sesinde heyecanlı bir titreklik görülebilir. Anksiyete bozukluğu yaşayan bireylerin düşüncelerinde ve algılamalarında net gözlemlenebilen ve ölçülebilen bir bozukluk olmasa ahi tasalanmaları oldukça fazladır. Bireyler anksiyete bozukluğundan muzdarip olduklarında, günlük, mesleki ve kişilerarası yaşantısı ve ilişkileri yoğun olarak etkilenir. Çoğunlukla anksiyete bozuklukları bireyin, kendisine ait yaşam alanından uzaklaşmasına yol açabilmektedir.

Anksiyete durumlarında aşırı sıkıntı ve kaygı yaşantısının yanı sıra, saçma korkular, rahatsız edici saplantılar veya zorlantılar, ölüm ve kontrolünü kaybetme korkusu, öze yabancılaşma(depersionalizasyon), gerçektışı algılama(derealizasyon), bedensel işlevlerin yanlış yorumlanması gibi semptomlar ile çarpıntı, tansiyon değişiklikleri, soluk renk veya yüzde kızarma, hava açlığı, soluk almada zorluk, hiperventilasyon, yutma güçlüğü, bulantı, kusma, ishal, karın ağrısı, sık idrara çıkma, ereksiyon, ejakülasyon bozuklukları, terleme, kızarma, soğukluk, tremor, parestezi, anestezi, baş dönmesi, bayılma hissi veya bayılmalar, kas gerginliği, motor huzursuzluk, ağrılar, yorgunluk, uykuya dalmada güçlük, uykusuzluk, boğazında düğümlenme, boğuluyor gibi hissetme duygusu, ellerinde aşırı titreme gibi bedensel ve fizyolojik semptomlar eşlik edebilir (Sürmeli,1997). Anksiyete bozukluğu rahatsızlığını yaşayan bireylerde mide ve bağırsak rahatsızlıkları sık görülen tıbbi

rahatsızlıklardandır. Psiko-somatik belirtileri arasında el, bacak ve kollarda titreme, göz seyirmeleri, kulak çınlamaları, dermansızlık görülebilir.

Anksiyete bozukluklarına sahip bireyler, durumlar ve olaylar karşısında orantısız tepkiler verebilmektedirler. Yoğun kaygı ve korku yaşamalarının yanında davranışsal ve bedensel olarak da kaygılı tepkiler ve semptomlar gösterebilirler. Anksiyete, bireyin algılamalarının, düşünce ve duygularının üzerinde etkilidirler. Anksiyete bozukluğu görülen bireylerde, bilişsel zorlanmalar, dikkat dağınıklığı, algılama güçlüğü, anlama problemleri ve iletişim problemleri görülebilir. Anksiyete bozukluğu bulunan bireylerde huzursuzluk, tedirginlik, kuruntular, sürekli beklenti içerisinde olma, başına mutlaka bir kötülük geleceğine inanma ve tüm bunlara önlem alma davranışları görülebilir. Anksiyete bozukluğu düzeyine göre bireyler önlemlerinin sıklığını ve tekrar edilmelerini arttırabilir.

2.2.6 Anksiyete Bozuklukları Etiyolojisi

Anksiyete bozuklukları rahatsızlığında genetik etmenlerin önemli rol oynadığı ortaya konmuştur. Genetik etmenlerin yanında çevresel etmenlerde bireyin anksiyöz bir yapıya girmesine ve anksiyete bozukluklarının oluşumuna katkı sağlayabilir.

YAB, sıklıkla diğer psikiyatrik bozukluklarla- temelde diğer anksiyete bozuklukları ve duygu-durum bozuklukları- birlikte bulunur. Bu durum tanısız 23 süreci, tedavisini ve gidişi karmaşılaştırır (Kessler,Stang,Wittchen,Üstün,Burne ve Walters,1998). Anksiyete bozuklukları arasında agorafobili panik bozukluğu (%3-27), basit fobi (%21-55), sosyal fobi (%16-59), YAB ile en sık birlikte bulunan bozukluklardır. YAB’u olan bireylerin 1/3’ünde major depresyon (%8-39) bulunur (Angst,1993;Brawman-Mintzer ve Lidard,1996).

SAB’ nun tek bir bozukluk ile eş tanısı değerlendirildiğinde, SAB’ da en sık görülen eş tanıların, %37,6 (142) ve %60,8 (143) oranlarıyla özgül fobi; % 8 (140) ve % 45 (143) oranlarıyla agorafobi; % 4,7 (143) ve %26,8 (144) oranlarıyla panik bozukluk olduğu bildirilmiştir (Wittchen,Stein ve Kessler,1999). Ulusal Eş Tanı çalışması verilerine göre, SAB olmayan bireylere göre SAB’ ı olanlarda majör

depresyon ve distimi gelişme riski 2-3 misli daha fazladır (Magee, Eoton,Wittchen,McGonagle ve Kessler,1996).

Anksiyete bozuklukları en yaygın görülen psikiyatrik bozukluklardandır (%25), depresyon ise ikinci sırada yer alır (%17). NCS verilerine göre; yaşam boyu sıklık oranları kadınlarda %30,5, erkeklerde %19,2'dir. ECA verilerine göre tüm anksiyete bozuklukları için bir yıllık sıklık %12,6 iken yaşam boyu sıklık %14,6'dır (Reiger,Narrow ve Rae,1990).

2.2.7 Anksiyete Bozuklukları Epidemiyolojisi

Anksiyete bozuklukları genel toplum içinde en sık görülen psikiyatrik bozukluklardandır. Bir yıllık prevalansı %17,7 olarak bildirilmektedir. Bu oran kadınlarda %30,5 erkeklerde %19,2 düzeyindedir ve sıklık sosyoekonomik düzeyin artışı ile azalmaktadır (Ertan,2008).

2.2.8 Anksiyete Bozuklukları DSM-V Tanı Ölçütleri

Yaygın Anksiyete Bozukluğu DSM-V Tanı Ölçütleri

A. En az altı aylık bir sürenin çoğu gününde, birtakım olaylar ya da etkinliklerle(işte ya da okulda başarı gösterebilme gibi) ilgili olarak, aşırı bir kaygı ve kuruntu(kaygılı beklenti) vardır.

B. Kişi, kuruntularını denetim altında tutmakta güçlük çeker.

C. Bu kaygı ve kuruntuya, aşağıdaki altı belirtiden üçü (ya da daha çoğu) eşlik eder.

1.Dinginleşememe(huzursuzluk) ya da gergin ya da sürekli diken üzerinde olma.

2.Kolay yorulma.

3.Odaklanmakta güçlük çekme ya da zihnin boşalması.

4. Kolay kızma.

5.Kas gerginliği.

6.Uyku bozukluğu

D. Kaygı, kuruntu ya da bedensel belirtiler, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

E. Bu bozukluk, bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

F. Bu bozukluk başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz (DSM-5,2014).

2.2.9 Anksiyete Bozukluklarının Eş Tanıları

Anksiyete bozukluğu olan bireylerde yapılan araştırmaların neticesinde sık eşlik eden psikiyatrik bozukluklar; duygu durum bozuklukları, fobiler, obsesif kompulsif bozukluk ve bağımlılıklar olarak karşımıza çıkmaktadır.YB ve eş tanı çalışmalarında, duygudurumu, anksiyete, dürtü kontrol, alkol ve madde kullanım bozukları ve kişilik patolojilerinin yüksek olduğu bildirilmektedir (Gadalla ve Piran,2007;Hudson, Hiripi, Pope Jr, ve Kessler,2007;Milos,Anja ve Schneyder,2004;Zaider,Johnson ve Cockell,2000).

Manicavasagar ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada, YAAB olan hastalarda %67 oranında eş tanılu ruhsal bozukluk saptanmış ve yaşam boyu değerlendirilen hastaların %69'unda MDB öyküsü olduğu bildirilmiştir (Manicavasagar, 1997). Eştanı Çalışması Replikasyonu'nda ayrılma anksiyetesinin erişkinlik göstergelerinin PB'de %11, agorafobili PB'de %23,5 oranında görüldüğü bildirilmiştir(Kessler, Chiu, Jin, Ruscio, Makas ve Walters,2006).

Anksiyete bozukluğu birlikte görüldüğü diğer rahatsızlıklarla birlikte daha ağır seyretmeye ve zaman içinde süregelen hale gelmeye başlayabilir. Bu sorunları önleyebilmek ve hastaların yaşam kalitesini artırabilmek için, anksiyete bozukluklarının-erken aşamada- gerekirse tarama testi kullanılarak tanınması ve tedavi edilmesi büyük önem taşımaktadır(Tamam,2007).

2.2.10 Anksiyete Bozuklukları Ayırıcı Tanıları

Anksiyete, ayırıcı tanılarıyla birlikte farklı birer hastalık olarak 1960'lı yıllardan sonra elde edilen çalışmalar neticesiyle ilk olarak DSM III' de tanımlanmıştır. Anksiyete bozuklukları arasında, agorafobi panik bozukluk, basit fobi ve sosyal fobi YAB ile en sık birliktelik gösterenlerdir. YAB olan bireylerin %30'nda majör depresyon bildirilmiştir (Cameron,Thyer ve Nesse,1986).

Bazı hastalarda Anksiyete ve Özgül fobi arasındaki ayırım eğer iki rahatsızlıkta üst üste ise çok açık olmayabilir. Ancak belirgin fobik kaçınmalar varsa birey anksiyete bozukluklarının diğer türlerinden daha kolay ayrılabilir.

2.2.11 Anksiyete Bozuklukları Alt Tipleri

- Ayrılma kaygısı bozukluğu
- Seçici konuşmazlık (Mutizm)
- Özgül fobi
- Toplumsal kaygı bozukluğu(Sosyal fobi)
- Panik bozukluğu
- Agorafobi
- Yaygın kaygı bozukluğu
- Maddenin/ilacın yol açtığı kaygı bozukluğu
- Başka bir sağlık durumuna bağlı kaygı bozukluğu
- Tanımlanmış bir diğer kaygı bozukluğu
- Tanımlanmamış kaygı bozukluğu

2.2.12 Anksiyete Bozuklukları ve Kuramsal Yaklaşımlar

2.2.12.1 Psikoanalitik Kuram ve Anksiyete Bozuklukları

Erken çocuklukta, nesne sürekliliğinin kazanılmadığı dönemde, bebek bakım vereninin yanından ayrılmasıyla yani kaybolmasıyla eş değer bir duruma maruz kaldığında terk edilme tehdidi algılar ve kaygılanmaya başlar. Ayrılık kaygısıyla temellerinin atıldığı anksiyete bozuklukları, psiko-dinamik kurama göre erken çocuklukta deneyimlenen kaygılı durumun yetişkinliğe aktarılmasıdır. Freud, korkuyu gerçek bir tehdide, anksiyeteyi ise içsel bir tehlikeye karşı geliştirilen tepki olarak

ayırıştır. Freud aslında anksiyeteyi ilk olarak, genetik kökenli bularak buna anksiyete nevrozu ismini vermiştir. Daha sonra anksiyete fenomeni adıyla bir kavram daha üretmiştir. Bu kavramlarda, anksiyeteyi gündelik kaygılar grubunda görerek, bu grubun gerçekçi kaygıları oluşturduğunu varsayar.

2.2.12.2 Bilişsel Kuram ve Anksiyete Bozuklukları

Bilişsel kuruma göre kaygı, tepkiyi oluşturan bireylerin, durumları düşünceleriyle durumsal ve bedensel açıdan tehlikeli yorumlanması ile ortaya çıkabilir. Özellikle belirsizlik, bireyler için anksiyeteyi oluşturan temel kaynaklardan biridir. Belirsizliğin yerini bireyin bilişleri doldurabilir. Ancak bu bilişler duruma dair netlik kazandırmazlar. Bu nedenle genellikle olumsuz düşüncelere kaygı, korku gibi olumsuz duygulanımlar eşlik eder. Bireyler özellikle gelecek konusunda algıladıkları tehditler karşısında, önlemler almak adına hangi eylemleri yapıp yapmaması gerektiğini sürekli düşünür ve düşündüklerini acil şekilde eyleme dönüştürme paniğine kapılabilirler.

2.2.12.3 Davranışçı Kuram ve Anksiyete Bozuklukları

Davranışçı kuram anksiyete bozukluğunun oluşum nedenine, bireyin aile içinde sergilenen davranışları örnekleme yolu ile öğrenmesi sonucu ortaya çıkan tepki olarak değerlendirir.

2.3 Özgül Fobi

2.3.1 Özgül Fobi Kavramının Tanımı

Belirli nesne ve duruma özel, anormal derecede kaygı ve korku tepkilerinin olduğu sık rastlanan kaygı bozuklukları türlerindedir. Birey korkusunun tetikleyicisi nesne ile karşılaşması ile zarar göreceğini düşünür, fobik nesneyle karşılaşması esnasında kontrolsüz kalacağını ve yoğun kaygısından dolayı başına beklenmedik şeyler gelebileceğini düşünür. Seligman, evrimsel olarak insan türü için zararlı olmuş bazı durum ve organizmalar için bütün insanların bir çeşit öğrenme süreciyle korkuya hazırlıklı olduğunu savunur. Fare, yılan vb. hayvan fobilerinin bu evrimsel hazırlıklılıkla ilişkili olduğunu düşünülebilir (Seligman,1971).

Özgül Fobi, uyararla maruz kalınmadığında sönebilen ve belirtileri remisyonunda seyreden ancak uyarı maruziyetinde alevlenmeler gözlenebilen kronik seyirli bir ruhsal bozukluktur (Sadock ve Sadock,2016).

Özgül fobi rahatsızlığını yaşayan bireyler, korkularının o durum veya nesne için aşırı olduğunun farkında olurlar. Bu nedenle özgül fobisinin farkında bireyler, nesneyle karşılaşmamak için kaçınma davranışları gösterirler. Çoğu özgül fobi rahatsızlığından muzdarip birey, kaçınma davranışlarıyla hayatlarının büyük bir kısmını idame ettirebilirler. Özgül fobi, bireyin nesne veya durum karşısındaki anksiyete düzeyine ve günlük işlevlerini ne oranda bozduğuna göre değerlendirilir. Klinik alanda en sık karşılaşılan fobiler, küçük böcekler, kedi, köpek, hamam böceğidir. Bireyin özgül fobik olduğu nesnenin açık ve belirgin olması durumunda birey gerekli motivasyona sahipse, bireyi fobik duruma maruz bırakma tekniği ile durum tedavi edilmeye başlanabilir. Amaç bireyi, sistematik şekilde fobik nesneye karşı duyarsızlaştırmaktır.

2.3.2 Özgül Fobinin Nedenleri

Bireylerin erken çocukluk dönemlerinde bakım vereninin kaybını ve ölümünü yaşaması, bireyin kendisine ve yakın aile üyelerine yönelik taciz öyküsünün bulunması, aile üyeleri ile süreli veya süresi belirsiz ayrılıklar yaşaması, travmatik yaşam olayları yaşaması gibi yaşam olayları bireyi fobik tepkiler vermesi açısından hazır hale getirebilir. Bazı bireyler, mizaç olarak da fobiye daha yatkın doğabilmektedirler.

Fobiler içerisinde genetik olarak aktarılma olasılığı en yüksek Özgül Fobi alt tipi Kan, Enjeksiyon ve Yaralanma Fobisi'dir (Dilbaz,1997;Sadock ve Sadock,2016).

Kalıtım özgül fobi oluşumunda ve ortaya çıkmasında önemli role sahiptir. Yapılan bir çalışmada özgül fobisi olanların 49 yakını ile sağlıklı insanların 119 yakınına incelenmiş ve özgül fobisi olanların yakınlarında özgül fobi görülme oranının, sağlıklıların yakınlarına oranla çok daha yüksek olduğu gösterilmiştir (%31 ve %11) (Fyer,Mannuzza,Galloplar,Martin,Aaronson,Gorman,Liebowitz ve Klein,1990). Bazı psikiyatrik rahatsızlıkların bireyde bulunması sonucu da fobiler ortaya

çıkabilmektedir. Travmatik bir yaşantı esnasında, başka herhangi bir durum veya nesnenin benzerlik kurması veya eşleşmesi de bireyi fobiye açık hale getirebilir. Fobiler en yaygın model alma yoluyla öğrenilirler. Genelleme yoluyla da pekiştirilebilirler. Yani bir başkasının özgül bir duruma karşı deneyimlediği korku ve kaygıya şahit olmak, bireyi de özgül fobik yapabilmektedir.

Horney'e göre anksiyete ebeveyn ile çocuk arasındaki bozuk ilişkilerden kaynaklanmaktadır. Çocuğuyla sağlıklı bir iletişim kuramayan, çocuğun ilgi ve ihtiyaçlarına karşı duyarlı olmayan, hoş görülü ve anlayışlı davranmayan ana-baba tutumları sonucunda çocuklarda anksiyete belirtisi görülmektedir (Horney,1999). Bu nedenle özgül fobi aileden model alma yoluyla da öğrenilebilir.

Ailesel etmenler fobi oluşumunda oldukça önemli bir yere sahiptir. Örneğin ebeveynlerin tutumları, çocukların nesnelere veya durumlara dair bilgi almalarını sağlar. Bu nedenle ebeveynin tepkisi, çocukta fobi oluşumuna doğrudan etki edebilir.

2.3.3 Özgül Fobinin Belirtileri

Çarpıntı, terleme, titreme, kaçma dürtüsü, kas gerginliği, soluk alıp vermede artış, nefes darlığı en sık görülen belirtilerendir. Uyaran yokluğunda korku yatıştır ve genellikle beklenti anksiyetesi yoktur (Cansever,2007). Özgül fobileri olan bireyler, fobik tepki içerisinde oldukları durumlardan kaçınma davranışları gösterirler. O durumlara karşılaşmamak için sürekli önlem alırlar. Özgül fobisi bulunan kişiler, fobik duruma maruz kalmamak için çevrelerindeki insanlarla veya yabancı kişilerle iletişim kurmayabilir, etkinliklerde bulunmaktan kaçınabilir ve sosyalleşme aktivitelerini erteleyebilirler.

Özgül fobisi olan bireylerde kaygı bozukluğu belirtileri ve panik atak benzeri ataklar görülebilir. Özgül fobisi bulunan bireyler, fobik nesnelere genellikle kaçınırlar. Durumlara karşı önlem alarak, işe gitmeyebilir, odalarından ve evlerinden çıkmayabilir, iletişim kurmayabilir ve etkinliklere katılım göstermeyebilirler.

Özgül fobi tanısı almış bireylerde genellikle diğer psikiyatrik bozukluklarda görülebilmektedir. Sık görülen rahatsızlıklar arasında obsesif kompulsif bozukluk, anksiyete bozuklukları ve depresif bozukluklar vardır.

2.3.4 Özgül Fobinin Etiyolojisi

Özgül fobilerin oluşumunda bilişsel faktörlerin rolü çok araştırılmıştır. Genel olarak, Stroop benzeri ölçümler kullanan araştırmalar, fobiklerin fobik olmayanlara oranla, dikkatlerinin fobik uyarana dönük olduğunu ve alıştırma tedavisinin dikkatteki bu aşırılığı düzelttiğini göstermektedir (Watt,McKenna,Sharrock ve Trezi,1986).

2.3.5 Özgül Fobinin Epidemiyolojisi

Özgül fobi sıklıkla rastlanılan psikiyatrik rahatsızlıklardan biridir. Özgül fobi cinsiyetlere göre değerlendirildiklerinde kadınlarda erkeklere oranla iki kat daha fazla görülmektedir. Cinsiyetler arası farklılık, kültürel olarak kadınların daha duygusal, narin, incinir yapıda kabul edilmesiyle ve bu tutumla büyütülerek erkeklere oranla daha hassas algılanmalarıyla ilgili olabilmektedir. Oysaki aynı toplum, erkekleri daha güçlü ve koruyan, kollayan, yıkılmayan algısıyla, hassas olmaktan uzak bir tutumla büyütür. Fobiler en sık görülen psikiyatrik bozukluk olarak tanımlanmakta ve genel toplumda yaşam boyu prevalansı %5-10 civarındadır. Özgül fobinin yaşam boyu prevalansı %11 olup kadında en sık erkekte ise madde kullanımını takiben ikinci en sık ruhsal bozukluktur. Kadınlarda 2 kat daha sıktır. Yükseklik fobisi gibi durumsal fobiler sıklıkla 20'li yaşlarda, böcek, kan, enjeksiyon gibi çevresel fobiler 5-9 gibi daha erken yaşlarda başlamaktadır. Sosyal fobinin yaşam boyu prevalansı %3-13 arasında bildirilmekte, epidemiyolojik çalışmalarda kadınlarda daha sık, ancak klinik örneklemelerde erkeklerde daha sıktır. En sık başlangıç ikinci defada rastlamakta, ancak 5-35 yaş arası başlangıca rastlanmaktadır (Ertan,2008).

2.3.6 Özgül Fobi DSM-V Tanı Ölçütleri

Fobi kaynağı uyarana göre kodlanır:

1. Hayvan (böcek, köpek vb)
2. Doğal çevre (yükseklik, fırtına vb)
3. Kan, iğne, yaralanma

4. Durumsal (uçaklar, asansörler vb)

5. Diğer (kusmaya yol açabilen durumlar, yüksek sesler, özel giysiler)

Özgül Fobi tanısı için gerekli DSM-5 tanı kriterleri aşağıda verilmiştir.

A. Özgül bir nesne ya da durumla ilgili olarak belirgin bir korku ya da kaygı duyma (örneğin; uçağa binme, yükseklikler, hayvanlar, iğne yapılması, kan görme vb).

B. Fobi kaynağı nesne ya da durum, neredeyse her zaman, doğrudan korku ya da kaygı doğurur.

C. Fobi kaynağı nesne ya da durumdan etkin bir biçimde kaçınılır ya da yoğun bir kaygı ya da korkuyla bu duruma katlanılır.

D. Duyulan korku ya da kaygı, özgül nesne ya da durumun yarattığı gerçek tehlikeye göre ve toplumsal- kültürel bağlamda orantısızdır.

E. Korku, kaygı ya da kaçınma sürekli bir durumdur, altı ay ya da daha uzun süre sürer.

F. Korku, kaygı ya da kaçınma klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye sebep olur.

G. Bu bozukluk panik benzeri belirtilere ya da yetersizleştiren belirtilere (Agorafobi'de olduğu gibi) eşlik eden korku, kaygı ya da kaçınma gibi; takıntılarla ilişkili nesnelere ya da durumlar gibi, örseleyici olayların anımsatıcıları gibi, evden ya da bağlandığı kişilerden ayrılma gibi ya da toplumsal durumlar gibi başka bir ruhsal bozukluğu belirtileriyle daha iyi açıklanamaz (DSM-5,2014).

2.3.7 Özgül Fobinin Eş Tanıları

Özgül Fobi sebebiyle psikiyatrik destek talebi bulunanların yaklaşık üçte birinde ek bir psikiyatrik bozukluk tabloya eşlik etmekte olup en sık eşlik eden bozukluklar diğer Anksiyete Bozuklukları ve işlevsellikte azalmanın sonucu olarak ortaya çıkmış Major Depresyondur (Köroğlu, Güleç ve Şenol,2007;Öztürk ve Uluşahin,2011).

2.3.8 Özgül Fobinin Ayırıcı Tanıları

Fobi belirtileri ile psikolojik danışmaya başvuran bireylerde ruhsal muayene dışında, organik, fiziksel ve bilişsel muayene de yapılmalıdır. Korku duymak ve fobik olmak farklı durumlardır. Genellikle özgül fobi, sosyal fobi, anksiyete bozuklukları ile karıştırılabilir. Özgül fobi, sosyal fobiden farklı olarak, sosyal ortamlardan etkilenecek gerçekleşmez. Özgül fobinin, bakım veren ayrılığına karşı anksiyete olan ayrılık anksiyetesi ve sürekli kaygılı olma hali olan yaygın anksiyeteden farkı ise fobik tepki oluşturan uyarana karşı korku ve kaygı duymaktır. Özgül fobide öncelikle normal korku ile özgül nesneye karşı korku ve kaygı ayırt edilmelidir. Tedaviye başvuran Özgül Fobi hastaları genellikle eşlik eden ikinci bir psikiyatrik bozukluk ya da çoklu ve uyarana sık maruz kalınan fobi durumları tarif ederler (Köroğlu, Güleç ve Şenol, 2007). Özgül fobide korku duygusunun niteliği diğer fobilere göre özgül durum ve nesnelere karşısında belirmesiyle ayrılır.

Özgül fobisi olan bireyler, fobik uyarılara maruz kaldıkları durumlarda panik atak benzeri duygu, düşünce ve tepkiler gösterebilirler. Ancak bu durum panik bozukluk belirtilerinden farklıdır. Özgül Fobi ayırıcı tanısında yer alan hastalık grupları arasında Panik Bozukluk, Agorafobi ve Sosyal Fobi, Çekingen Kişilik Bozukluğu, Obsesif Kompulsif Bozukluk, Hipokondriyazis, Sanrılı Bozukluk ve Madde ve Alkol Kullanım Bozuklukları yer alır. Fobi belirtileriyle başvuran bireylerde ruhsal muayene yanında fiziksel muayene de mutlaka yapılmalıdır. Özgül fobi genellikle sosyal fobi ve anksiyete bozuklukları ile karıştırılabilir. Sosyal fobiden farklı olarak özgül fobide, sosyal ortamlardan etkilenme yoktur. Ayrılık anksiyetesinden farklı olarak, bakım verenden veya yakınlık kurulandan ayrılma korkusu yoktur. Özgül fobide sadece fobik olunan durum veya nesneye karşı korku ve önlemler görülür. Özgül duruma maruz kalan bireylerde panik atak görülebilir ancak bu panik bozukluktan farklı bir durumdur.

2.3.9 Özgül Fobinin Alt Tipleri

2.3.9.1 Durumsal Tip: Korku toplu taşıma araçlarında, tünellerde, köprülerde, asansörde bulunma, uçak yolculuğu yapma, araba kullanma gibi durumlarda ortaya çıkar. Sıklıkla çocuklukta ve yirmili yaşların ortalarında görülür.

2.3.9.2 Doğal Çevre Tipi: Korkuyu fırtına, yüksek yerler, su gibi doğal koşullar başlatmaktadır. Genellikle çocuklukta başlar.

2.3.9.3 Kan-enjeksiyon-yara tipi: Korkuyu kan, yara, enjeksiyon ya da invaziv tıbbi girişimler başlatır. Genellikle ailevidir ve çoğu zaman güçlü bir vazovagal tepki ile belirgindir. Hastaların % 75'i bu durumlarda karşılaştıklarında bayılırlar. Korku nedeniyle müdahaleden kaçınma, diş ya da beden sağlığının bozulmasına neden olabilir.

2.3.9.4 Hayvan Tipi: Korkunun nedeni hayvan ya da böceklerdir. Genellikle çocuklukta başlar.

2.3.9.5 Diğer Tip: Tıkanıp boğulmaktan, soluğun kesilmesine, kusmaya ya da hastalığa yakalanmaya yol açabilecek durumlardan, yüksek ses ya da masal kahramanlarından korkma ile belirli özgül fobi alt tipidir. Boğulma korkusu beslenme bozukluğu oluşturacak şiddette olabilir(APA,2000).

2.3.10 Özgül Fobi ve Kuramsal Yaklaşımlar

2.3.10.1 Psikoanalitik Kuram ve Özgül Fobi

Küçük Hans atlardan ve özellikle onların aniden düşüp devrileceğinden korkmaktadır. Çocuk hakkında babasıyla yapılan karşılıklı yazışmalardan, çocuğun cinsel ilgilerinin gelişmeye başladığı, kadın ve erkek cinsel organıyla ilgili sorular sorduğu ve kendi cinsel organını kaybetme korkusu olduğu öğrenilmiştir. Freud Hans'ın fobilerinin bastırılmış ödipal çatışmalardan kaynaklandığını, bu çatışmanın 13 özünde de babaya yönelik öfke ve kıskançlığa karşılık cezalandırılma (kastrasyon) korkusu olduğunu, bu korkunun başarılı bir biçimde yer değiştirmesi ile korkulan nesnenin baba yerine at halini aldığını belirtmiştir (Freud,2010).

Freud, Özgül fobiyi bilinç düzeyine çıkan ve bilinç dışında var olanlardan kaynağını alan kaygı olarak değerlendirir. Psiko-analitik kurama göre ego bilinç dışındaki dürtüleri bastırarak kontrol etmeye çalışır ancak çoğu zaman başarılı olamaz. Bastırılan bu dürtüler bireyin yaşamında yer değiştirir. Freud'a göre bu yer

değiştirmeler sonucunda bireyin yaşamında fobiler oluşur. Yani Freud'a göre fobiler bireyin bilinç dışının, bilinç düzeyinde sembolüdür.

2.3.10.2 Bilişsel Kuram ve zgl Fobi

Fobiler koşullanma olmadan, dolaylı yoldan da oluşabilmektedir. Gözleme ve model alma yoluyla da korku ve fobiler öğrenilebilir. Bilişsel yeniden yapılanmada temel amaç fobik durum ya da nesnenin gerçekte daha az korkutucu ya da daha fazla güvenli olduğunun öğrenilmesinin sağlanmasıdır (Sadock ve Sadock,2016;Türkçapar,2007).

2.3.10.3 Davranışçı Kuram ve zgl Fobi

Fobiler koşullanma olmadan dolaylı yollardan da birey için rahatsızlık oluşturabilirler. Gözleme, model alma bu yollardan bazılarıdır.

2.4 Cinsel İşlevler

2.4.1 Cinsellik Kavramının Tanımı

Cinsellik, bir kişinin diğerine çekici gelmesini de içerecek Şekilde, cinsel haz alma ve remeye ilgili bütün düşünce, duygu ve davranışları kapsar (Sadock,2016).

Bireylerin seçtiği, deneyimlemek istediği, çoğu zaman dürtülerini kontrol altında tutarak durdurup, erteleyebildiği fiziksel ihtiyaçtır. Cinsellik, birey olmanın bir boyutudur. Cinsellikte bireyin yakınlık ve bütünlük ihtiyaçı karşılanır. Sağlıklı bir cinsel yaşantı; cinsel yaşantının bir seçim sonucu, suçluluk, kaygı, korku gibi olumsuz duygulardan uzak gerçekleştirilebilmesidir. Bireyin fiziksel, organik yapısı, kendine ilişkin algıları, mizacı ve karakteristik özellikleri, düşünce, duygu ve davranışsal işlev ve modellemeleri, cinselliğe bakış açısını belirleyen unsurlardan biridir. Sağlıklı ve işlevsel cinsel yaşam, bireyi etkileyen tüm alanlarda sağlıklı ve işlevsel olmasına bağlıdır.

Cinsel tutum ve cinsel davranış, bireyin içinde bulunduğu toplum ve o toplumun cinselliği nasıl algıladığı ile doğru orantılıdır.

2.4.2 Cinsel Yaşantı

İnsan biyo-psikososyal bir varlıktır. Bu alanlardan birinde dahi olumlu veya olumsuz durumların meydana gelmesi, diğer alanları da mutlaka etkileyebilmektedir. Bu alanlardan biri de insanın cinselliğidir. Cinsel alandaki olumlu, olumsuz etkilenmeler doğrudan bireyin yaşantısına etki edebilir. Bireyin sosyal ilişkileri, kendilik algısı, kendisini cinsel anlamda ne denli çekici bulduğu, psikolojik olarak nasıl hissettiği gibi birçok durum etkileyebilir.

Çocukluk döneminde cinsel kimlik oluşumu ve gelişimi üzerinde anne ve baba yani orjin ailenin bilinçli veya bilinçsiz etkisi vardır. Cinsel kimlik oluşumu üzerinde çocuk için seçilen kıyafetler, oyuncaklar, çocuğun oyunu esnasında seçtiği roller, yakın çevrenin kimliğine dair tutumları ve geri bildirimleri oldukça etkili olabilmektedir. Erken çocukluk dönemi cinsel kimlik oluşumu, ergenlik dönemi ise oluşan cinsel kimliğe ait cinsel özellikleri geliştiren dönemdir.

2.4.3 Cinsel Yanıt Döngüsü Modelleri

Cinsel uyarılma gerçekleştiğinde, cinsel cevap döngüsü başlar. Bu cevabın insan bedeninde nasıl gerçekleştiğine dair birçok model ve yaklaşım bulunmaktadır. Cinselliğin gerçekleşmesi esnasında birey fazlardan geçer. Fazlar bireyin algıladığı duygusal, düşünsel ve fiziksel durumlara göre devamlılık gösterebilir. Bazen de cinsel yanıt döngüsünde faz durabilir ve cinsel döngü sona erer.

2.4.3.1 Masters and Johnson Modeli

4 fazlı cinsel cevap döngüsü oluşumundan bahseder. İlk cinsel cevap döngüsünü ortaya koymuşlardır. 4 cevap fazı olarak; Heyecan, Plato, Orgazm ve Çözülme tanımları yapmışlardır. Masters ve Johnson bireysel çalışmalarında cinsel cevabın fizyolojik boyutunun temel olarak benzer olmasına rağmen kişiler arasında psikolojik boyutta çeşitli derecelerde farklılıklar olduğunu görmüşlerdir. Bu durum iki insanın cinsel cevabının tümüyle aynı olmadığını ve farklılıkların olması da her zaman kişinin cinsel yanıtında bir eksiklik ya da anormallik olduğunu göstermediğini kanıtlar (Byer, Shainberg ve Jones, 1985). Kadınların orgazmı tek şekilde yaşamadığı, farklı araştırmacılar tarafından belirtilmiştir. Sigmund Freud, kadın orgazmının iki tipi olduğunu öne süren ilk kişidir. Freud, kadınların direkt klitoral uyarı ile klitoral

orgazm yaşadığını, vajinal uyarı sonunda ise vajinal orgazma ulaştığını öne sürmüştür (Byer,Shainberg ve Jones,1985).

•Heyecanlanma Fazı

Heyecanlanma fazı, bireyin cinsel eyleme geçtiği ve cinsel yanıt verdiği fazdır. Süresi bireyin ve partnerlerin doğasına göre değişkenlik gösterebilir. Bu fazda kadınlarda vajinal lubrikasyon gerçekleşebilir. Vajinal lubrikasyon kadınlar açısından gerçekleştiği her zaman için cinsel eyleme açık oldukları anlamına gelmemekle beraber yeterince gerçekleşmemesi de kadının cinsel eyleme geçmek istememesi anlamını da taşımaz. Yani vajinal lubrikasyon kadının psikolojik açıdan sekse hazır olup olmadığına tek başına yanıt veremez. Bu fazda kadının bedeninde ısı yükselmesi, terleme, nabızda yükselme, nefeste kontrolsüzlük, göz bebeklerinde büyüme, vücutta ani kasılmalar görülebilir.

•Plato Fazı:

Heyecan fazında kadında gerçekleşen tüm durumlar bu evrede devam ederler. Plato fazıda heyecan fazı gibi çok kısa veya uzun sürebilir. Orgazm oluşumu için zemin oluşturan fazdır.

•Orgazm Fazı:

Orgazm, vücutta biriken gerilmelerin ani bırakılması halidir ve bireye oldukça haz verir. Orgazm, cinsel cevap döngüsünde en kısa fazdır. En fazla 15 saniye süren fazdır. Kadın orgazmı, erkek orgazmından daha uzun sürer. Cinsel eylem esnasında bedende bireye özgü kasılmaların görüldüğü evredir. Kadınlar, orgazm esnasında duyarlılıklarında en üst noktaya gelerek, boşluğa düşme duygusunu ve yaşantısını deneyimleyebilirler. Kadın vajinasında en fazla sinir ucu klitoristedir. Bu nedenle klitoris orgazmına ulaşmak çoğu kadında daha kolay gerçekleşebilmektedir.

•Çözülme Fazı

Orgazm sonrası çözülme hemen başlar. Orgazm sonrası bedenin fiziksel olarak çözüldüğü, gevşeyerek normale döndüğü fazdır. Beden derin bir gevşeme pozisyonu alır. Bu evrede nefes alış-veriş kontrolsüzlüğü, vücutta terleme, kızarma gibi tepkiler devam edebilir. Çözülme fazı boyunca farklı reaksiyonlar gözlenir. Bazı insanlar derin

bir gevşeme veya uyku ihtiyacı duyarken bazıları rahatlamış hisseder ama enerjiktir. Bazıları yalnız kalmak isterken bazıları yakın olmak, bazıları konuşmak isterken bazıları sessizlik ister (Byer,Shainberg ve Jones,1985;Hyde ve Delamater,1997).

2.4.3.2 Helen Singer Kaplan Modeli

Kaplan modeli ise bir diğer cinsel cevap döngüsü modelidir. Masters and johnon'un 4 fazlı modelini yorumlayarak ve değiştirerek, cinsel yanıt döngüsünü 3 fazlı olarak tanımlamıştır. Bu 3 faz; Cinsel arzu, Heyecan ve Orgazm'dır. Singer(2010), ise vulval, uterin ve karma (blended) orgazm olarak üç tipi olduğunu öne sürmüştür. Araştırmacı, vulval orgazmı, klitorisin dokunma veya cinsel ilişki sırasında uyarılması ile genital alanda istemsizce meydana gelen ritmik kontraksiyonlar olarak tarif etmiş ve kadınların şiddetli fiziksel doyum yaşadıklarını belirtmiştir. Uterin orgazmı ise genellikle cinsel ilişki sırasında penisin daha derin bölgeleri uyarılması ile oluşan, solunum değişiklikleri ile seyreden (diyaframdaki gerilmeye bağlı), istemsiz soluk tutma ve güçlü, patlayıcı bir soluk verme ile sonuçlanan bir orgazm olarak tarif etmiştir. Uterin orgazmın daha çok emasyonel 16 doyum yarattığını belirtmiştir. Karma (blended) orgazmı ise vulval ve uterin orgazmın birlikte yaşandığı tip olarak tarif etmiştir. Kadınların bu tip orgazm yaşadıklarında hem fiziksel hem duygusal doyum yaşadıklarını savunmuştur(Byer,Shainberg ve Jones,1985; Eryılmaz,2005).

• Cinsel Arzu/ İstek Fazı:

Libido, bireyin cinsel ihtiyacını hissetmesine ve cinselliğini başlatmasını sağlar. Cinsel isteğin ortaya çıkması, cinsel başlatıcıların cinsel hormon düzeyini arttırmasıyla başlar. Cinsel isteği başlayan birey, cinsel eyleme(sekse) hazır hale gelir. Cinsel isteğin artması bireyin lubrikasyona daha çabuk ulaşmasını sağlar. Cinsel istek, partnerlerin uyumundan, bireylerin cinselliği yaşama seçimlerinden, uygun ortamın oluşumundan, bireylerin ruh hallerine ve diğer çevresel faktörlerden etkilenebilir.

2.4.3.3 Basson Cinsel Yanıt Döngüsü

Basson, 2000 yılında daha önce cinsel yanıt döngüsünü kavramsallaştırmıştır. Master and Johnson ile Kaplan'ı geleneksel bularak yeni bir cinsel yanıt sistemi ileri sürmüştür. Öngörülen bu alternatif sistem kadının cinsel psiko-fizyolojisini anlamayı ve yaşayacağı cinsel problemlere bu şekilde fizyolojik, psikolojik ve tıbbi çözümler üretmeyi amaçlamaktadır. Geleneksel cinsel yanıt döngüsü, erkekteki cinsel işlevi açıklamakta yardımcı olmakla birlikte kadın cinsel yanıtının kaynağındaki farklılık nedeniyle kadın cinselliği bakımından bu döngünün yeterli olmadığı iddia edilmektedir. Kadındaki cinsel yanıtın cinsel heyecana verilen tepkiden ziyade yakınlık kurma isteğinden kaynaklandığının kabul edilmesi ile birlikte, cinsel istek tanımına yönelik yeni bir anlayış geliştirilmektedir. Nitekim erkekte uyarılma evresi, görsel mesajlara dayanmakta iken kadında bu evre, yakınlık hissinden kaynaklanmaktadır (Gereklioğlu, Başhan ve Akpınar, 2010).

İlk olarak erkeklerle karşılaştırıldığında kadınlar, cinsel gerilimin azaltılması için daha düşük bir biyolojik dürtüye sahiptir. İkinci olarak kadınlarda cinsel deneyim yaşamaya yönelik istek, cinsel anlam taşımaktan ve biyolojik ihtiyaç ya da dürtülerden uzak olan bir ödül veya kazanımlar bütünü olarak görülmektedir. Üçüncü olarak kadınlarda cinsel heyecan genital olan ve olmayan organlardaki fiziksel belirtilere ilişkin vazo-konjesyonel değişikliklerin farkındalığında olarak veya olmaksızın, zihinsel heyecanın bir ürünü şeklinde ortaya çıkmaktadır. Son olarak ise cinsel gerilimin orgazm ile giderilmesi kadınlarda çeşitli şekillerde olabileceği gibi, orgazmın hiç gerçekleşmemesi de mümkündür (Basson, 2000).

2.4.4 Cinsel Yanıt Döngüsünün Günümüzdeki Modeli

Masters and Johnson'un cinsel yanıt döngüsünde bulunan plato evresi günümüzdeki cinsel yanıt döngüsünde yer almamaktadır. Uyarılma, orgazm ve çözülme evreleri ise Masters ve Johnson ile Kaplan'ın cinsel 16 yanıt döngülerindeki görünümünün bir araya getirilmesi ile günümüzdeki şeklini almıştır. Buna göre cinsel yanıt döngüsü cinsel istek, uyarılma, orgazm ve çözülme olmak üzere dört ayrı evrede tanımlanmaktadır (Berman,2005;Tasbulatova,2007).

2.4.5 Kadınlarda Cinsel İşlevler

Cinsel işlevler, cinsel yanıt döngüsüyle doğru orantılıdır.

2.4.6 Kadın Cinsel İşlevlerinin Fizyolojisi

1960'lı yıllara kadar insanoğlunun cinselliğine yönelik ve bu alana dair oldukça az bilgiler mevcuttu. 1950'li yıllardan sonra insan cinselliği bilimsel alt yapıya dayandırılma kaidesiyle merak edilmeye başlandı. 1953 yılında çıkarılan Alfred Kinsey'in 'Kinsey Raporu' cinsellik epidemiyolojisine dair çalışmaları, insan cinselliği konusunda ilk ortaya konan bilimsel kaynaklardan biri olmuştur.

2.4.7 Cinsel İşlev Bozuklukları

Cinsel işlevlerde bireyler arası duygusal paylaşımın yoğunluğu oldukça önemli bir belirleyicidir.

2.4.8 Cinsel İşlev Bozukluklarının Tanımı

Cinsel yanıt döngüsünde, cinsellik aşamalarında duyulan haz ve zevkte yaşanan azalma veya bozulmalardır.

2.4.9 Cinsel İşlev Bozukluklarının Nedenleri:

Sosyokültürel, politik, ekonomik etkenlere bağlı cinsel sorunlar:

A. Yetersiz cinsel bilgi, sağlık hizmetlerine ulaşamama, diğer sosyal yetersizliklere bağlı ihmal ve kaygı (örneğin; doğum kontrolü, düşük, cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunma, tedavi, cinsel travma ve aile içi şiddetle ilgili yetersiz servis ve bilgi azlığı ve benzeri).

B. Kadının kendisini kültürel normlara göre doğru veya ideal olarak algılamaması ve cinsellikten kaçınma ve huzursuzluk (örneğin; bedeni, cinsel cazibesi, deneyimleri veya deneyimsizliği ile ilgili kaygı, utanç veya kişinin kendi cinsel yönelimi, kimliği, cinsel fantezi ve isteğine bağlı olarak yaşadığı şaşkınlık, utanç).

C. Yaşadığı toplumun geçerli egemen kültürüne denk düşmeyen ve onunla çatışan kendi alt kültür cinsel normların çatışmasına bağlı olarak yaşanan inhibisyon.

D. Aile, iş sorumluluklarına ve zamansızlığa bağlı ilgi azlığı 15

Eşinden veya ilişkisinden kaynak alan cinsel sorunlar:

A. İhanet, sevmeme, korku, istismardan doğan sorunlar veya çiftin eşitsiz güç ilişkisi veya çiftin olumsuz iletişim kalıbından doğan kaçınma ile bağlantılı kaygı ve inhibisyon sorunları.

B. Seçilen cinsel aktiviteler arasından veya cinsel aktiviteye istekle ilgili uyumsuzluk.

C. Para, akrabalar, travmatik deneyim vs. konusunda çatışma sonucu cinsel ilgi azlığı.

D. Eşinin genel sağlık sorunları veya cinsel sorun nedeniyle uyarılma zorluğu, kendini engelleme Psikolojik nedenlere bağlı sorunlar:

A. Farklı nedenlerle cinsel hazdan korku, cinsellikten kaçınma, güvensizlik (Örneğin; geçmişinde duygusal, cinsel, fiziksel istismar deneyimi; bağlanmakla ilgili genel kişilik sorunları, depresyon kaygı ve benzeri).

B. Cinsel eylemin olası bazı sonuçlarından korkarak kaçınma, kendini engelleme (örnek; ağrı, gebelik, şerefini kaybetme, eşini kaybetme ve benzeri korkular) Tıbbi etkenlerle olan cinsel sorunlar: Destekleyici ve güvenli kişiler arası ilişki, yeterli cinsel bilgi, cinselliğe olumlu tutum olmasına karşın cinsel aktivitede ağrı, fizik yanıt yoksunluğu:

A. Nörolojik, nörovasküler, endokrin gibi sistemlerde tıbbi sorunlar.

B. Hamilelik, cinsel yolla bulaşan hastalıklar vb (CETAD,2007).

Kadın cinsel işlev bozukluğu, çok yönlü ele alınan psikiyatrik ve psikolojik bir rahatsızlıktır. Birçok nedene bağlı olarak ortaya çıkabilir. Kadının cinsel kimliğine dair algısı, kadının içinde bulunduğu ailenin kadına ve kadın cinselliğine dair tutumu, kadının benliğini nasıl algıladığı ve benlik değeri, kadının bedenine dair algısı, olumsuz yaşantılar sonucu oluşan yetersizlik ve değersizlik gibi olumsuz duygular, cinselliğe dair öğrenilmişlikler, cinselliğini yaşayan diğer kadınlara karşı tutum,

cinselliğe dair temelde var olan suçluluk duygusu gibi etkenler cinsel işlev bozukluğundaki psikolojik etkenlerdir.

Kadının kullandığı tıbbi ilaçların etkileri, eşlik eden diğer psikiyatrik rahatsızlıklar, enfeksiyon hastalıkları, geçirdiği ameliyatlar da kadın cinsel işlevlerini etkileyen etmenlerdendir. Kadınlarda cinsel işlevleri etkileyen nedenlerden biri de cinsel mitlerdir. Cinselliğe dair içinde bulunulan toplumun oluşturduğu kodlar, kadının cinsel işlevlerini en az diğer nedenler kadar doğrudan etkileyebilir. Kadının cinsel partneriyle iletişimi, cinselliğin ilişkide yaşantılama amacın ne olduğu, cinsel eyleme geçilen partnerin psikiyatrik durumu ve işlevsel sağlığı da kadının cinsel işlevlerinde etkilidir.

Kadınlarda sigara ve alkol tüketimi cinsel işlevleri kısa ve uzun vadede etkiler. Kadınların doğum sonrası dönemde psikolojik ve fizyolojik olarak ağır değişimler yaşaması da cinsel işlevlerinde oldukça etkilidir çünkü kadın cinsel işlevlerinde cinsel organların sağlığı da oldukça önem arz eder. Anne olan kadın, doğuma hazırlık dönemi ve özellikle doğum sonrası dönemde hasarlara açık hale gelebilmektedir. Doğum sonrası dönemde oluşan annelik hüznü ve postpartum depresyon, sık karşılaşılan psikolojik rahatsızlıklardandır. Annelik hüznü daha kısa sürebilirken, postpartum depresyon kadınlara uzun süreli eşlik edebilmektedir. Bu tanılar erken dönemde tedavi altına alınmazlarsa kronik hale gelerek bireyin cinsel işlevlerinin yanı sıra diğer işlevlerinde de ciddi bozulmalar ortaya çıkarabilir.

2.4.10 Cinsel İşlev Bozukluklarının Etiyolojisi

2008'de, Kore'de, kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu yaygınlığı ve bunu etkileyen faktörleri saptamak amacı ile internet üzerinden bir çalışma yapılmıştır. Başlangıçta 47000 kadına ulaşılmış, katılımcıların detaylı medikal ve cinsel hikayeleri alınmış ancak çalışma süresince yaşları 18-52 arasında 504 kadının bilgileri değerlendirmeye alınmıştır. Katılımcılara Koreli kadınlar için uyarlanmış ""Kadın cinsel fonksiyon indeksi"" uygulanmıştır. Çalışmanın sonucunda 40 yaş altı kadınların %43'ünde cinsel fonksiyon bozukluğu saptanmıştır. Katılımcılarda % 44 istek , %49 uyarılma , %37 lubrikasyon, %37 doyum, %32 orgazm, %34.6 ağrı problemi olduğu ortaya konmuştur. Risk faktörleri lojistik regresyon analizleri ile araştırılmış ve artan

yaş, düşük frekansta seks, depresyon, seksüel kötüye kullanım ve voiding bozukluğu risk faktörleri olarak belirlenmiştir (Song,Jeon,Kim,Paick ve Son,2008).

İstanbul'da, 2008'de kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu prevalansı ve risk faktörleri ile ilgili bir çalışma yapılmıştır. Çalışmada „Kadın cinsel fonksiyon indeksi kullanılmıştır. 20 yaş üzeri 1009 kadınla yapılan bu çalışmada 20-29 yaş grubunda %22 30-39 yaş grubunda %39.7 40-49 yaş grubunda %50.2 50-59 yaş grubunda %71.3 60-64 yaş grubunda %82.9 65 ve üzeri yaş grubunda %87.8 oranlarında CİB saptanmıştır. Yaşla birlikte CİB'nun da arttığı gösterilmiştir. Risk faktörleri olarak düşük eğitim düzeyi, menopoz, depresyon, kontraseptif kullanımı, partnerinde cinsel fonksiyon bozukluğu olması gösterilmiştir (Aslan,Beji,Güngör,Kadıoğlu ve Dikencik,2008).

2.4.11 Cinsel İşlev Bozuklukları DSM- 5 Tanı Ölçütleri

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition; Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı Beşinci Baskı (DSM V)'ya göre cinsel işlev bozukluklarının sınıflandırılması

- 1-Kadında Cinsel İlgi/Uyarılma Bozukluğu
- 2-Erkeklerde Azalmış Cinsel İstek Bozukluğu
- 3-Sertleşme Bozukluğu
- 4-Kadında Orgazm Bozukluğu
- 5-Erken Boşalma¹²
- 6-Geç Boşalma
- 7-Genitopelvik Ağrı/İç Girme (Birleşme) Bozukluğu
- 8- Maddenin/İlacın Yol Açtığı Cinsel İşlev Bozuklukları
- 9- Tanımlanmış Diğer Bir Cinsel İşlev Bozukluğu
- 10-Tanımlanmamış Cinsel İşlev Bozukluğu

2.4.12 Cinsel İşlev Bozuklukları ve Kuramsal Yaklaşımlar

2.4.12.1 Psikoanalitik Kuram ve Cinsel İşlev Bozuklukları

Psikanalitik açıdan bakıldığında cinsel işlev bozukluklarının cinsel dürtüler ile utanç ve suçluluk gibi zorlayıcı duygular arasındaki bilinçdışı çatışmalardan, erken çocukluk dönemindeki yaşantılardan ve psikoseksüel gelişim dönemindeki aksamalardan, ödipus kompleksi, kastrasyon anksiyetesi ya da penis kıskançlığı gibi nedenlerle veya psikoseksüel çatışmalar, penisi silah olarak algılama, penil girişe karşı aşırı duyarlılık veya bilinçdışı ensestiyöz arzular ve suçluluk hissi gibi nedenlerle ortaya çıktığı savunulur (Sadock,2016).

2.4.12.2 Bilişsel-Davranışçı Kuram ve Cinsel İşlev Bozuklukları

Davranışçı açıdan ise tüm diğer davranışlar gibi öğrenilip pekişebilen cinsel davranışın yanlış öğrenilmesine bağlı olarak, cinsel işlev bozukluğu olan bireylerin yanlış ya da abartılı tepkiler verdikleri varsayılır. Bu yaklaşıma göre yanlış inanışlara bağlı gelişen, cinsel yaşama karşı oluşan fobik kaçınma, şartlanma, anksiyete duyguları, doğru bilgilendirme ve sistematik üzerine gitme gibi tedavilerle ortadan kaldırılabilmektedir (Sadock,2016).

2.5 Psikiyatrik Hastalıklar Ve Cinsel İşlevler İlişkisi

2.5.1 Depresyon ve Cinsel İşlevler Arasındaki İlişki

Depresyon, bireyde sadece duygusal dalgalanmalar ortaya çıkarmaz. Bireyin birçok işlevinde azalma ve bozulmalar ortaya çıkarır. Bozulan veya azalan işlev alanlarından biri de cinsel işlevlerdir. Çünkü depresyon hastalarında büyük oranda libido azalması görülür. Libido azalması görülen bireylerde cinsel isteksizlik ortaya çıkabilir. Bir çalışmada 40-60 yaş arasındaki hastalarda anksiyete bozukluğu ve depresyonun, cinsel işlev bozukluklarıyla bağlantısallığı araştırılmış; kontrol grubuna kıyasla her bir yalın psikopatoloji varlığının cinsel işlev bozukluğu görülme sıklığını 2 kat arttırdığı, hem anksiyete bozukluğu hem depresyon varlığının ise 3 kat artırdığı saptanmıştır (Perlman,Martin,Hirdes,Curtin-Telegdi,Perez ve Rabinowitz,2007).

Bir kişinin psikolojik durumunun, cinsel uyarılara cevap olarak dalgalanan androjen seviyesini etkilediğinden söz etmek mümkündür. Bu etkinin bazı olumsuz psikolojik durumlarla ilişkisi bulunurken kast edilen psikolojik durumların başlıcaları ise; kronik stres, yenilgi hissi, depresyon ve aşağılanma olarak belirlenmiştir. Elde edilen kanıtlar, androjen düzeyine ilişkin dalgalanmaların davranışsal etkilerinin, cinsel işlevlerin ötesine uzanabilirken saldırganlığın da androjen dalgalanmalarının bir sonucu olarak görülebildiği söylenebilir. Örneğin, düşük bir androjen seviyesi kişide öfke ve saldırganlığı tetiklerken enerji seviyesini azaltması ise onu cinsel uyarılara, kokulara, ağrıya ve dokunuşa daha duyarlı hale getirir (Kaplan, 2010).

Depresyondaki bireylerde cinsel istek kaybı yoğun olarak karşılaşılan bir belirtidir. Psikiyatrik rahatsızlıklar cinsel işlevleri doğrudan ve genellikle olumsuz etkileyebilirler. Depresyon tedavisi, cinsel ilginin azalmasına yönelik gerçekleştirilen tedaviyi sağlamayabilir, hatta depresyonun tedavisinde kullanılan ilaçlar, mevcut cinsel işlev bozukluğunun nedenini oluşturabilir (Koç ve Oskay, 2015). Depresif bozukluklarda isteksizlik ve anhedoni görülebilmektedir. Bu da cinsel işlevleri doğrudan olumsuz etkileyebilmektedir. Depresyonun en büyük semptomu yaşam enerjisinde ve libidoda meydana gelen düşüştür. Bazı durumlarda cinsel işlevlerde meydana gelen azalma veya kayıplar de depresyonu ortaya çıkarabilir. Bu nedenle cinsel ilişki sıklığı azalabilir veya neredeyse cinsel ilişki gerçekleşmeyecek boyuta gelebilir.

Depresyon ve cinsel işlev bozuklukları arasındaki bağlantıyı yansıtan en yaygın bulgular; depresif kişilerin cinsel hayatlarındaki isteksizliğin en fazla bildirilen şikâyet olmasıyla beraber kadınların cinsel ilişkiye hazır hissetmelerinde gecikmelerin görülmesi ile erkeklerde yaşanan uyarılma zorlukları ve orgazm gecikmesi ya da yokluğu olarak sıralanabilir (Doğan, 2011).

Depresyon nörobiyolojik olarak da özellikle kadınlarda cinsel işlevlerde bozulmaya neden olabilir. Depresyon bireylerin sosyal ve kişilerarası ilişkilerinde belirgin şekilde uzaklığa neden olabileceği için özellikle yakın ilişki kurmayı engelleme ve yakın ilişkilerde de özellikle cinsel yakınlaşmalarda soğukluğa neden olabilmektedir.

Moel,Buttner, O’Hara, Stuart ve Gorman (2010), doğum sonrası 12 depresyona hiç girmemiş kadınlar ile kişiler arası psikoterapi yöntemi kullanılarak rehabilite edilen depresyondaki doğum sonrası kadınları karşılaştırdığı çalışmada, depresif kadınların cinsel isteği ile depresif olmayan kadınların cinsel isteği arasında fark olduğunu, tedavi sonrasında bile cinsel isteksizlik sorununun tamamen ortadan kalkmadığını bulmuştur.

Cury, Huang, Chan ve Menezes (2013), doğum sonrası dönemde cinsel fonksiyon bozuklukları ve depresyon arasında önemli ilişki olduğunu, cinsel birleşme ve isteğin depresyonu olan kadınlarda daha düşük olduğunu bulmuştur. 591 hastanın 15 yıl takip edildiği bir çalışmada, ilaçlı depresyon vakalarının %63 ‘ünde, ilaçsız depresyonun %45’ inde, normal bireylerin %25 ‘ inde CİB saptanmıştır (Ernst, Földenyi ve Angt,1993).

Psikiyatrik ilaçlar, antidepresan grupları, kullanılan doza bağlı olarak boşalmayı ve kadın orgazmını geciktirebilir ancak bu bozulmalar, geri dönüştürülebilir.

Ayrıca çocuk sahibi olmak kadın için bir kazanç olmakla birlikte beden algısında, sosyal ilişkilerde, aile içindeki ve toplum içindeki rollerde değişiklikler, entelektüel yetilerde kayıp algısı, bağımsız kadın rolünden sorumlu geleneksel kadın rolüne geçiş gibi kimliğe ilişkin değişikliklerin yaşanması, kadında depresyon gelişimine yatkınlık yaratabilmektedir (Adewuya,2005;Engindeniz,1996).

2.5.2 Anksiyete Bozuklukları ve Cinsel İşlevler Arasındaki İlişki

Çoğu anksiyete bozukluğu hastası, cinsel işlevlerindeki bozulma sonucu psikolojik danışma görüşmelerine başvurabilir. Aynı şekilde cinsel işlevlerde meydana gelen bozulma bireyi anksiyete hastası da yapabilir. Cinsel işlevlere dair bireyin olumsuz ağırlıklı bilişlere sahip olması kendisine ve cinsel performansına dair her şeye karşı da olumsuz düşünce ve duygular içerisinde olmasını kolaylaştırabilir. Bu nedenle birey cinsel performansına dair süreklilik içeren bir kaygı duymaya başlayabilir. Bireyin her cinsel performansı için kaygı duymaya başlaması cinsel işlev bozukluğunu oluşturabilir. Bir durumun abartılı olarak tehlikeli algılandığı durumlarda kaygı artıp, kontrol edilemez hale gelebilir. Cinsel işlevlerde de cinselliğe dair algılamalar, şartlar, cinsel işlevlerin işlevsiz hale gelmelerine sebep olabilir. Bireylerin cinsel dürtü ve

ihtiyaçları, uygun koşullar sağlanarak gerekleştirilemezlerse anksiyete oluşturabilirler. Aynı şekilde kayęı duymak cinsel işlevleri aktif hale getirebilmek için de kullanılabilir. Ancak kontrolsüz yaşanan kayęı, insanların cinsel işlevlerinde bozulmaya yol açabilir. 1996 yılında 61 erkek ve 92 kadından oluşan anksiyete bozukluğu hastaları üzerinde yapılan bir çalışmada, anksiyete grubunda kontrollere kıyasla daha sık cinsel işlev bozukluğu saptanmış, panik bozukluk ve sosyal fobide, YAB ‘ na göre CİB daha fazla bulunmuştur (Waldinger,Zwinderman,Schweitzer ve Olivier,2004).

Spesifik anksiyete bozuklukları ile cinsel işlev bozukluklarının araştırıldığı çalışmaların sonuçları çelişkili olmakla birlikte, bu çalışmalarda yüksek düzeyde komorbiditenin varlığı ortaya konmuştur. Anksiyete bozukluğuna sahip bireylerin istek ve uyarılmadan orgazma kadar cinsel işlevlerinin tüm aşamalarının etkilenebildiği, özellikle cinsel yanıt döngüsünün ilk fazı olan istek ile ilişkili sorunlar yaşadıkları, daha çok kaçınma davranışında bulunarak daha az cinsel ilişkiye girdikleri ve cinsel ilişkiden yeterince doyum alamadıkları saptanmıştır (Corretti,Pierucci,Scisciolo ve Nisita,2006).

Cinsel istek, depresyon ve depresif belirtilerden en sık etkilenen cinsel işlevdir. Yapılan çalışmalarda depresyondaki hastalarda ortalama % 42-52 oranlarında cinsel istekte azalma olduğu bildirilmiştir. Bu oranların sağlıklı kontrollere göre 3-5 kat daha fazla olduğu bulunmuştur (Laumann, Paik ve Rosen,1999).

Depresif bozukluklar ile cinsel işlev bozuklukları arasındaki ilişki, antidepresanlarla tedavinin zaten zeminde var olan cinsel işlev bozukluğunu kötüleştirebilecek ya da önceden cinsel işlev sorunu olmayan hastalarda cinsel işlev bozukluğunu indkleyebilecek olması gerçeği ile daha da karmaşık bir hale gelmektedir. Hem depresyon hem de tedavisi cinsel işlev bozukluklarına yol açabileceği gibi antidepresanlarla tedavi sonucu depresyonun düzelmesiyle cinsel işlevlerde düzelme de sağlanabilmektedir (Werneke,Northey ve Bhugra,2006).

2.5.3 Özgül Fobi ve Cinsel İşlevler Arasındaki İlişki

Bireylerin cinsel işlevleri değerlendirilirken, sık karşılaşılan psikiyatrik rahatsızlıklarına bakıldığında, cinsel kaçınmaların yoğun görüldüğü özgül fobi tanı ölçütlerinin karşılandığı öyküler alınmaktadır. Özgül fobisi bulunan bireylerin, cinselliği yaşantılama durumlarında cinsel fobik tepkiler verdikleri rahatsızlığı yaşayan bireylerde dile getirilen durumlardandır. Özgül fobi ve cinsel işlevler ile ilişkisi üzerine yapılan araştırmaların kısıtlılığına rağmen, kadın cinsel işlevlerinde ortaya çıkan problemlerde genellikle psikiyatrik eş tanısı en yüksek rahatsızlıklardan biri özgül fobi ve sosyal fobi olmaktadır.

2.5.4 Depresyon, Anksiyete ve Özgül Fobi ve Kadın Cinsel İşlevleri Arasındaki İlişki

Cinsel yaşantı esnasında, cinsel işlevlerinde problem yaşayan bireylerin cinsel davranışları genellikle hoş olmayan, negatif tutumla sergilenebilir ve cinsel eylemler olumsuzlukla sonlanabilir. Anksiyete, cinsel yaşantıyı başlatan rolündedir. Anksiyetenin bireyde yoğun olduğu durumlarda yaşanan cinsel yaşantılar, bireyde tekrarlayan yeni bir cinsel yaşantının da olumsuzlukla sonuçlanabileceği düşüncelerini üretir. Böyle bir durumda bireylerin cinsel işlevlerinde yoğun performans kaygısı görülebilir. Bireyler anksiyeteyi arttıran bu yaşantıdan korunmak adına cinsellikten kaçınma davranışlarında bulunabilirler. Bu kaçınma davranışları zamanla bireylerin cinselliğe dair duygu ve düşüncelerini de etkileyebilir ve bireylerde cinsel fobik tepkiler görülmeye başlayabilir. Cinselliğe özgü fobik tepkiler, cinsel işlevler üzerinde olumsuzluğu süregelen hale getirebilir. Kaplan(2010)'a göre cinsel korku ve kaygılar cinsel kaçınmalara neden olabilmektedir. Buna psikiyatrik rahatsızlıklar neden olabileceği gibi komorbid hastalıkların görülmesi ve oluşumu da neden olabilir. Anksiyete, cinsel işlev bozukluklarında genelde en sık görülen etiyolojik faktör olup kaynağı ne olursa olsun cinsel yanıtı eşlik eden haz hissini engeller (Kockott,1990;Smith,1988). Yapılan bir diğer araştırmaya göre genç erişkinlerdeki cinsel sorunların anksiyete, depresyon ve kadınlarda sosyal fobi ve yeme bozukluğu ile ilişkili olduğunu öne sürmüştür (Ernst, Földenyi ve Angt,1993).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

YÖNTEM VE TEKNİKLER

3.1 Evren Ve Örneklem

Veri toplama sürecinde “Demografik Form/Kısa Bilgi Formu”, “Özgül Fobi Şiddet Ölçeği”, “PHQ 9 Depresyon Testi”, “YAB 7 Anksiyete Testi” ve “Kadın Cinsel İşlevi Ölçeği(FSFI)” aracılığıyla veriler derlenmiştir.

Veri toplama sürecinin sonunda sağlıklı tahminler üretilmesine imkan sağlayacak yeterli sayıda örnek hacminin belirlenmesi gerekmektedir. Örnek hacmi belirlenirken literatürde daha önce gerçekleştirilmiş çalışmaların sonuçları veya ilgili alanda genel kabul görmüş “etki büyüklükleri (effect size)” kullanılabilir. Konuyla ilgili “HASTANE ÇALIŞANI BAYANLARDA CİNSEL İŞLEV BOZUKLUĞU” başlıklı makalede yer alan sonuçlar kullanılarak etki büyüklüğü (effect size) hesaplanmıştır.

ADIMLAR

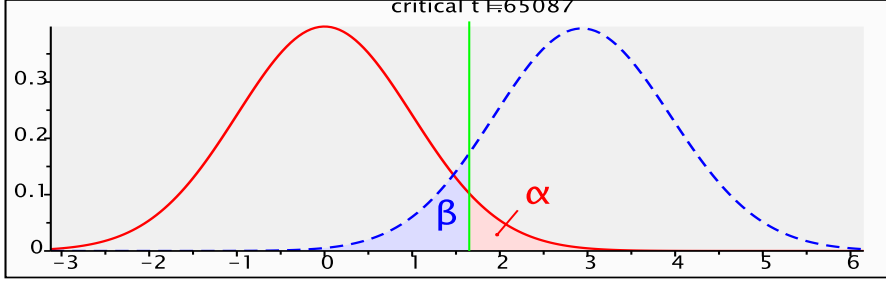
Çalışmada yeterli örnek hacminin belirlenmesi aşamasında GPOWER 3.1 paket programı kullanılmıştır.

Örnek hacmi hesaplanırken izlenen adımlar;

- 1.tip hata payı (α) = 0.05
- Grup 1’de yer alan katılımcıların “FSFI” değişkenine ilişkin ortalama (25.6) ve standart sapma (9.2) değerleri kullanılmıştır.
- Grup 2’de yer alan katılımcıların “FSFI” değişkenine ilişkin ortalama (28.3) ve standart sapma (4.8) değerleri kullanılmıştır.
- Testin gücü ($1-\beta$) = 0.90 alınmıştır.
- Etki büyüklüğü (effect size) = 0.367969 hesaplanmıştır.

SONUÇLAR

→ Hesaplamalar neticesinde testin gücü $(1-\beta) = 0.90$ 'ı sağlayacak örnek hacmi toplamda 256 kişi olarak belirlenmiştir.



ANALİZ PARAMETRELERİ

t tests - Means: Difference between two independent means (two groups)

Analysis:

A priori: Compute required sample size

Input:

Tail(s)

= One

Effect size d

= 0.3679690

α err prob

= 0.05

Power $(1-\beta)$ err prob

= 0.9

Allocation ratio N_2/N_1

= 1

Output:

Noncentrality parameter δ = 2.943752

Critical t

= 1.650875

Total sample size

= 256

Actual power

= 0.901656

Bu nedenle denklemimiz sonucu '256' evli kadına ulaşmamız araştırmamız için yeterli sayılmaktadır. Araştırma örneklemini toplam '270' evli kadın oluşturmaktadır. Kadınlar, İstanbul ilinde ikamet eden evli kadınların bulunduğu Facebook, Whatsapp

gruplarına davet linki gönderilerek ve evli kadınların yoğunluk gösterdiği okul velilerine yine Google anket formu gönderilerek seçilmiştir.

3.2 Araştırma Modeli

Bu araştırma, depresyon, anksiyete ve özgül fobinin, evli kadınların cinsel işlevleri ile ilişkisini incelemektedir. Evli kadınların cinsel işlevlerinin depresyon, anksiyete ve özgül fobi verilerine göre değişip değişmediğine bakmayı amaçlayan ilişkisel tarama modeline dayalı betimsel bir çalışmadır.

3.3 Araştırma Hipotezleri

1- **H0:** Evli kadınlarda depresyon düzeyleri ile cinsel işlevler arasında bir ilişki yoktur.

H1: Evli kadınlarda depresyon düzeyleri ile cinsel işlevleri arasında bir ilişki vardır.

2- **H0:** Evli kadınlarda anksiyete düzeyleri ile cinsel işlevler arasında bir ilişki yoktur.

H1: Evli kadınlarda anksiyete düzeyleri ile cinsel işlevler arasında bir ilişki vardır.

3- **H0:** Evli kadınların özgül fobilerinin bulunması ile cinsel işlevleri arasında bir ilişki vardır.

H1: Evli kadınların özgül fobilerinin bulunması ile cinsel işlevleri arasında bir ilişki yoktur.

3.4 Veri Toplama Araçları

3.4.1 Özgül Fobi Şiddet Ölçeği

DSM-5'e göre Özgül Fobinin şiddetini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Özgül Fobinin Türkçe çeviri ölçeğidir. Özgül durum veya nesne karşısında ortaya çıkan endişe, korku duygusu ile kaçınma davranışlarının yanı sıra, bu duygu ve davranışların sıklığını değerlendiren 10 maddeli bir öz bildirim ölçeğidir. Beşli Likert tipi ölçüm sağlamaktadır. Her belirti son yedi gün içindeki sıklığını sorgulayan beş seçenek ile değerlendirilir. Bu ölçekte toplam puanının ortalaması alınır ve 0 ile 4 puan arasında

bir değerle sınıflandırılır.3 veya daha fazla Özgöl fobi Şiddeti Ölçeği sorusu yanıtlanamamışsa ölçek toplam puanı hesaplanamaz.

3.4.2 PHQ 9 Depresyon Testi:

Dokuz depresif semptomdan beşi veya fazlasının “günlerin yarısından fazlasında” veya üstü olacak şekilde işaretlenmesi ve depresif ruh hali veya anhedoni, bir başka deyişle bir şeyleri yapmaktan zevk alamama semptomlarından birinin gözlenmesi halinde (bu semptomlar 1 ve 2. maddelerde sorgulanmaktadır) “ağır depresyon” tanısı koyulmaktadır. Eğer 2, 3 veya 4 depresif semptom “günlerin yarısından fazlasında” olarak işaretlenmişse ve depresif veya anhedoni semptomlarından biri gözleniyorsa, “diğer depresyon” tanısı koyulmaktadır. Kişi kendini değerlendirirken anketi doldurduğu tarihten önceki iki haftayı göz önünde bulundurmalıdır. Dokuz adet semptomdan sonuncusu, “Ölmüş olsanız daha iyi olacağınız veya bir şekilde kendinize zarar verme düşünceleri”, son iki hafta içerisinde olup olmadığı gözetmeksizin sayılır (Kroenke,Spitzer ve Williams.,2001).

Her bir madde dörtlü Likert ölçeğine sahiptir. “Hiçbir zaman”, “Bazı günler”, “Günlerin yarısından fazlasında” ve “Hemen hemen her gün” seçenekleri bulunur. PHQ-9 ölçeği 0 ile 27 arasında bir değere sahip olacak şekilde puanlanabilir. Testin sonunda puanlamaya eklenmeyen bir madde daha vardır: “Bu sorunlardan herhangi birini işaretlediyseniz, bu sorunlar işinizi yapmanızda, evinizle ilgili işleri halletmenizde veya diğer insanlarla olan ilişkilerinizde ne kadar zorluk yarattı?” Bu soruya dörtlü Likert ölçeğinde cevap verilebilmektedir: “Hiç zorluk yaratmadı”, “Oldukça zorluk yarattı”, “Çok zorluk yarattı” ve “Aşırı derecede zorluk yarattı”. Puanlamaya dahil olan maddelere verilen cevaplar en düşük 0, en yüksek 3 olacak şekilde puanlanır. 1-4 arası puanlama asgari sonuçtur, 5-9 arası hafif depresyondur, 10-14 arası orta derecede depresyon, 15-19 arası kısmen şiddetli depresyon, 20-27 arası şiddetli depresyondur (Kuranoğlu ve Saygın,2019).

3.4.3 YAB 7 Anksiyete Testi:

Literatürdeki özgün adı Yaygın Anksiyete Bozukluğu 7’dir.DSM 4 ölçütlerine göre geliştirilmiş bir ölçektir. Son 2 hafta içindeki ölçek maddelerinde sorulan yaşantıları değerlendiren 7 maddeli dörtlü likert (0=hiç, 1=Birçok gün, 2=günlerin

yarısından fazlasında, 3=hemen hemen her gün), kağıt-kalem tipi bir ölçektir. Ölçekten edinilen toplam puanlar 5, 10, ve 15 sırasıyla hafif, orta ve ciddi anksiyete için kesme noktalarıdır. Toplam puanı 10 ve üzerinde alan hastaların, diğer yöntemlerle YAB tanısının araştırılması ve doğrulanması gereklidir. Toplam puan eşiği 10 olarak seçildiğinde YAB tanısı için duyarlılığı %89, özgüllüğü ise %82 olarak saptanmıştır (Konkan, Şenormancı,Güçlü,Aydın ve Sungur,2013).

3.4.4 Female Sexual Function Index (FSFI):

Klinik olarak kadınlarda cinsel işlevi ölçmeye yarayan kişisel bir araçtır. Ölçek kadınların son 4 haftadaki cinsel işlevlerini değerlendirmektedir. Ölçek; istek, uyarılma, kayganlaşma, orgazm, doyum ve ağrı olmak üzere altı alt bölümden ve 19 maddeden oluşan çok boyutlu bir ölçektir. Ölçekte her bir alt bölüm 0 veya 1 ile 6 puanlanmış ve ölçekten alınabilecek en yüksek puan 36.0 en düşük puan ise 2.0 olarak hesaplanmıştır(Wiegel,Meston ve Rosen,2005).

3.5 Verilerin İstatiksel Analizi

İstatistiksel analizler için SPSS 25 programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotların (Ortalama, Standart Sapma, Medyan, Frekans, Oran, Minimum, Maksimum) yanı sıra verilerin dağılımı Shapiro-Wilk Testi ile değerlendirilmiştir. Niceliksel verilerin normal dağılım göstermeyen iki grup karşılaştırmalarında Mann Whitney testi kullanıldı. Anlamlılık $p<0.05$ düzeyinde değerlendirildi.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

Tablo 1: Cinsiyete Göre Dağılımı

Cinsiyet	Kadın	270	100,0
----------	-------	-----	-------

Katılımcıların, %100'ü (n=270) kadındır.

Tablo 2: Çalışma Durumuna Göre Dağılımı

		N	%
Çalışma Durumu	Çalışan	191	69,0
	Çalışmayan	86	31,0

Tablo 3: Çocuk Varlığına Göre Dağılımı

		N	%
Çocuk Varlığı	Var	180	66,7
	Yok	90	33,3

Katılımcıların, %66,7'si (n=180) çocuğu olduğunu söylerken, %33,3'ü (n=90) ise çocuğu olmadığını söylemiştir

Tablo 4: Tıbbi Hastalık Varlığına Göre Dağılımı

		N	%
Tıbbi Hastalık Varlığı	Var	65	24,1
	Yok	205	75,9

Katılımcıların, %24,1'i (n=65) tıbbi hastalığı olduğunu söylediğinde, %75,9'u (n=205) ise tıbbi hastalığı olmadığını söylemiştir.

Tablo 5: Daha Önceden Psikiyatrik Tanı Varlığına Göre Dağılımı

		N	%
Psikiyatrik Tanı Varlığı	Evet	82	30,4
	Hayır	188	69,6

Katılımcıların, %30,4'ü (n=82) daha önceden tanısı konmuş psikiyatrik hastalık varlığı olduğunu söylediğinde, %69,6'sı (n=188) ise tanısı konmuş bir psikiyatrik hastalığı olmadığını söylemiştir.

Tablo 6: Normallik İncelemesi

		Skewness	Kurtosis
Normallik	Cinsel İstek Alt Boyutu	-,135	-1,035
	Cinsel Uyarılma Alt Boyutu	-,569	-,753
	Lubrikasyon Alt Boyutu	-1,097	,063
	Orgazm Alt Boyutu	-,887	-,447

Memnuniyet Alt Boyutu	-,809	-,688
Ağrı Alt Boyutu	-1,194	,513
Toplam FSFI	-1,023	-,133

Cinsel istek alt boyutu ,basıklık ve arpıklık değerleri dikkate alındığında ; -1.5 ve +1.5 aralığında olduğundan istatistiki olarak normal dağıldığı kabul edilebilir .

Cinsel uyarılma alt boyutu ,basıklık ve arpıklık değerleri dikkate alındığında ; -1.5 ve +1.5 aralığında olduğundan istatistiki olarak normal dağıldığı kabul edilebilir .

Lubrikasyon alt boyutu ,basıklık ve arpıklık değerleri dikkate alındığında ; -1.5 ve +1.5 aralığında olduğundan istatistiki olarak normal dağıldığı kabul edilebilir .

Orgazm alt boyutu ,basıklık ve arpıklık değerleri dikkate alındığında ; -1.5 ve +1.5 aralığında olduğundan istatistiki olarak normal dağıldığı kabul edilebilir .

Memnuniyet alt boyutu ,basıklık ve arpıklık değerleri dikkate alındığında ; -1.5 ve +1.5 aralığında olduğundan istatistiki olarak normal dağıldığı kabul edilebilir .

Ağrı alt boyutu ,basıklık ve arpıklık değerleri dikkate alındığında ; -1.5 ve +1.5 aralığında olduğundan istatistiki olarak normal dağıldığı kabul edilebilir .

Toplam fsfi değeri ,basıklık ve arpıklık değerleri dikkate alındığında ; -1.5 ve +1.5 aralığında olduğundan istatistiki olarak normal dağıldığı kabul edilebilir .

Tablo 7: Regresyon Analizi İncelemesi

Model Summary^b									
Model	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics					
				R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change	
1	,992	,992	,84150	,992	7027,027	5	271		,000
a. Predictors: (Constant), memmuniyet, cinselistekboyutu, lubrikasyon, cinseluyarılma, orgazm									
b. Dependent Variable: Toplam FSFI									

ANOVA^a						
Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	24880,009	5	4976,002	7027,027	,000 ^b
	Residual	191,901	271	,708		
	Total	25071,910	276			
a. Dependent Variable: Toplam FSFI						
b. Predictors: (Constant), memmuniyet, cinselistekboyutuu, lubrikasyon, cinseluyarılma, orgazm						

Coefficients ^a						
Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	1,160	,144		8,031	,000
	Cinsel istek boyutu	,726	,057	,110	12,766	,000
	cinsel uyarılma	1,084	,081	,219	13,303	,000
	lubrikasyon	1,554	,081	,280	19,291	,000
	Orgazm	1,046	,092	,218	11,407	,000
	memnuniyet	1,027	,079	,226	12,982	,000

a. Dependent Variable: Toplam FSFI

Yapılan Regresyon Analizi Sonucunda :

$F(5,271) = 7027,027$, $p=0,001$; $p<0,01$ ve bağımlı değişkendeki varyansın %99'unu ($R^2_{adjusted} = 0,992$) bağımsız değişkenler tarafından açıkladığı bulunmuştur. Buna göre cinsel istek alt boyutu, toplam fsfi değerini olumlu ve anlamlı olarak yordamaktadır. $\beta=.11$ $t(271) = 12.76$, $p=0,001$; $p<0,01$.

Cinsel uyarılma alt boyutu, toplam fsfi değerini olumlu ve anlamlı olarak yordamaktadır. $\beta=.21$ $t(271) = 13.30$, $p=0,001$; $p<0,01$.

Lubrikasyon alt boyutu,toplam fsfi değerini olumlu ve anlamlı olarak yordamaktadır. $\beta=.28$ t (271) =19.29 , p=0,001;p<0,01.

Orgazm alt boyutu,toplam fsfi değerini olumlu ve anlamlı olarak yordamaktadır. $\beta=.21$ t (271) =11.40 , p=0,001;p<0,01.

Memnuniyet alt boyutu,toplam fsfi değerini olumlu ve anlamlı olarak yordamaktadır. $\beta=.22$ t (271) =12.98 , p=0,001;p<0,01.

Tablo 8. Ölçüm Ortalamaları

	<i>Ort±Ss</i>	<i>Min-Max (Median)</i>
<i>Yaş</i>	35,9±7,95	15-64 (36)
<i>Kaç Yıldır Evli</i>	11,3±8,82	1-39 (9)
<i>İstek</i>	3,57±1,45	1,2-6 (3,6)
<i>Uyarılma</i>	3,57±1,9	0-6 (3,9)
<i>Lubrikasyon</i>	3,74±1,83	0-6 (4,2)
<i>Orgazm</i>	3,82±1,99	0-6 (4,4)
<i>Doyum</i>	3,89±2,1	0-6 (4,8)
<i>Ağrı</i>	4,04±2,07	0-6 (4,8)
<i>Toplam FSFI</i>	22,62±10,5	1,2-36 (25)
<i>Yab 7 Ölçeği Toplam</i>	7,76±5,15	0-21 (7)
<i>PHQ 9 Ölçeği Toplam</i>	9,91±5,78	0-27 (9)

Yaş değeri 15 ile 64 arasında değişmekte olup ortalama 35,9±7,95 bulunmuştur.

Kaç Yıldır Evli değeri 1 ile 39 arasında değişmekte olup ortalama 11,3±8,82 bulunmuştur.

İstek değeri 1,2 ile 6 arasında değişmekte olup ortalama 3,57±1,45 bulunmuştur.

Uyarılma değeri 0 ile 6 arasında değişmekte olup ortalama 3,57±1,9 bulunmuştur.

Lubrikasyon değeri 0 ile 6 arasında değişmekte olup ortalama 3,74±1,83 bulunmuştur.

Orgazm değeri 0 ile 6 arasında değişmekte olup ortalama $3,82\pm1,99$ bulunmuştur.

Doyum değeri 0 ile 6 arasında değişmekte olup ortalama $3,89\pm2,1$ bulunmuştur.

Ağrı değeri 0 ile 6 arasında değişmekte olup ortalama $4,04\pm2,07$ bulunmuştur.

Toplam FSFI değeri 1,2 ile 36 arasında değişmekte olup ortalama $22,62\pm10,5$ bulunmuştur.

Yab 7 Ölçeği Toplam değeri 0 ile 21 arasında değişmekte olup ortalama $7,7\pm5,13$ bulunmuştur.

PHQ 9 Ölçeği Toplam değeri 0 ile 27 arasında değişmekte olup ortalama $9,9\pm5,79$ bulunmuştur.

Yab 7 Ölçeği Toplam değeri 0 ile 21 arasında değişmekte olup ortalama $7,76\pm5,15$ bulunmuştur.

PHQ 9 Ölçeği Toplam değeri 0 ile 27 arasında değişmekte olup ortalama $9,91\pm5,78$ bulunmuştur.

Tablo.9 Mesleğe Göre Ölçeklerin Karşılaştırılması

	<i>N</i>	<i>Ort±Ss</i>	<i>Min-Max</i> (<i>Median</i>)	<i>p</i>
<i>İstek</i>	<i>Çalışan</i>	178	34,75±6,86	22-59 (35)
	<i>Çalışmayan</i>	91	38,09±9,42	15-64 (38)
<i>Uyarılma</i>	<i>Çalışan</i>	165	8,71±7,18	1-35 (7)
	<i>Çalışmayan</i>	83	16,45±9,58	1-39 (17)
<i>Lubrikasyon</i>	<i>Çalışan</i>	178	3,76±1,38	1,2-6 (3,6)
	<i>Çalışmayan</i>	91	3,18±1,52	1,2-6 (3)
<i>Orgazm</i>	<i>Çalışan</i>	178	3,9±1,7	0-6 (4,2)
	<i>Çalışmayan</i>	91	2,91±2,1	0-6 (3)
<i>Doyum</i>	<i>Çalışan</i>	178	4,06±1,61	0-6 (4,2)
	<i>Çalışmayan</i>	91	3,09±2,08	0-6 (3,9)
<i>Ağrı</i>	<i>Çalışan</i>	178	4,19±1,75	0-6 (4,8)
	<i>Çalışmayan</i>	91	3,08±2,22	0-6 (3,6)
<i>Toplam FSFI</i>	<i>Çalışan</i>	178	4,24±1,8	0-6 (4,8)
	<i>Çalışmayan</i>	91	3,19±2,45	0-6 (4)
<i>Yab7 Toplam</i>	<i>Çalışan</i>	178	4,35±1,8	0-6 (4,8)
	<i>Çalışmayan</i>	91	3,39±2,4	0-6 (4)
<i>Phq9 Toplam</i>	<i>Çalışan</i>	178	24,5±9,17	1,2-36 (26,6)
	<i>Çalışmayan</i>	91	18,85±11,92	1,2-35,4 (22,8)

*Mann Whitney Testi *p<0,05 **p<0,01*

Çalışanların istek değerinin çalışmayanlara göre yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,01$).

Çalışanların uyarılma değerinin çalışmayanlara göre yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001;p<0,01$).

Çalışanların lubrikasyon değerinin çalışmayanlara göre düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001;p<0,01$).

Çalışanların orgazm değerinin çalışmayanlara göre yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001;p<0,01$).

Çalışanların doyum değerinin çalışmayanlara göre yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,010;p<0,05$).

Çalışanların ağrı değerinin çalışmayanlara göre yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001;p<0,01$).

Çalışanların toplam fsfi değerinin çalışmayanlara göre yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001;p<0,01$).

Mesleğe göre yab7 toplam değeri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Mesleğe göre phq9 toplam değeri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Tablo 10.Çocuk Varlığına Göre Ölçeklerin Karşılaştırılması

	<i>N</i>		<i>Ort±Ss</i>	<i>Min-Max (Median)</i>	<i>p</i>
<i>İstek</i>	<i>Var</i>	1	3,29±1,44	1,2-6 (3,6)	0,001
	<i>Yok</i>	9	4,12±1,3	1,2-6 (4,8)	**
<i>Uyarılma</i>	<i>Var</i>	1	3,16±1,89	0-6 (3,3)	0,001
	<i>Yok</i>	9	4,39±1,62	0-6 (4,5)	**
<i>Lubrikasyon</i>	<i>Var</i>	1	3,46±1,94	0-6 (3,9)	0,001
	<i>Yok</i>	9	4,29±1,45	0-6 (4,5)	**
<i>Orgazm</i>	<i>Var</i>	1	3,52±2,11	0-6 (4)	0,002
	<i>Yok</i>	9	4,42±1,56	0-6 (4,8)	**
<i>Doyum</i>	<i>Var</i>	1	3,55±2,19	0-6 (4,6)	0,001
	<i>Yok</i>	9	4,57±1,71	0-6 (5,2)	**
<i>Ağrı</i>	<i>Var</i>	1	3,86±2,25	0-6 (4,8)	0,419
	<i>Yok</i>	9	4,38±1,61	0-6 (4,8)	
<i>Toplam FSFI</i>	<i>Var</i>	1	20,85±11,04	1,2-36 (23,6)	0,001
	<i>Yok</i>	9	26,18±8,31	1,2-36 (27,85)	**
<i>Yab7 Toplam</i>	<i>Var</i>	1	7,96±5,01	0-21 (7)	0,261
	<i>Yok</i>	9	7,38±5,42	0-21 (7)	
<i>Phq9 Toplam</i>	<i>Var</i>	1	9,86±5,74	0-27 (9)	0,983
	<i>Yok</i>	9	10,01±5,87	0-27 (9)	

Mann Whitney Testi * $p<0,05$ ** $p<0,01$

Çocuğu olanların istek değerinin olmayanlara göre düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001;p<0,01$).

Çocuğu olanların uyarılma değerinin olmayanlara göre düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001;p<0,01$).

Çocuğu olanların lubrikasyon değerinin olmayanlara göre düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001;p<0,01$).

Çocuğu olanların orgazm değerinin olmayanlara göre düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,002;p<0,01$).

Çocuğu olanların doyum değerinin olmayanlara göre düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001;p<0,01$).

Çocuk varlığına göre ağrı değeri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Çocuğu olanların toplam fsfi değerinin olmayanlara göre düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001;p<0,01$).

Çocuk varlığına göre yab7 toplam değeri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Çocuk varlığına göre phq9 toplam değeri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Tablo 11. Tıbbi Hastalık Varlığına Göre Ölçeklerin Karşılaştırılması

		<i>N</i>	<i>Ort±Ss</i>	<i>Min-Max (Median)</i>	<i>p</i>
<i>İstek</i>	<i>Var</i>	65	39,23±8,63	22-64 (37)	0,288
	<i>Yok</i>	205	34,84±7,44	15-62 (35)	
<i>Uyarılma</i>	<i>Var</i>	65	13,87±10,33	1-39 (12)	0,231
	<i>Yok</i>	205	10,47±8,13	1-33 (8)	
<i>Lubrikasyon</i>	<i>Var</i>	65	3,37±1,57	1,2-6 (3,6)	0,179
	<i>Yok</i>	205	3,63±1,41	1,2-6 (3,6)	
<i>Orgazm</i>	<i>Var</i>	65	3,24±2,18	0-6 (3,6)	0,415
	<i>Yok</i>	205	3,68±1,79	0-6 (3,9)	
<i>Doyum</i>	<i>Var</i>	65	3,32±2,14	0-6 (3,9)	0,181
	<i>Yok</i>	205	3,87±1,71	0-6 (4,2)	
<i>Ağrı</i>	<i>Var</i>	65	3,5±2,28	0-6 (4,4)	0,067
	<i>Yok</i>	205	3,92±1,88	0-6 (4,4)	
<i>Toplam FSFI</i>	<i>Var</i>	65	3,46±2,38	0-6 (4)	0,206
	<i>Yok</i>	205	4,03±1,99	0-6 (4,8)	
<i>Yab7 Toplam</i>	<i>Var</i>	65	3,48±2,38	0-6 (4,4)	0,696
	<i>Yok</i>	205	4,21±1,93	0-6 (4,8)	
<i>Phq9 Toplam</i>	<i>Var</i>	65	20,37±12,33	1,2-36 (24,1)	0,748
	<i>Yok</i>	205	23,34±9,78	1,2-36 (25,5)	

Mann Whitney Testi **p*<0,05 ***p*<0,01

Tıbbi hastalık varlığına göre istek değeri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (*p*>0,05).

Tıbbi hastalık varlığına göre uyarılma değeri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (*p*>0,05).

Tıbbi hastalık varlığına göre lubrikasyon değeri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (*p*>0,05).

Tıbbi hastalık varlığına göre orgazm değeri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (*p*>0,05).

Tıbbi hastalık varlığına göre doyum değeri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Tıbbi hastalık varlığına göre ağrı değeri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Tıbbi hastalık varlığına göre toplam fsfi değeri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Tıbbi hastalık varlığına göre yab7 toplam değeri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Tablo 12. Daha Önceden Konmuş Psikiyatrik Tanı Varlığına Göre Ölçeklerin Karşılaştırılması

		<i>N</i>	<i>Ort±Ss</i>	<i>Min-Max (Median)</i>	<i>p</i>
<i>İstek</i>	<i>Evet</i>	82	3,7±1,46	1,2-6 (3,6)	0,287
	<i>Hayır</i>	188	3,51±1,45	1,2-6 (3,6)	
<i>Uyarılma</i>	<i>Evet</i>	82	3,74±1,91	0-6 (3,9)	0,311
	<i>Hayır</i>	188	3,5±1,89	0-6 (3,9)	
<i>Lubrikasyon</i>	<i>Evet</i>	82	3,78±1,74	0-6 (4,2)	0,977
	<i>Hayır</i>	188	3,72±1,88	0-6 (4,2)	
<i>Orgazm</i>	<i>Evet</i>	82	3,89±1,93	0-6 (4,4)	0,771
	<i>Hayır</i>	188	3,79±2,02	0-6 (4,4)	
<i>Doyum</i>	<i>Evet</i>	82	4±2,04	0-6 (4,8)	0,646
	<i>Hayır</i>	188	3,84±2,13	0-6 (4,8)	
<i>Ağrı</i>	<i>Evet</i>	82	4,06±1,97	0-6 (4,8)	0,797
	<i>Hayır</i>	188	4,03±2,12	0-6 (4,8)	
<i>Toplam FSFI</i>	<i>Evet</i>	82	23,17±10,44	1,2-35,2 (25,9)	0,605
	<i>Hayır</i>	188	22,39±10,55	1,2-36 (24,6)	
<i>Yab7 Toplam</i>	<i>Evet</i>	82	7,73±4,79	0-21 (7)	0,877
	<i>Hayır</i>	188	7,78±5,31	0-21 (7)	
<i>Phq9 Toplam</i>	<i>Evet</i>	82	9,56±6,29	0-27 (9)	0,365
	<i>Hayır</i>	188	10,06±5,55	0-27 (9)	

Mann Whitney Testi * $p<0,05$ ** $p<0,01$ *N*

Daha önceden konmuş psikiyatrik tanı varlığına göre istek değeri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Daha önceden konmuş psikiyatrik tanı varlığına göre uyarılma değeri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Daha önceden konmuş psikiyatrik tanı varlığına göre lubrikasyon değeri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Daha önceden konmuş psikiyatrik tanı varlığına göre orgazm değeri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Daha önceden konmuş psikiyatrik tanı varlığına göre doyum değeri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Daha önceden konmuş psikiyatrik tanı varlığına göre ağrı değeri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Daha önceden konmuş psikiyatrik tanı varlığına göre toplam fsfi değeri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Daha önceden konmuş psikiyatrik tanı varlığına göre yab7 toplam değeri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Tablo 13: Özgül Fobi Grubu ile Meslek Arasındaki İlişki

		<i>Özgül Fobi Grubu</i>		p
		<i>Özgül Fobi Yok</i>	<i>Özgül Fobi Var</i>	
<i>M eslek</i>	<i>Çalışan</i>	76a (%42,5)	103b (%57,5)	<i>0, 041*</i>
	<i>Çalışmayan</i>	27a (%29,7)	64b (%70,3)	

*Chi-Square Testi **p<0,01 *p<0,05*

Özgül fobi grubu ile meslek arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. ($p=0,041$; $p<0,05$).

Tablo 14: Özgül Fobi Grubu ile Çocuk Varlığı Arasındaki İlişki

		<i>Özgül Fobi Grubu</i>		p
		<i>Özgül Fobi Yok</i>	<i>Özgül Fobi Var</i>	
Çocuk Varlığı	<i>Var</i>	82a (%45,6)	98b (%54,4)	0,001**
	<i>Yok</i>	21a (%23,3)	69b (%76,7)	

*Chi-Square Testi **p<0,01 *p<0,05*

Özgül fobi grubu ile çocuk varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur.(p=0,001;p<0,01).

Tablo 15: Özgül Fobi Grubu ile Tıbbi Hastalık Varlığı Arasındaki İlişki

		<i>Özgül Fobi Grubu</i>		p
		<i>Özgül Fobi Yok</i>	<i>Özgül Fobi Var</i>	
Tıbbi Hastalık Varlığı	<i>Var</i>	42a (%64,6)	23b (%35,4)	0,001**
	<i>Yok</i>	61a (%29,8)	144b (%70,2)	

*Chi-Square Testi **p<0,01 *p<0,05*

Özgül fobi grubu ile tıbbi hastalık varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur.(p=0,001;p<0,01).

Tablo 16: Özgül Fobi Grubu ile Daha Önce Tanısı Konmuş Psikiyatrik Rahatsızlık Durumu Arasındaki İlişki

		<i>Özgül Fobi Grubu</i>		p
		<i>Özgül Fobi Yok</i>	<i>Özgül Fobi Var</i>	
Daha Önce Tanısı Konmuş Psikiyatrik Rahatsızlık	<i>Evet</i>	68a (% 82,9)	14b (% 17,1)	0,001**
	<i>Hayır</i>	35a (% 18,6)	153b (% 81,4)	

Chi-Square Testi ** $p < 0,01$ * $p < 0,05$

Özgül fobi grubu ile daha önce tanısı konmuş psikiyatrik rahatsızlık durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. ($p=0,001$; $p < 0,01$).

Tablo 17.Özgül Fobi Olup Olmamasına Göre Ölçeklerin Karşılaştırılması

		<i>N</i>	<i>Ort±Ss</i>	<i>Min-Max (Median)</i>	<i>p</i>
<i>Yaş</i>	<i>Ö.F Yok</i>	103	38,01±7,97	22-64 (37)	0,002**
	<i>Ö.F Var</i>	167	34,59±7,67	15-62 (35)	
<i>Evlilik Yılı</i>	<i>Ö.F Yok</i>	99	11,94±9,06	1-39 (10)	0,255
	<i>Ö.F Var</i>	150	10,88±8,66	1-33 (8)	
<i>İstek</i>	<i>Ö.F Yok</i>	103	3,19±1,56	1,2-6 (3)	0,001**
	<i>Ö.F Var</i>	167	3,8±1,33	1,2-6 (3,6)	
<i>Uyarılma</i>	<i>Ö.F Yok</i>	103	3,12±2,04	0-6 (3,3)	0,004**
	<i>Ö.F Var</i>	167	3,85±1,75	0-6 (4,2)	
<i>Lubrikasyon</i>	<i>Ö.F Yok</i>	103	3,39±2,08	0-6 (3,9)	0,072
	<i>Ö.F Var</i>	167	3,95±1,63	0-6 (4,2)	
<i>Orgazm</i>	<i>Ö.F Yok</i>	103	3,47±2,2	0-6 (4)	0,085
	<i>Ö.F Var</i>	167	4,04±1,82	0-6 (4,4)	
<i>Doyum</i>	<i>Ö.F Yok</i>	103	3,45±2,27	0-6 (3,6)	0,016**
	<i>Ö.F Var</i>	167	4,16±1,94	0-6 (4,8)	
<i>Ağrı</i>	<i>Ö.F Yok</i>	103	3,64±2,29	0-6 (4,8)	0,051
	<i>Ö.F Var</i>	167	4,28±1,89	0-6 (4,8)	
<i>Toplam FSFI</i>	<i>Ö.F Yok</i>	103	20,27±11,88	1,2-36 (22,4)	0,017*
	<i>Ö.F Var</i>	167	24,08±9,3	1,2-36 (26,2)	
<i>Yab7 Toplam</i>	<i>Ö.F Yok</i>	103	7,61±4,67	0-17 (7)	0,994
	<i>Ö.F Var</i>	167	7,86±5,43	0-21 (7)	
<i>PHQ9 Toplam</i>	<i>Ö.F Yok</i>	103	9,37±5,7	0-27 (9)	0,201
	<i>Ö.F Var</i>	167	10,25±5,81	0-27 (9)	

Mann Whitney Testi **p*<0,05 ***p*<0,01

Özgül fobisi olmayanların göre yaş değerinin özgül fobisi olanlara göre yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (*p*=0,002;*p*<0,01).

Özgül fobi grubuna göre evlilik yılı değeri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (*p*>0,05).

Özgül fobisi olmayanların göre istek değerinin özgül fobisi olanlara göre düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001;p<0,01$).

Özgül fobisi olmayanların göre uyarılma değerinin özgül fobisi olanlara göre düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,004;p<0,01$).

Özgül fobi grubuna göre lubrikasyon değeri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Özgül fobi grubuna göre orgazm değeri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Özgül fobisi olmayanların göre doyum değerinin özgül fobisi olanlara göre düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,016;p<0,05$).

Özgül fobi grubuna göre ağrı değeri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Özgül fobisi olmayanların göre toplam fsfi değerinin özgül fobisi olanlara göre düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,017;p<0,05$).

Özgül fobi grubuna göre yab7 toplam değeri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Özgül fobi grubuna göre phq9 toplam değeri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Tablo 18: Korelasyon Analizi

		İstek	Uyarılma	Lubrikasyon	Orgazm	Doyum	Ağrı	Toplam fsfi
Yaş	r	-,369**	-,429**	-,349**	-,378**	-,435**	-,219**	-,392**
	p	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
Evlilik Yılı	r	-,399**	-,406**	-,314**	-,344**	-,366**	-,226**	-,367**
	p	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
Anksiyete Skoru	r	,047	,069	,046	,051	,078	,076	,067
	p	,433	,255	,446	,399	,194	,207	,263
Depresyon Skoru	r	,005	,039	,014	,018	,058	,022	,030
	p	,935	,514	,816	,771	,339	,715	,624

Spearman's * $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

İstek ile uyarılma arasında pozitif yönde ve yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r = ,821$, $p < 0,01$). İstek ile lubrikasyon arasında pozitif yönde ve orta düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r = ,683$, $p < 0,01$). İstek ile orgazm arasında pozitif yönde ve yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r = ,749$, $p < 0,01$). İstek ile doyum arasında pozitif yönde ve yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r = ,717$, $p < 0,01$). İstek ile ağrı arasında pozitif yönde ve orta düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r = ,518$, $p < 0,01$). İstek ile toplam fsfi arasında pozitif yönde ve yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r = ,841$, $p < 0,01$). İstek ile özgül fobi skoru arasında pozitif yönde ve çok zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r = ,203$, $p < 0,01$). İstek ile anksiyete skoru ve depresyon skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p > 0,05$).

Uyarılma ile lubrikasyon arasında pozitif yönde ve yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=,794$, $p<0,01$). Uyarılma ile orgazm arasında pozitif yönde ve yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=,883$, $p<0,01$). Uyarılma ile doyum arasında pozitif yönde ve yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=,864$, $p<0,01$). Uyarılma ile ağrı arasında pozitif yönde ve orta düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=,612$, $p<0,01$). Uyarılma ile toplam fsfi arasında pozitif yönde ve çok yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=,932$, $p<0,01$). Uyarılma ile Özgül fobi skoru arasında pozitif yönde ve çok zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=,162$, $p<0,01$). Uyarılma ile anksiyete skoru ve depresyon skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Lubrikasyon ile orgazm arasında pozitif yönde ve yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=,836$, $p<0,01$). Lubrikasyon ile doyum arasında pozitif yönde ve yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=,816$, $p<0,01$). Lubrikasyon ile ağrı arasında pozitif yönde ve yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=,760$, $p<0,01$). Lubrikasyon ile toplam fsfi arasında pozitif yönde ve çok yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=,904$, $p<0,01$). Lubrikasyon ile anksiyete skoru, depresyon skoru ve Özgül fobi skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Orgazm ile doyum arasında pozitif yönde ve çok yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=,906$, $p<0,01$). Orgazm ile ağrı arasında pozitif yönde ve yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=,706$, $p<0,01$). Orgazm ile toplam fsfi arasında pozitif yönde ve çok yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=,947$, $p<0,01$). Orgazm ile anksiyete skoru, depresyon skoru ve Özgül fobi skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Doyum ile ağrı arasında pozitif yönde ve orta düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=,676$, $p<0,01$). Doyum ile toplam fsfi arasında pozitif yönde ve çok yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=,926$, $p<0,01$). Doyum ile Özgül fobi skoru arasında pozitif yönde ve çok zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=,137$, $p<0,05$). Doyum ile anksiyete skoru ve depresyon skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Ağrı ile toplam fsfi arasında pozitif yönde ve yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=,777$, $p<0,01$). Ağrı ile anksiyete skoru, depresyon skoru ve özgül fobi skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Toplam fsfi ile özgül fobi skoru arasında pozitif yönde ve çok zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=,136$, $p<0,05$). Toplam fsfi ile anksiyete skoru ve depresyon skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Anksiyete skoru ile depresyon skoru arasında pozitif yönde ve orta düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=,684$, $p<0,01$). Anksiyete skoru ile özgül fobi skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Depresyon skoru ile özgül fobi skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Tablo 19: Alt Boyutlar Ve Toplam FSFI İçin Korelasyon Analizi

		1.Cinsel İstek	2.Cinsel Uyarılma	3.Lubrikasyon	4.Orgazm	5.Memmuniyet	6.Ağrı	7.Toplam FSFI
1.Cinsel İstek	r	1	,786**	,670**	,712**	,701**	,362**	,784**
	p		,000	,000	,000	,000	,000	,000
2.Cinsel Uyarılma	r	,786**	1	,888**	,920**	,907**	,638**	,960**
	p	,000		,000	,000	,000	,000	,000
3.Lubrikasyon	r	,670**	,888**	1	,918**	,909**	,741**	,954**
	p	,000	,000		,000	,000	,000	,000
3.Orgazm	r	,712**	,920**	,918**	1	,943**	,679**	,968**
	p	,000	,000	,000		,000	,000	,000
3.Memmuniyet	r	,701**	,907**	,909**	,943**	1	,674**	,962**
	p	,000	,000	,000	,000		,000	,000

3.Ağrı	r	,362**	,638**	,741**	,679**	,674**	1	,744**
	p	,000	,000	,000	,000	,000		,000
3.Toplam FSFI	r	,784**	,960**	,954**	,968**	,962**	,744**	1
	p	,000	,000	,000	,000	,000	,000	

*Pearson *p<0,05 **p<0,01*

Cinsel istek alt boyutu ile cinsel uyarılma alt boyut parametreleri arasında pozitif yönde ve yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=,786$, $p<0,01$). Cinsel istek alt boyutu ile lubrikasyon alt boyut parametreleri arasında pozitif yönde ve yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=,670$, $p<0,01$). Cinsel istek alt boyutu ile orgazm alt boyut parametreleri arasında pozitif yönde ve yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=,712$, $p<0,01$). Cinsel istek alt boyutu ile memmuniyet alt boyut parametreleri arasında pozitif yönde ve yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=,701$, $p<0,01$). Cinsel istek alt boyutu ile ağrı alt boyut parametreleri arasında pozitif yönde ve yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=,362$, $p<0,01$). Cinsel istek alt boyutu ile toplam fsfi değeri parametreleri arasında pozitif yönde ve yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=,784$, $p<0,01$). Cinsel uyarılma alt boyutu ile lubrikasyon alt boyut parametreleri arasında pozitif yönde ve yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=,888$, $p<0,01$). Cinsel uyarılma alt boyutu ile orgazm alt boyut parametreleri arasında pozitif yönde ve yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=,920$, $p<0,01$). Cinsel uyarılma alt boyutu ile memmuniyet alt boyut parametreleri arasında pozitif yönde ve yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=,907$, $p<0,01$). Cinsel uyarılma alt boyutu ile ağrı alt boyut parametreleri arasında pozitif yönde ve yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=,638$, $p<0,01$). Cinsel uyarılma alt boyutu ile toplam fsfi değeri parametreleri arasında pozitif yönde ve yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=,960$, $p<0,01$).

Lubrikasyon alt boyutu ile orgazm alt boyut parametreleri arasında pozitif yönde ve yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=,918$, $p<0,01$). Lubrikasyon alt boyutu ile memmuniyet alt boyut parametreleri arasında pozitif yönde ve yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=,909$, $p<0,01$). Lubrikasyon alt boyutu ile ağrı alt boyut parametreleri arasında pozitif yönde ve yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=,741$, $p<0,01$).

Lubrikasyon alt boyutu ile toplam fsfi değeri parametreleri arasında pozitif yönde ve yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=,954$, $p<0,01$). Orgazm alt boyutu ile memmuniyet alt boyut parametreleri arasında pozitif yönde ve yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=,943$, $p<0,01$). Orgazm alt boyutu ile ağrı alt boyut parametreleri arasında pozitif yönde ve yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=,679$, $p<0,01$). Orgazm alt boyutu ile toplam fsfi değeri parametreleri arasında pozitif yönde ve yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=,968$, $p<0,01$). Memmuniyet alt boyutu ile ağrı alt boyut parametreleri arasında pozitif yönde ve yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=,674$, $p<0,01$). Memmuniyet alt boyutu ile toplam fsfi değeri parametreleri arasında pozitif yönde ve yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=,962$, $p<0,01$). Ağrı alt boyutu ile toplam fsfi değeri parametreleri arasında pozitif yönde ve yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=,744$, $p<0,01$).

Tablo 20: Depresyon Kontrol Altına Alınarak Özgül Fobiye Göre Ölçümlerin Karşılaştırılması

		<i>N</i>	<i>Ort±Ss</i>	<i>%95 Confidence Interval</i>	<i>p</i>
<i>İstek</i>	<i>Yok</i> <i>Özgül Fobi</i>	103	3,19±1,56	2,88-3,49	0,001**
	<i>Var</i> <i>Özgül Fobi</i>	167	3,8±1,33	3,59-4,00	
<i>Uyarılma</i>	<i>Yok</i> <i>Özgül Fobi</i>	103	3,12±2,04	2,72-3,52	0,002**
	<i>Var</i> <i>Özgül Fobi</i>	167	3,85±1,75	3,58-4,11	
<i>Lubrikasyon</i>	<i>Yok</i> <i>Özgül Fobi</i>	103	3,39±2,08	2,98-3,79	0,014*
	<i>Var</i> <i>Özgül Fobi</i>	167	3,95±1,63	3,70-4,21	
<i>Orgazm</i>	<i>Yok</i> <i>Özgül Fobi</i>	103	3,47±2,2	3,04-3,90	0,023*
	<i>Var</i> <i>Özgül Fobi</i>	167	4,04±1,82	3,75-4,31	
<i>Doyum</i>	<i>Yok</i> <i>Özgül Fobi</i>	103	3,45±2,27	3,00-3,89	0,008**
	<i>Var</i> <i>Özgül Fobi</i>	167	4,16±1,94	3,86-4,45	
<i>Ağrı</i>	<i>Yok</i> <i>Özgül Fobi</i>	103	3,64±2,29	3,19-4,08	0,014*
	<i>Var</i> <i>Özgül Fobi</i>	167	4,28±1,89	3,99-4,56	
<i>Toplam FSFI</i>	<i>Yok</i> <i>Özgül Fobi</i>	103	20,27±11,88	17,94-22,59	0,004**
	<i>Var</i> <i>Özgül Fobi</i>	167	24,08±9,3	22,65-25,49	

Mancova **p*<0,05 ***p*<0,01

Depresyon puanları kontrol altına alındığında özgül fobi olan grubun istek değerlerinin olmayan gruba göre yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (*p*=0,001; *p*<0,01). Depresyon puanları kontrol altına alındığında özgül fobi olan grubun uyarılma değerlerinin olmayan gruba göre yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (*p*=0,001; *p*<0,01). Depresyon puanları kontrol altına alındığında özgül fobi olan

Tablo 21: Anksiyete Kontrol Altına Alınarak Özgül Fobiye Göre Ölçümlerin Karşılaştırılması

		<i>N</i>	<i>Ort±Ss</i>	<i>%95 Confidence Interval</i>	<i>p</i>
<i>İstek</i>	<i>Yok Özgül Fobi</i>	103	3,19±1,56	2,87-3,49	<i>0,001**</i>
	<i>Var Özgül Fobi</i>	167	3,8±1,33	3,59-4,02	
<i>Uyarılma</i>	<i>Yok Özgül Fobi</i>	103	3,12±2,04	2,72-3,52	<i>0,002**</i>
	<i>Var Özgül Fobi</i>	167	3,85±1,75	3,58-4,09	
<i>on Lubrikasyon</i>	<i>Yok Özgül Fobi</i>	103	3,39±2,08	2,98-3,79	<i>0,014*</i>
	<i>Var Özgül Fobi</i>	167	3,95±1,63	3,68-4,21	
<i>Orgazm</i>	<i>Yok Özgül Fobi</i>	103	3,47±2,2	3,04-3,90	<i>0,024*</i>
	<i>Var Özgül Fobi</i>	167	4,04±1,82	3,73-4,31	
<i>Doyum</i>	<i>Yok Özgül Fobi</i>	103	3,45±2,27	3,00-3,85	<i>0,007**</i>
	<i>Var Özgül Fobi</i>	167	4,16±1,94	3,86-4,45	
<i>Ağrı</i>	<i>Yok Özgül Fobi</i>	103	3,64±2,29	3,17-4,08	<i>0,014**</i>
	<i>Var Özgül Fobi</i>	167	4,28±1,89	3,95-4,56	
<i>Toplam FSFI</i>	<i>Yok Özgül Fobi</i>	103	20,27±11,88	17,94-22,57	<i>0,004**</i>
	<i>Özgül Fobi Var</i>	167	24,08±9,3	22,63-25,49	

*Mancova *p<0,05 **p<0,01*

Grubun lubrikasyon değerlerinin olmayan gruba göre yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,008$; $p<0,01$). Depresyon puanları kontrol altına alındığında özgül fobi olan grubun orgazm değerlerinin olmayan gruba göre yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,011$; $p<0,05$). Depresyon puanları kontrol altına alındığında özgül fobi olan grubun doyum değerlerinin olmayan gruba göre yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,004$; $p<0,01$). Depresyon puanları kontrol altına alındığında özgül fobi olan grubun ağrı değerlerinin olmayan gruba göre yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,009$; $p<0,01$). Depresyon puanları kontrol altına alındığında özgül fobi olan grubun toplam fsfi değerlerinin olmayan gruba göre yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,002$; $p<0,01$).

Anksiyete puanları kontrol altına alındığında özgül fobi olan grubun istek değerlerinin olmayan gruba göre yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,01$). Anksiyete puanları kontrol altına alındığında özgül fobi olan grubun uyarılma değerlerinin olmayan gruba göre yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,01$). Anksiyete puanları kontrol altına alındığında özgül fobi olan grubun lubrikasyon değerlerinin olmayan gruba göre yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,008$; $p<0,01$). Anksiyete puanları kontrol altına alındığında özgül fobi olan grubun orgazm değerlerinin olmayan gruba göre yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,011$; $p<0,05$). Anksiyete puanları kontrol altına alındığında özgül fobi olan grubun doyum değerlerinin olmayan gruba göre yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,004$; $p<0,01$). Anksiyete puanları kontrol altına alındığında özgül fobi olan grubun ağrı değerlerinin olmayan gruba göre yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,009$; $p<0,01$). Anksiyete puanları kontrol altına alındığında özgül fobi olan grubun toplam fsfi değerlerinin olmayan gruba göre yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,002$; $p<0,01$).

SONUÇ VE TARTIŞMA

Bu çalışma evli kadınlarda depresyon, anksiyete ve özgül fobinin kadın cinsel işlevleri ile ilişkisini ortaya koymak amacıyla hazırlanmıştır. Araştırmamızdan elde edilen bulgulara göre; Evli kadınlarda ‘Depresyon’ değeri ile ‘Cinsel İşlevler’ değeri arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Katılımcıların ‘Anksiyete’ skoru ile Cinsel İşlevler’ skoru arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Evli kadınlardan alınan cevaplara göre; ‘Özgül fobi’ skoru ile ‘Kadın Cinsel İşlevleri’ skoru arasında anlamlı bir ilişki ortaya konmuştur.

Çalışmanın en önemli özelliği, özellikle özgül fobinin kadın cinsel işlevleri üzerindeki etkisi açısından alan yazında yok denecek kadar az çalışma olmasının önüne geçmektir. Çalışmamıza ‘270 evli kadın’ katılmıştır. Çalışmaya alınan katılımcılar İstanbul ilinde bulunan katılımcılardan oluşmaktadır. Araştırmaya katılanların ‘178’i çalışan, ‘91’i çalışmayan kadınlardır. Katılımcıların ‘180’inin en az 1 çocuğu varken, ‘90’ katılımcının çocuğu yoktur. Araştırmada yer alan kadınların ‘65’inde en bir tıbbi bir hastalık varken, ‘205’inde ek tıbbi hastalıklar yoktur. Araştırmaya katılan evli kadınlarda daha önce alınan psikiyatrik tanısı bulunanların sayısı ‘82’ ve psikiyatrik tanı almayanların sayısı ‘188’dir. Evli kadınların ortalama yaşları ‘ $\bar{x}=35,9\pm 7,95$ ’ olarak bulunmuştur. Araştırmaya katılan kadınların evlilik yılları ‘ $\bar{x}=11,3\pm 8,82$ ’ olarak bulunmuştur.

Yapılan araştırmada depresyon düzeyini ölçmek için kullanılan ‘PHQ-9 Testi’, anksiyete düzeyini ölçmek için kullanılan ‘YAB-7 Testi’, özgül fobi şiddeti düzeyini ölçmek için kullanılan ‘Özgül Fobi Şiddeti Testi’ ve kadın cinsel işlevlerini ölçmek için kullanılan kadın cinsel işlevleri ölçeği, ‘Female Sexual Function Index (FSFI)’dır. Araştırmaya katılan kadın katılımcıların çalışan ve çalışmayanlar olarak ölçeklerden aldıkları puanlar arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığına bakılmıştır. Ortaya konulan sonuçlara göre, çalışan ve çalışmayan kategorileri oluşturarak meslek durumu değişkenine göre kadın cinsel fonksiyon indeksi ve alt alanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Kadın cinsel fonksiyon indeksi alt alanlarından olan ‘istek, uyarılma, orgazm ve doyum’ değerleri, çalışan kadınlarda çalışmayan kadınlara göre daha düşük bulunmuştur. Çalışma sonucunda dikkat çeken diğer detay, FSFI alt

alanlarından olan ‘lubrikasyon’ değerinin çalışan kadınlarda, çalışmayan kadınlara göre daha düşük çıkmasıdır. Aynı şekilde diğer alt alanlardan biri olan ‘ağrı’ değeri çalışan kadınlarda, çalışmayan kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur. Cinsel işlevlerde tanımlanan alt alanlar, cinsel işlevlerde sağlıklılık açısından bir bütündür ve alt alanlardan birinde düşüklük yaşanması diğer alanları etkileyebilir ancak çalışma sonucumuz böyle bir veriye ulaşamamıştır. Çalışma sonucunu destekleyici diğer çalışmalar literatürde incelendiğinde ‘FSFI’ ölçeğinin alt alanları ve mesleki durum değişkeni üzerine çalışmaya rastlanılmamıştır. Araştırmamız ayrıntılı bir çalışma olması yönüyle alan yazında güncelleme sağlayacaktır. Yapılan araştırma sonucuna göre çalışan kadınların toplam ‘FSFI’ değerleri çalışmayan kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur. Literatürde yapılan okumalarda çalışan ve çalışmayan değişkenine göre kadın cinsel işlevlerinin değerlendirilmesi çalışmaları oldukça az olmasına rağmen, araştırmada ortaya konan sonucu destekleyici çalışmalar mevcuttur (Batır,2018;Özkan, Demirhan ve Çınar,2009). Araştırmamızda ortaya çıkan sonuçlara göre çalışan ve çalışmayan evli kadınlarda depresyon düzeyini ölçen PHQ-9 ve anksiyete düzeyini ölçen YAB-7 toplam değerleri arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Günümüzde çalışan kadınların da, çalışmayan kadınların da depresyon ve anksiyete düzeylerini etkileyen birçok faktör vardır, bu nedenle kadınların mesleki durumlarına göre depresyon ve anksiyete düzeylerinin anlamlı farklılık göstermemesi, özellikle ülkemizdeki kadınlar açısından oldukça anlaşılabiliridir.

Yapılan araştırmada evli kadınların, cinsel işlevleri ile çocuk sahibi olup, olmamaları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Ortaya çıkan sonuca göre, çocuk sahibi olan kadınların ‘FSFI’ değeri, çocuk sahibi olmayan kadınlara göre daha yüksektir. Alan yazında yapılan okumalarda araştırmamızdaki sonuca benzer sonuçların ortaya konulduğu çalışmalar görülmektedir (Özkan, Demirhan ve Çınar,2009).Çocuk sahibi olan ve olmayan kadınların ‘FSFI’ alt alanlarında ortaya çıkan değerlere bakıldığında, ‘istek, uyarılma, lubrikasyon, orgazm ve doyum’ alanlarında çocuk sahibi kadınların değerleri, çocuk sahibi olmayan kadınlara göre daha düşüktür. ‘Ağrı’ alt alanında ise evli kadınların çocuk sahibi olması ve olmaması arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Araştırmada ortaya konan bu bulgular neticesinde literatürde yapılan okumalarla, araştırma sonucumuzun desteklendiği

çalışmalara rastlanılmıştır. Araştırma sonucuna en yakın çalışma olan doğum yapmış, yani en az bir çocuk sahibi olmuş kadınlar ve doğum yapmamış kadınlar arasında 'FSFI' ve alt alanları değerlerine bakıldığında araştırmamızla yakın sonuçlar görülmektedir(Özkan, Demirhan ve Çınar,2009). Araştırmada çocuk sahibi olan ve olmayan kadınların, depresyon düzeylerini ölçen 'PHQ-9' ve anksiyete düzeylerini ölçen 'YAB-7' ölçeği toplam değerlerine göre anlamlı bir farklılık bulunamamıştır.

Yapılan araştırmada evli kadınların tıbbi bir rahatsızlığı olup, olmadığına bakılarak cinsel işlevleri için kullanılan 'FSFI', depresyon düzeyleri için kullanılan 'PHQ-9' ve anksiyete düzeyleri için kullanılan 'YAB-7' testi sonuçları arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Yapılan literatür taramasında tıbbi hastalığa bağlı olarak, kadınların cinsel işlevlerinin nasıl etkilendiğini ortaya koyan birçok çalışma bulunmaktadır. Araştırma sonuçlarına bakıldığında, araştırmamızın aksi yönünde, bireyde tıbbi bir hastalık bulunmasının kadın cinsel işlevleri ve alt alanları ile arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Diğer araştırmaların sonuçlarına göre bireyde mevcut tıbbi rahatsızlık, cinsel işlevleri olumsuz yönde etkileyerek cinsel işlev değerlerinin daha düşük çıkmasına neden olmaktadır(Aygin,2005;Batır,2018).Literatürde, evli kadınlarda tıbbi bir rahatsızlığın bulunmasına göre, depresyon değerleri karşılaştırıldığında ve anksiyete düzeyi değerleri karşılaştırıldığında anlamlı bir farklılık görülmektedir(Atagün, Atagün, Doğan, Evren, Yalçınkaya ve Öneş,2013;Batır,2018). Çalışmamızda ortaya anlamlı bir farklılık çıkmama nedenlerinden birinin, kadınlardan kısa yanıt şeklinde aldığımız mevcut tıbbi rahatsızlıkların cinsel işlevler üzerinde doğrudan etkisi bulunabilecek rahatsızlıklar olmadığı yönündeki görüşümüzdür.

Yapılan araştırmada evli kadın katılımcıların daha önce psikiyatrik bir tanı almış olmaları ile 'FSFI' ve alt alan değerleri, 'YAB-7' ve 'PHQ-9' değerleri arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Yapılan alan yazın araştırmalarında bu konuda bir çalışma veya çalışma içerisinde bu konuyla ilgili bulgulara neredeyse yok denecek kadar az yer verilmiştir. Karaman ve Yastıbaş(2021)'in çalışmasında yer alan bulgulardan yapılan yorumlamalar neticesinde daha önce ruhsal durum bozukluğu yaşayan bireylerin anksiyete, depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu sonucu ortaya konulmuştur. Depresyon ve anksiyete düzeyleri yüksek evli kadınların cinsel

işlev düzeylerinde de bir düşüş görülmesi beklenmektedir. Yapılan bir başka çalışmaya göre ise komorbiditenin varlığı ve yokluğuna göre bakılan FSFI toplam değeri arasında anlamlı bir ilişki olduğu ortaya konulmuştur. Komorbiditenin varlığında 'FSFI' skoru daha düşük çıkarken, komorbiditesi olmayanlarda cinsel işlev değerleri daha yüksek bulunmuştur(Cabral,Canario,Spyrides,Uchoa,Eleuterio, Jr ve Gonçalves,2013).

Yapılan araştırmamıza katılan evli kadınlarda, çalışan ve çalışmayan kadınların özgül fobi şiddeti düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki ortaya konulmuştur. Çalışmayan kadınlarda özgül fobi görülme oranı çalışmamıza göre '%70,3' ile yüksek düzeyde, çalışan kadınlarda özgül fobi görülme oranı '%42,5' ile yüksek düzeyde bulunmuştur. Bu çalışmaya göre, çalışan evli kadınlarda özgül fobi sıklığı, çalışmayan evli kadınlara göre daha azdır. Yapılan literatür taramasına göre; Ölmez(2017)'in çalışmasında, çalışmamızın aksine, çalışan kadınlarda özgül fobi değeri daha yüksek bulunmuştur. Mevcut çalışmada işsizliğin FSFI toplam puanı ve tüm alt boyut puan ortalamalarını etkilediği, çalışmayanların FSFI puanlarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu belirlendi. Jaafarpour ve arkadaşları tarafından 18-50 yaş arası 400 kadın üzerinde cinsel işlev bozukluğuna neden olan risk faktörlerinin incelendiği bir çalışmada işsizliğin risk faktörleri arasında olduğu bildirilmiştir (Jaafarpour, Khajavikhan, Khani ve Suhrabi,2013).Alan yazında 'özgül fobi' konusunda yapılan çalışmalar çok yeni başlamakla beraber, çalışma sonuçlarımızın konuyla alakalı araştırmalara bir güncelleme yapacağımızı düşünmekteyiz.

Çalışmamızda evli kadınların çocuk sahibi olma ve olmama durumlarına göre özgül fobi düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Buna göre çocuk sahibi olan evli kadınlarda '%54,4' ile 'özgül fobi var' cevabı yüksek bulunurken, çocuk sahibi olmayan kadınlarda 'özgül fobi var' cevabı %76,7 ile yüksek düzeydedir. Yapılan araştırmamızda tıbbi hastalığı bulunan evli kadınların özgül fobi şiddeti değerleri ile arasında anlamlı düzeyde bir ilişki bulunmuştur. Araştırma sonucuna göre tıbbi hastalığı bulunan evli kadınlarda, 'özgül fobi yoktur' düzeyi '%64,6' ile daha yüksek bulunurken, tıbbi hastalığı bulunmayan kadınlarda ise 'özgül fobi vardır' düzeyi '%70,2' ile daha yüksek bulunmuştur. Araştırmamızda daha önce psikiyatrik rahatsızlığı bulunan veya bulunmayan evli kadınlarda, özgül fobi şiddeti değerlerine

bakıldığında; daha önce psikiyatrik tanı alan kadınların '%82,9'unda 'özgül fobi yok', daha önce psikiyatrik tanı almayan evli kadınların '%81,4'ünde 'özgül fobi var' değerleri daha yüksek düzeyde bulunmuştur.

Özgül fobi ile ilgili; Literatür incelendiğinde özgül fobi alt tiplerini eş tanı açısından karşılaştıran oldukça kısıtlı sayıda çalışma bulunmakla birlikte yapılan çalışmalarda özgül fobi alt tipleri arasında eş tanı açısından anlamlı farklılıklar saptanmıştır.(Ollendick,Natoshia,Thompson,Christian,Lars,Göran,2010;Kim,Kim,Ch o,Kim,Shin,Yoo ve Kim,2010). Yapılan araştırmada özgül fobi şiddeti değeri, özgül fobisi olanlarda ' $\bar{x}=34,59\pm7,67$ ' iken, özgül fobisi olmayanlarda ' $\bar{x}=38,01\pm7,97$ ' dir. Özgül fobisi olmayan evli kadınların yaş değeri, özgül fobisi olmayan evli kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur. Kadın katılımcıların evlilik yıllarına göre özgül fobi değerlerine bakıldığında, anlamlı bir farklılık bulunamamıştır.

Yapılan araştırmaya göre özgül fobisi olan ve olmayan kadınlarda, cinsel işlevler ve alt alanlarına bakılarak ortaya çıkan sonuçlara göre; Özgül fobisi olmayan kadınların 'istek, uyarılma ve doyum' alt alanlarında düşük değerlere ulaşılmıştır. 'FSFI' ölçeğinin diğer üç alt alanı olan 'lubrikasyon, orgazm ve ağrı' alanlarında ise anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Toplam FSFI değerlerine bakıldığında, özgül fobisi olmayan evli kadınların toplam 'FSFI' değeri, özgül fobisi bulunan evli kadınların toplam 'FSFI' değerinden daha düşük bulunmuştur. Bu durumda araştırma hipotezimizin doğrulandığı ortaya çıkmaktadır. Araştırma konusuna yönelik yapılan literatür taramasında, Yıldırım, Yıldırım ve Karaş,(2019)'a göre 'Vajinusmus bulunan kadınlarda en yaygın saptanan tanılardan biri özgül fobi olarak saptandığı çalışmaya ulaşılmıştır. Vajinusmus vakalarında cinsel işlevler üzerine yapılan araştırma çalışmalarına bakıldığında, psikiyatrik bir tanının varlığı cinsel işlevler üzerinde olumsuz etki göstermektedir.

Özgül fobisi olan ve olmayan evli kadın katılımcıların anksiyete düzeylerini ölçen 'YAB-7' ve depresyon düzeylerini ölçen 'PHQ-9' değerleri arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Ancak araştırma sonuçlarımızı destekleyici veya aksi yönde sonuçların da varlığını gösteren çalışmalara bakıldığında özgül fobisi bulunan bireylerde anksiyete düzeyinin de arttığı görülmüştür(Ölmez,2017).

Evli kadınlarda cinsel işlevlere dair uygulanan FSFI ve alt alanları ölçeğinin ulaşılan sonuçlarına göre; Alt alanlardan biri olan 'İstek' ve 'FSFI' toplam değeri arasında anlamlı ve yüksek düzeyde ilişki bulunmuştur. FSFI 'İstek' alt alanı ve Özgül Fobi skoru arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ancak 'İstek' alt alanı ile anksiyete ve depresyon ölçeği skoru arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. FSFI alt alanlarından bir diğeri olan 'Uyarılma' alt alanı ve toplam 'FSF' Ölçeği' skoru arasında anlamlı ve yüksek düzeyde ilişki bulunmuştur. Araştırmada kullanılan diğere ölçek skorlarıyla ilişkisine bakıldığında; 'Uyarılma' ile 'Özgül Fobi' skoru arasında pozitif yönde ve çok zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Uyarılma ile 'Anksiyete' skoru ve 'Depresyon' skoru arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. FSFI alt alanlarından biri olan 'Lubrikasyon' ve toplam FSFI değeri arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Lubrikasyon alt alanı ile 'Özgül Fobi, Anksiyete ve Depresyon' değerleri arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. FSFI ölçeği alt alanlarından bir diğeri olan 'Orgazm' alanı ve toplam FSFI skoru arasında anlamlı ve yüksek düzeyde bir ilişki ortaya konulurken, depresyon, anksiyete ve özgül fobi değerleri ile arasında anlamlı bir ilişki ortaya konulamamıştır. FSFI alt alanlarından 'Doyum' alt boyutu ile toplam FSFI değeri arasında yüksek ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur. 'Doyum' FSFI ölçeği alt boyutu ile araştırmamızın diğere boyutunu ölçen 'Özgül Fobi' skoru arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. 'Doyum' alt alanı ile Depresyon ve Anksiyete skorları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. FSFI ölçeğinin altıncı boyutu olan 'Ağrı' boyutu ile toplam FSFI değeri arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Ancak 'Ağrı' alt alanı ile 'Anksiyete skoru, depresyon skoru ve Özgül fobi skoru' arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Korelasyon sonuçlarına bakıldığında toplam 'FSFI' değeri ile 'Özgül Fobi' değeri arasında anlamlı bir ilişki bulunmuş ve araştırma hipotezlerimizden biri anlamlı bir sonuca ulaşmıştır. Araştırmamızda 'Anksiyete' ve 'Depresyon' değerleri ile 'FSFI' toplam değeri arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Çalışma konusuyla ilgili alan yazında okumalar yapıldığında, araştırmamızın ortaya koyduğu sonucun aksine 'Depresyon' ve 'Anksiyete' ölçek skorları yüksek kadınların, cinsel işlev düzeylerinde düşüş görüldüğü ortaya konularak, aralarında anlamlı bir ilişki bulunmuştur(Patricia,Ana,Maria,Severina,Jose

ve Ana,2013;Orhan,2010).Alan yazında bir başka çalışma, duygu durumu ağırlıklı depresif bulunan kadınların, cinsel işlev düzeylerinin de düşük olduğunu ortaya koyarak aralarında anlamlı bir ilişki olduğu sonucuna ulaşmıştır(Lianjun,Aixia,Zhong,Feng,Li ve Xiaona,2011). FSFI' ve alt alanları değerleri dışındaki ölçeklere bakıldığında, sadece 'Anksiyete' değerleri ve 'Depresyon' değerleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Literatür incelendiğinde hem erişkinlerde hem de çocuk ve ergenlerde depresif bozukluklar ile anksiyete bozukluklarının sık komorbidite gösterdiği belirtilmiştir (Melton,Croarkin,Strawnve McClintock,2016).

Araştırmamızda ortaya konan toplam 'FSFI' değeri ile 'Özgül Fobi' arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur sonuçlarına göre;

'FSFI' alt alanlarından olan 'İstek, Uyarılma, Lubrikasyon, Orgazm, Doyum ve Ağrı' değerleri, anksiyete ve depresyon değerleri kontrol altına alınarak, 'Özgül fobisi olan ve olmayan' gruba göre incelendiğinde, özgül fobisi olan grupta, özgül fobisi olmayan gruba göre daha yüksek değerler bulunmuştur. Bu durumda; araştırma konumuz olan Depresyon, Anksiyete ve Özgül fobinin, evli kadınların Cinsel İşlevleri ile ilişkisine bakıldığında, araştırmamızın sonucunda ortaya çıkan bilgilere göre; 'Depresyon ve Anksiyete ile Cinsel işlevler arasında anlamlı bir ilişki yoktur. Ancak çıkan sonuçlara göre Özgül fobi ve kadın cinsel işlevleri arasında anlamlı ve yüksek düzeyde bir ilişki ortaya konulmuştur. Buna göre alan yazında özgül fobi ve kadın cinsel işlevlerine yer verilen bir çalışmada, vajinusmus görülen kadınlarda en sık rastlanan ikinci psikiyatrik rahatsızlığın özgül fobi olduğu bulunmuştur (Yıldırım,Yıldırım ve Karaş,2019).

ÖNERİLER

• Bu araştırma, yalnızca İstanbul’ da yaşayan evli kadınlar üzerine yapılmıştır. Başka bir örneklem grubu kullanılarak da araştırma yapılabilir.

• Araştırma, 270 evli kadının katılımıyla yapıldığı için sonuçlar genellenemez ve bu sebeple daha geniş örnekleme çalışmalarının tekrar yapılması önerilmektedir.

• Özgül fobi kavramı psikoloji bilminde uzun yıllardır tanımlanmış ve yer almış olsa da, ruh sağlığı çalışanları olarak araştırmalarda çok yeni konu edinilmeye başlandı. Toplumda yaygınlığı oldukça yüksek olan bu psikiyatrik rahatsızlığın çalışmalarda daha fazla konu edinilmesi önerilmektedir.

• Özgül fobinin, kadın cinsel işlevleri üzerine etkisinin araştırıldığı çalışmalara daha fazla ağırlık verilebilir.

• Özgül fobinin diğer psikiyatrik rahatsızlıklarla ilişkisi üzerine alan yazında daha fazla araştırmanın ortaya konulması önerilmektedir.

• Özgül fobi hakkında insanların doğru bilgilendirilmesini sağlamak amacıyla psikiyatrist, psikolog ve rehber öğretmenler tarafından toplumun her yaş grubuna daha kapsamlı bilgilendirmeler yapılmalıdır.

• Kadın cinsel işlevlerine dair alan yazında yapılan araştırmalarda, konunun kısıtlı değişkenlere bağlı olarak ele alınmasından dolayı, birçok demografik verinin, kadın cinsel işlevleriyle ilişkisinin incelenebileceği araştırmaların yapılması önerilmektedir.

• Türkçeye çevrilen ölçeklerin kullanımlarını yaygınlaştırmak adına, depresyon düzeyini ölçmek için kullandığımız ve çoğu araştırmacının az sayıda soruyla, asıl bulguları elde etmesi yönüyle tercih edebileceği, ‘PHQ-9 Ölçeği’nin kullanıldığı araştırmaların çoğaltılması önerilmektedir.

• Türkçeye çevrilen ölçeklerin kullanımlarını yaygınlaştırmak adına, depresyon düzeyini ölçmek için kullandığımız ve çoğu araştırmacının az sayıda soruyla, asıl bulguları elde etmesi yönüyle tercih edebileceği, ‘YAB-7 Ölçeği’nin kullanıldığı araştırmaların çoğaltılması önerilmektedir.

•Kadın cinsel işlevlerine dair öncelikle doğru ve sağlıklı cinsel bilgilere ulaşılacak hedeflenmeli ve ruh sağlığı uzmanları başta olmak üzere, ülkemizdeki kadınları, cinsel yaşantıya dair bilgilendirme çalışmaları arttırılmalıdır.

•Kadın cinsel işlevlerine dair olumsuzluklar veya problemler yaşanması durumunda kadınların kolaylıkla başvuruda bulunabilecekleri ruh sağlığı merkezleri yaygınlaştırılmalı ve hizmet bedelleri ulaşılabilir tutulmalıdır.

•Kadınların yaşadıkları olumsuz yaşantılar sonucunda ortaya çıkan anksiyete, depresyon, özgül fobi ve cinsel işlevlerdeki problemlerine dair yaygın ölçek ve test uygulamaları yapılmalıdır. Özellikle ruh sağlığı branşını bulunduran sağlık kuruluşları, özel psikolojik danışmanlık merkezleri ve aile danışma merkezlerinde ücretsiz ulaşılabilen test uygulamaları yaygınlaşması önerilmektedir. Bunun için testi, ölçeği uygulayan uzmana gereken devlet desteği imkânlarının başlatılması önerilmektedir.

KAYNAKÇA

Adewuya, A.O. (2005). The Maternity Blues In Western Nigerian Women: Prevalence And Risk Factors. *Am J Obstet Gynecol*,193(4), 1522-1525. doi: 10.1016 / j.ajog.2005.02.085

Alper, Y., Bayraktar, E. ve Karaçam, Ö. (1997). *Herkes için psikiyatri(Sorunlar ve öneriler)*. İstanbul: Era Yayıncılık.

Amerikan Psikiyatri Birliği.(2000).*Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması El Kitabı*, Yeniden gözden geçirilmiş, Dördüncü baskı (DSM-4-TR). (Çev. E. Köroğlu). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

Amerikan Psikiyatri Birliği.(2014). *Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması El Kitabı*, Beşinci Baskı(DSM-5).(Çev. E. Köroğlu). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

Angst, J.(1993). Comorbidity of anxiety, phobia, compulsion and depression. *Int Clin Psychopharmacol*,8(1),21-25. doi: 10.1097 / 00004850-199309001-00003

Aslan, E., Beji, N.K., Güngör, İ.,Kadıoğlu,A. ve Dikencik, B.K.(2008).Prevalence and risk factors for low sexual function in women: a study of 1,009 women in an outpatient clinic of a university hospital in Istanbul. *J Sex Med*,5(9),2044-2052. doi: 10.1111 / j.1743-6109.2008.00873.x

Atagün,M.İ.,Atagün,Z.,Doğan,S.,Evren,C.,Yalçınkaya, E.Y ve Öneş,K.(2013). Fibromiyalji olan kadın hastalarda cinsel işlev bozuklukları çocukluk çağı travmalarıyla ilişkilidir.*Anadolu Psikiyatri Dergisi*,14(3),200-2009. doi: 10.5455/apd.40627

Aygin, D.(2005).*Meme kanserli kadınlarda cinsel yaşam durumunun incelenmesi*.(Yayımlanmamış doktora tezi).Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul.

Basson, R. (2000). The female sexual response: a different model.*J Sex Marital Ther*, 26(1), 51-65. doi: 10.1080 / 009262300278641

Batır, S.(2018). *Menopozal dönemdeki kadınlarda cinsel fonksiyonun değerlendirilmesi*.(Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Biruni Üniversitesi Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul.

Berman, J.R. (2005). Physiology of female sexual function and dysfunction. *International Journal of Impotence Research*, 17(1), 44-51. doi: 10.1038/sj.ijir.3901428

Brawman-Mintzer, E. ve Lidard, R.B.(1996). Generalized anxiety disorder: issues in epidemiology. *J Clin Psychiatry*,57(7),3-8

Byer, C.O., Shainberg, L.W. ve Jones, K.L. (1985). *Dimensions of Human Sexuality*. USA: William C Brown Pub.

Cabral, P.U.L.,Canario,A.C.G.,Spyrides,M.H.C.,Uchoa,S.A.C.,Eleuterio Jr,J. ve Gonçaves,A.K.(2013). Determinants Of Sexual Dysfunction Among Middle-Aged Women.*Int J Gynaecol Obstet*,120(3): 271-274 doi: [10.1016/j.ijgo.2012.09.023](https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2012.09.023)

Cameron, O.G., Thyer, B.A. ve Nesse, R.M.(1986). Symptom profiles of patients with DSM-III anxiety disorders. *Am J Psychiatry*,143(9),1132-1137. doi: 10.1176 / ajp.143.9.1132

Cansever, A. (2007). Özgül Fobi, (İçinde Edit. Köroğlu E, Güleç C. ve Şenol, S.), *Psikiyatri Temel Kitabı*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği Basım Yayın, 318-324.

Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği, *Kadın Cinselliği*.(2007).Bilgilendirme dosyası basın bülteni (5.bülten). Erişim adresi: <https://www.cetad.org.tr/CetadData/Books/37/pdf-dosyasini-indirmek-icin-tiklayiniz.pdf>

Corey, G.(2008). *Psikolojik Danışma Kuram ve Uygulamaları*.(Çev. T. Ergene).Ankara: Mentis Yayıncılık.

Corretti, G., Pierucci, S., De Scisciolo, M. ve Nisita,C.(2006). Comorbidity between social phobia and premature ejaculation; study on 242 males affected by sexual disorders. *J.Sex Marital Ther*.32(2),183- 187. doi: 10.1080 / 00926230500442342

Cury, A.F., Huang, H.,Chan, Y.F. ve Menezes,P.R.(2013). The relationship between depressive/anxiety symptoms during pregnancy/postpartum and sexual life decline after delivery. *J Sex Med*,10(5),1343-1349. doi: 10.1111/jsm.12092

Derogatis,L.R., Meyer, J.K. ve King, K.M.(1981). Psychopathology in individuals with sexual dysfunction. *Am J Psychiatry*,138(6),757-63. doi: 10.1176/ajp.138.6.757

Dilbaz, N.(1997). Sosyal fobi. *Psikiyatri Dünyası*,1(1),18-24.

Doğan, S. (2011). Cinsel işlev bozuklukları, depresyon ve antidepresanlar. *Journal of Mood Disorders*, 1(2), 81-86. doi: 10.5455/jmood.20110629055304

Engindeniz, N. (1996). *Edinburg Doğum Sonu Depresyon Ölçeğinin Türkçe Formu İçin Geçerlilik ve Güvenlilik Çalışması*.(Yayımlanmamış yüksek lisans tezi).Ege Üniversitesi, İzmir.

Ernst, C., Földenyi, M. ve Angt, J.(1993).The Zurich study: XXI. Sexual dysfunctions and disturbances in young adults. Data of a longutudinal epidemiological study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*,243(3-4),179-188. doi: 10.1007/BF02190725

Ertan, T.(2008,Mart). *Psikiyatrik Bozuklukların Epidemiyolojisi*. Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar. Sempozyum Dizisi,62,25-30.

Eryılmaz, H.Y. (2005). Orgazm Tanımı ve Tipleri, *Androloji Bülteni*, 23, 355-358.

Freud,S.(2010).(Çev. D. Muradoğlu).*Çocukta fobinin analizi: Küçük Hans Vakası*. İstanbul: Say yayınları.(Orjinal yayın tarihi,1909)

Fyer, A.J., Mannuzza, S., Gallops, M.S., Martin, L.Y., Aoronson, C.,Gorman, J.M.,Liebowitz, M.R. ve Klein, D.F.(1990). Familial transmission of simple phobias and fears. A preliminary report. *Arch of Gen Psychiatry*,47(3),252-256. doi: 10.1001/archpsyc.1990.01810150052009

Gadalla, T. Ve Piran, N.(2007).Eating disorders and substance abuse in Canadian men and women: a national study. *Eat Disord*, 15(3), 189-203. doi: 10.1080/10640260701323458

Gereklioğlu, Ç., Başhan, İ. ve Akpınar, E. (2010). Erkek cinsel işlev bozukluklarında aile hekimliği yaklaşımları. *Marmara Medical Journal*, 23(2), 308-315.

Güleç, C., Köroğlu, E. ve Şenol, S.(2007).*Psikiyatri Temel Kitabı*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği Yayıncılık.

Hirschfeld, R.M.A. (2001). The comorbidity of major depression and anxiety disorders: Recognition and management in primary care. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*,3(6),244-254. doi: 10.4088/pcc.v03n0609.

Horney, K. (1999). *Nevrozlar ve İnsan Gelişimi-Öz gerçekleştirme kavgası*.(Çev. S. Budak).Ankara: Öteki Yayınevi.(Orjinal yayın tarihi,1991)

Hudson, J.I., Hiripi, E.,Pope Jr, H.G. ve Kessler, R.C.(2007) The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry*, 61(3),348-358. doi: [10.1016/j.biopsych.2006.03.040](https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2006.03.040)

Hyde, J. S. ve Delamater, J.(1997). *Understanding Human Sexuality. Sixth Edition*. New York: Mc Graw Hill.

Işık, E. (2003). *Depresyon ve Bipolar Bozukluklar*. Ankara: Görsel Sanatlar Matbaacılık.

Jaafarpour, M., Khani, A., Khajavikhan, J. ve Suhrabi, Z.(2013).Female Sexual Dysfunction: Prevalance And Risk Factors. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*,7(12),2877-2880. doi: [10.7860/JCDR/2013/6813.3822](https://doi.org/10.7860/JCDR/2013/6813.3822)

Jeffrey, L.C. ve Michael,R.T.(2003). *Nöropsikiyatri ve Davranış Nörobiyolojisi*.(Çev. G.,Akdağ ve G. Yener.).Ankara: O' Tıp Yayınevi.

Kaplan, H.I. ve Sadock, B.J. (2004).*Klinik Psikiyatri El Kitabı*.(Çev. E. Abay).Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.

Kaplan, H.S.(2010).*Yeni Cinsel Terapi*.(Çev. F. Bolat, A. Hekimoğlu).İstanbul:CK Yayınevi.

Karaman, İ.G. ve Yastıbaş, C.(2021). Covid-19 pandemisinde görev yapan sağlık çalışanlarında depresyon, anksiyete ve travma sonrası stres belirtilerinin sosyodemografik ve mesleki değişkenler ile ilişkisi nasıldır?.*Van Tıp Dergisi*,28(2),249-257. doi:10.5505/vtd.2021.55453

Keseroğlu, B.B.,Özgür, B.C.,Yıldız, A.K. ve Gülen, E.(2018). Kadın Cinsel İşlev Ölçeğine Etki Eden Faktörler. *Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*,20(3),269-273. doi: 10.24938/kutfd.446689

Kessler, R.C., Stang, P.E., Wittchen, H.U., Üstün,T.B.,Roy-Burne,P.P. ve Walters, E.E.(1998).Lifetime panic -depression comorbidity in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*,55(9),801-808. doi: 10.1001/archpsyc.55.9.801

Kessler, R.C.,Chiu, W.T., Jin, R.,Ruscio,A.M.,Makas,K. ve Walters,E.E.(2006). The epidemiology of panic attacks, panic disorder and agorophobia in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives General Psychiatry*,63(4),415-423. doi: [10.1001/archpsyc.63.4.415](https://doi.org/10.1001/archpsyc.63.4.415)

Kim,S.J.,Kim,B.N.,Cho,S.C.,Kim,J.W.,Shin,M.S.,Yoo,H.J.ve Kim,H.W.(2010) The Prevalence Of Specific Phobia And Associated Comorbid Features İn Children And Adolescents.*Journal of Anxiety Disorders*,24(6),629-634. doi: [10.1016/j.janxdis.2010.04.004](https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.04.004)

Kockott, G.(1990) Impotenz. *Andrologia*,22(2), 105-117. doi: 10.1111/j.1439-0272.1990.tb01948.x

Koç, E. ve Oskay, Ü. (2015). Postpartum dönemde cinsellik ve danışmanlık. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*,2(1),15-26.

Konkan, R.,Şenormancı,Ö.,Güçlü,O.,Aydın,E. ve Sungur,M.Z.(2013). Yaygın Anksiyete Bozukluğu-7 (YAB-7) Testi Türkçe Uyarlaması, Geçerlik ve Güvenirliği. *Nöropsikiyatri Arşivi*,50,53-58. doi: 10.4274/npa.y6308

Korf, V.M., Katon,W.,Unützer, J., Wells, K. ve Wagner,E.H.(2001). Improving depression care: barriers,solutions and research needs. *J Fam Pract*,50(6), 529-532.

Kroenke, K., Spitzer, R.L. ve Williams, J.B.(2001). The PHQ-9 Validity of a Brief Depression Severity Measure, *J Gen Intern Med*,16(9), 606-613. doi: 10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x

Kuranoğlu, E. ve Saygın, H.(2019). Türkiye’de Az Tehlikeli Ve Tehlikeli İş Yerlerinde “Aşırı İş Yükü” Algısı. *İstanbul Aydın Üniversitesi Dergisi*,11(3),255-274. doi: 10.17932/IAU.IAUD.m.13091352.2019.3/43.255-274

Lankveld, J.J.V. ve Grotjohann, Y.(2000). Psychiatric comorbidity in heterosexual couples with sexual dysfunction assessed with the composite international diagnostic interview. *Arch Sex Behav*,29(5),479-498. doi: 10.1023/a:1001995704034

Laumann, E.O., Paik, A. ve Rosen, R.C.(1999). Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA*,281(6),537-544. doi: 10.1001/jama.281.6.537

Lépine J.P. ve Briley, M. (2011). The increasing burden of depression. *Neuropsychiatr Dis Treat*,7(1),3–7. doi: 10.2147/NDT.S19617

Lianjun,P.,Aixia,Z.,Zhong,W.,Feng,P.,Li,B. ve Xiaona,Y.(2011). Risk Factors For Low Sexual Function Among Urban Chinese Women: A Hospital-Based Investigation.*J Sex Med*,8(8),2299-3304. doi: 10.1111/j.1743-6109.2011.02313.x

Lindal, E. ve Stefánsson, J.G.(1993). The lifetime prevalence of anxiety disorders in Iceland as estimated by the US National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule. *Acta Psychiatrica Scandinavica*,88(1): 29-34. doi: 10.1111/j.1600-0447.1993.tb03410.x.

Magee, W.J., Eaton, W.W., Wittchen, H.U.,McGonagle, K.A. ve Kessler,R.C.(1996). Agoraphobia, simple phobia and social phobia in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*,53(2),159-168. doi: 10.1001/archpsyc.1996.01830020077009

Manicavasagar ,V.,Silove, D. ve Curtis, J.(1997). Separation anxiety in adulthood: a phenomenological investigation. *Comprehensive Psychiatry*,38(5),274-282. doi: 10.1016/s0010-440x(97)90060-2

Melton,T.H.,Croarkin,P.E.,Strawn, J.R. ve McClintock,S.M.(2016). Comorbid Anxiety and Depressive Symptoms in Children and Adolescents: A Systematic Review and Analysis. *Journal of Psychiatric Practice*,22(2),84-98. doi: 10.1097/PRA.0000000000000132

Mental Health Atlas.(2015). Geneva: World Health Organization.

Mert, D.G. ve Özen, N.(2011). Genel psikiyatri polikliniğine başvuran kadın hastalarda cinsel işlev bozukluğu ve ilişkili sosyokültürel parametrelerin değerlendirilmesi. *Klinik Psikiyatri*,14(2),85-93.

Mete, L. (2000). *Depresyon hüzünden melankoliye*. İstanbul: İletişim Yayınları.

Milos, G., Anja,S. ve Schnyder,U.(2004). Psychiatric comorbidity and Eating Disorder Inventory (EDI) profiles in eating disorder patients. *Can J Psychiatry*,49(3),179-84. doi: 10.1177/070674370404900305

Moel, J.E., Buttner, M.M., O'Hara, M.W., Stuart,S. ve Gorman,L.(2010).Sexual function in the postpartum period: effects of maternal depression and interpersonal psychotherapy treatment. *Arch Women's Ment Health*,13(6),495-504. doi: 10.1007/s00737-010-0168-0

Murphy, J.M., Horton, Laird,N.M.,Monson,R.R.,Sobol, A.M. ve Leighton,A.H.(2004). Anxiety and depression: a 40-year perspective on relationships regarding prevalence, distribution, and comorbidity. *Acta Psychiatr Scand*,109(5),355-375. doi: 10.1111/j.1600-0447.2003.00286.x

Noyes, R. ve Hoehn, S.R.(1998). *Anksiyete Bozuklukları*.(Çev. V. Şar).İstanbul: CSA Yayıncılık.

Nussbaum, A.M.,(2017). *DSM-5 Yönelimli Tanısal Görüşme*.(Çev. E. Köroğlu.).Ankara: HYB Basım Yayın.

Ollendick, T.H.,Natoshia,R.,Thompson,E.D.,Christian,S. ve Lars-Göran, O.(2010) Specific phobia in youth: phenomenology and psychological characteristics. *Behavior Therapy*,41(1),133-141. doi: [10.1016/j.beth.2009.02.002](https://doi.org/10.1016/j.beth.2009.02.002)

Orhan, E.(2010). *Erkek kaynaklı interfilite tanısı almış çiftlerde kaygı ve depresyon belirtileri, evlilik uyumu ve cinsel işlev bozuklukları*.(Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı Klinik Psikoloji Programı, İstanbul.

Ölmez, S.B.(2017). *Sosyal fobi, agorafobi ve özgül fobi hastalarının dürtüsellik, anksiyete duyarlılığı ve kendine zarar verme davranışı özelliklerinin incelenmesi*.(Tıpta uzmanlık tezi). Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Düzce.

Öztürk, M.O. ve Uluşahin, A.(2011). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. Ankara: Nobel Tıp Kitapları.

Perlman, C.M., Martin, L., Hirdes, J.P.,Curtin-Telegdi, N., Perez,E.. ve Rabinowitz, T.(2007). Prevalence and predictors of sexual dysfunction in psychiatric inpatients. doi: 10.1176/appi.psy.48.4.309

Reiger, D.A., Narrow, W.E. ve Rae, D.S. (1990). The epidemiology of anxiety disorders: the Epidemiologic Catchment Area (ECA) experience. *J Psychiatry Res*,24(2),3-14. doi: 10.1016/0022-3956(90)90031-k

Sadock, B.J. ve Sadock, V.A.(2016).(Çev. A. Bozkurt). *Kaplan and Sadock Psikiyatri Davranış Bilimleri/Klinik Psikiyatri*. Ankara: Güneş Tıp Kitapevleri.

Seligman, M.E.(1971). Phobias and preparedness. *Behav Therapy*,2(3),307-320. [https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/S0005-7894\(71\)80064-3](https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/S0005-7894(71)80064-3)

Smith, A.D.(1988). Psychological factors in the multidisciplinary evaluation and treatment of erectile dysfunction. *Uro Clin North Am*,15(1), 41-51.

Song, S.H., Jeon, H., Kim, S.W.,Paick,J.S. ve Son, H.(2008). The prevalence and risk factors of female sexual dysfunction in young korean women: an internet-based survey.*J Sex Med*,5(7),1694-1701. doi: 10.1111/j.1743-6109.2008.00840.x

Sürmeli, A.(1997). *Anksiyete kavramı ve anksiyete bakışlarına temel bir bakış*. (Çev. Güleç, C., Köroğlu, E. ve Şenol,S.). Psikiyatri Temel Kitabı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

Tamam, L.(2007). Bipolar bozukluk ile anksiyete bozukluğu birlikteliği: Bir gözden geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi*,18(1),59-71.

Tükel, R., Aklın,T.(2006).*Anksiyete Bozuklukları*. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları.

Türkçapar, M.H.(2007). *Bilişsel Terapi: temel ilkeler ve uygulamalar*. Ankara: HYB Basım Yayın.

Uğuz, Ş.,Turhan, N., Aydın, H., Yurdağül, E. ve Aydın, B.(2002). *Farklı bir bakışla depresyon*.(1. Baskı).İstanbul: Galenos Yayınları.

Ünal, S. ve Özcan, M.E.(2000). Depresyonda hazırlayıcı, ortaya çıkarıcı ve koruyucu etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 1(1),41-48.

Waldinger, M.D., Zwinderman, A.H., Schweitzer, D.H. ve Olivier, B.(2004).Relevance of methodological design for the interpretation of efficacy of drug treatment of premature ejaculation: a systematic review and meta-analysis. *Int J Impot Res*,16(4),369–381. doi: 10.1038/sj.ijir.3901172

Watt, F.N., McKenna, F.P., Sharrock, R. ve Trezi,L.(1986). Colour naming of phobia-related words. *Br J Psychol*,77(1),97-108. doi: 10.1111/j.2044-8295.1986.tb01985.x

Werneke, U., Northey, S. ve Bhugra, D.(2006). Antidepressants and sexual dysfunction. *Acta Psychiatr Scand*.114(6),384-397. doi: 10.1111/j.1600-0447.2006.00890.x

Wiegel, M., Meston, C. ve Rosen, R. (2005). The female sexual function index (fsfi): cross – validation and development of clinical cutoff scores. *J Sex Marital Ther*, 31(1):1–20. doi: 10.1080/00926230590475206

Wittchen, H.U., Stein, M.B. ve Kessler, R.C. (1999). Social fears and social phobia in a community sample of adolescents and young adults: prevalence, risk factors and co-morbidity. *Psychol Med*, 29(2), 309-323. doi: 10.1017/s0033291798008174

Yazıcı, O. (2004). Distimi. *J Clin Psy*, 7(2), 54-62.

Yıldırım, E.A., Yıldırım, M.H. ve Karaş, H. (2019). Yaşam boyu vajinismus tanısı konulan kadınlarda depresyon ve anksiyete bozukluklarının yaygınlığı ve cinsel işlevlerle ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 30(1), 9-15. doi: 10.5080/u22858

Zaider, T.I., Johnson, J.G. ve Cockell, S.J. (2000). Psychiatric comorbidity associated with eating disorder symptomatology among adolescents in the community. *Int J Eat Disord*, 28(1), 58-67. doi: 10.1002/(sici)1098-108x(200007)28:1<58::aid-eat7>3.0.co;2-v

EKLER

EK-A



T.C.
İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ
Etik Kurul Başkanlığı

ETİK KURUL KARAR ÖRNEĞİ

TOPLANTI TARİHİ: 30.06.2021
TOPLANTI SAYISI: 2021-23

KARAR NO: 2021-23-41: Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Klinik Psikoloji Tezli Yüksek Lisans Programı 200624133 numaralı Meliha IŞIK' ın "Evli Kadınlarda Özgül Fobi, Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri ile Cinsel İşlevler Arasındaki İlişki" konulu çalışması hakkında yapılacak anket sorularının, etik kurallara uygun olup olmadığını tespit etmek üzere, Etik Kurulumuzun 17.03.2021 tarih ve 2021-09 sayılı toplantısında, İGÜ Etik Kurul Yönergesinin 12(1) maddesine göre değerlendirme yapmak üzere görevlendirilen öğretim elemanlarının raporları incelenmiş olup, ilgili çalışmada yer alan bilimsel araştırmanın etik kurallara uygun olduğuna oy birliği ile karar verildi.

Çiğdem Mah. Şişli Anadoluhisari Köyünde Er Hakan Özer Sok. No:1 Avcılar / İSTANBUL
Tel: (0212) 422 74 01 - 422 70 00 Faks: (0212) 422 74 01
www.gelisim.edu.tr iletisim@gelisim.edu.tr

Evli Kadınlarda Özgül Fobi, Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri ile Cinsel İşlevleri Arasındaki İlişki

Değerli katılımcı,

Bu araştırma İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Tez Çalışması kapsamında Dr. Öğretim Üyesi Hakan KARAŞ danışmanlığında Meliha IŞIK tarafından yürütülmektedir.

Bu çalışma evli kadınların özgül fobi, depresyon ve anksiyete düzeylerinin, cinsel işlevleri arasındaki ilişkisini incelemek üzerine yapılacaktır.

Araştırmadan elde edilen veriler tez çalışmasına katkı sağlaması açısından önem taşımaktadır. Verdiğiniz bilgiler sadece bu çalışmada kullanılacak, yanıtlar tamamen gizli tutulacaktır. Yanıtlarınız sadece araştırmacı tarafından değerlendirilecektir. Bu çalışma gönüllük esasına dayalıdır. Bu çalışmaya katılmayı kabul edebilir veya reddedebilirsiniz. Ayrıca çalışmanın herhangi bir yerinde onayınızı çekme hakkına da sahipsiniz. Araştırmanın geçerliliği ve güvenilirliği açısından size en uygun olanı işaretlemeniz, hiçbir soruyu atlamamanız ve vereceğiniz yanıtların doğruluğu önemlidir.

Bu çalışmada, evli kadınlarda özgül fobi, depresyon, anksiyete düzeyini incelemek için Sosyodemografik Bilgi Formu, Özgül Fobi Şiddet Ölçeği, PH9 Depresyon Ölçeği, YAB 7 Anksiyete Ölçeği ve farklı değişken düzeylerinin kadın cinsel işlevleri üzerindeki etkisini ölçmek için Kadın Cinsel İşlev Ölçeği kullanılacaktır.

HASTA SAĞLIK ANKETİ-9 (PHQ-9)

Son 2 hafta içerisinde, aşağıdaki sorunlardan herhangi biri sizi ne sıklıkla rahatsız etti?
(Cevabınızı ✓ işaretiyle gösteriniz)

	Hiçbir zaman	Bazı günler	Günlerin yarıdan fazlasında	Hemen hemen her gün
1. Bir şeyleri yapmaya az ilgi veya zevk duymak	0	1	2	3
2. Üzgün, depresif veya umutsuz hissetmek	0	1	2	3
3. Uykuya dalmada veya uyumaya devam etmekte zorluk, veya çok fazla uyumak	0	1	2	3
4. Yorgun hissetmek veya enerjinizin az olması	0	1	2	3
5. İştahsızlık veya çok fazla yemek	0	1	2	3
6. Kendinizi kötü hissetmeniz — veya kendinizi başarısız ya da kendinizi veya ailenizi hayal kırıklığına uğrattığınızı düşünmeniz	0	1	2	3
7. Gazete okumak veya televizyon seyretmek gibi faaliyetlerde dikkatinizi toplamakta güçlük çekmeniz	0	1	2	3
8. Başkalarının fark edebileceği kadar yavaş hareket etmeniz veya konuşmanız? Veya tam aksine— normalden çok daha fazla hareket edecek kadar kıpır kıpır veya huzursuz olmanız	0	1	2	3
9. Ölmüş olsanız daha iyi olacağınız veya bir şekilde kendinize zarar verme düşünceleri	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING 0 + _____ + _____ + _____
=Total Score: _____

Bu sorunlardan herhangi birini işaretlediyseniz, bu sorunlar işinizi yapmanızda, evinizle ilgili işleri halletmenizde veya diğer insanlarla olan ilişkilerinizde ne kadar zorluk yarattı?

Hiç zorluk yaratmadı <input type="checkbox"/>	Orduka zorluk yarattı <input type="checkbox"/>	Çok zorluk yarattı <input type="checkbox"/>	Aşırı derecede zorluk yarattı <input type="checkbox"/>
--	---	--	---

YAYGIN ANKSİYETE BOZUKLUĞU 7 (YAB-7) TESTİ

Lütfen geçmiş olduğunuz son 15 gününüzü dikkatlice düşününüz. Aşağıdaki testte sıralanan sorunlar bu 15 gün içerisinde ne kadar rahatsız etti, belirlemeye çalışınız. Seçeneklerden hangisi size daha uygun geliyorsa işaretleyiniz.

Son 2 hafta içerisinde aşağıdaki problemler ne sıklıkta sizi rahatsız etti?	Hiç	Sadece birkaç gün	Günlerin yarısından fazlasında	Hemen hemen hergün
1. Sinirli, kaygılı, uçurumun kenarındaymış gibi hissetme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Endişelenmeyi kontrol edememe ya da durduramama	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Farklı farklı konularda çok fazla endişelenme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Gevşeyip rahatlayamama	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Yerinizde duramayacak kadar kıpır kıpır ve huzursuz olma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Kolayca kızma ya da rahatsız olma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Her an çok kötü bir şey olabileceği korkusu yaşama	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ÖZGÜL FOBİ ŞİDDET ÖLÇEĞİ – YETİŞKİN

İsim: _____ Yaş: _____ Cinsiyet: erkek Kadın Tarih: _____

Açıklamalar: Lütfen aşağıdaki ifadelerin sizin için ne sıklıkla doğru olduğunu belirtiniz. Lütfen her bir maddeyi ,her sabırda bir kutuya ✓ veya X koyarak cevaplayınız.

Aşağıdaki sorularda çeşitli durumlarda sahip olabileceğiniz düşünceler, duygular ve davranışlar sorulmaktadır. Sizi en çok kaygılandıran konuyla ilgili kutuya (✓) işareti koyunuz. Lütfen sadece bir konuyu seçiniz ve aşağıdaki sorulan bu konuyu düşünerek cevaplayınız.							
Araba kullanma, uçağa binme, tünel, köprü yada kapalı alanlarda bulunma		hayvanlar yada böcekler	yükseklik, fırtına su	kan, iğne yuruluşu	boğulma hissi kusma		
							Etiket için puan
	Son 7 gün boyunca, ben	Hiçbir zaman	Bazen	Haftanın başında	Haftanın ortasında	Haftanın sonunda	
1.	Bu durumlarda birden ortaya çıkan dehşet korku veya öpeme anları hissettim.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	
2.	Bu durumlarda kaygılı, endişeli veya sinirli hissettim.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	
3.	Bu durumlarda zarar göreceğime, korkuyla baş edemeyeceğime veya başka kötü bir şey olacağına dair düşüncelerim oldu.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	
4.	Bu durumlarda kalp çarpıntısı, terleme, nefes almada zorluk, güçsüzlük ve baygınlık hissettim.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	
5.	Bu durumlarda kas gerginliği hissettim, patlamaya hazır veya huzursuzdum ya da gevşemekte zorlandım.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	
6.	Bu durumlardan kaçındım veya bu durumlara yaklaşmadım ya da girmedim.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	
7.	Bu durumlardan erken ayrıldım veya bu durumlara çok az katıldım.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	
8.	Bu durumlara hazırlanmak için çok zaman harcadım ya da bu durumlara hazırlanmayı ağırdan aldım (erteledim).	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	
9.	Bu durumlar hakkında diğer insanlarla konuşmak için dikkatimi dağıttım.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	
10.	Bu durumlarla başa çıkmak için yardıma ihtiyac duyduğum (çocuklar veya diğer insanlar)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	
Toplam/kısmi ham puan:							
Eşit olarak dağıtılmış Toplam Ham Puan: (eğer 1-3 madde cevaplanmadıysa)							
Ortalama toplam puan:							

Çevre M. Bakanlığı, Şişli E. Hastanesi, Şişli E. Hastanesi, Şişli E. Hastanesi © 2013 İstanbul Devlet Hastaneleri Birliği tarafından hazırlanmıştır. Bu belgeyi kullanmadan önce lütfen izin alın.

KADIN CİNSEL İŞLEV ÖLÇEĞİ-(FSFI)

Sayın katılımcı; son dört haftada süregelen cinsel işlevlerinizi belirlemeye yönelik olarak hazırlanan bu ölçekte 19 madde bulunmaktadır. Sizden istenen her bir maddede size uyan tek bir seçeneği işaretlemenizdir. Lütfen tüm sorulara cevap veriniz.
Teşekkür ederiz.

* **Cinsel aktivite** : Cinsel birleşme, sevişme ve kendini tatmin dahil olmak üzere tüm cinsel faaliyetler.
** **Cinsel ilişki** : Kadın ile erkeğin cinsel birleşmesi (sertleşmiş kamışın/erkeklik organının kadının haznesine girmesi)
*** **Cinsel uyarılma**: Sevişme, şehvet duygu ve düşüncelerin belirmesi ile vajinanın ıslanması ve benzeri durumlar
**** **Orgazm** : Bızır,hazne, rahim, makat ve ağız kanını ve tüm vücudu saran kuvvetli ritmik kasılmalar olması.
Tüm sorularda yalnız bir kutuyu işaretleyiniz.

1. Son 4 hafta içinde, ne sıklıkta cinsel istek duyduunuz?

- Hemen hemen her zaman
- Çoğu zaman (15 günden fazla)
- Bazen (15 günde)
- Birkaç kez (15 günden az)
- Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

2. Son 4 hafta içinde, cinsel istek veya ilgi düzeyinizi (derecenizi) nasıl değerlendirirsiniz?

- Çok yüksek
- Yüksek
- Orta
- Düşük
- Çok düşük veya hiç

3. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite* veya cinsel ilişki** sırasında ne sıklıkta uyarıldığınızı hissettiniz?

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- Hemen hemen her zaman
- Çoğu zaman (15 günden fazla)
- Bazen (15 günde)
- Birkaç kez (15 günden az)
- Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

4. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite* veya cinsel ilişki** sırasındaki uyarılma düzeyinizi nasıl derecelendirirsiniz?

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- Çok yüksek
- Yüksek
- Orta
- Düşük

5. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite* veya cinsel ilişki** sırasında cinsel bakımdan uyanacağınızdan ne derecede emindiniz?

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- Çok emindim
- Emindim
- Oldukça emindim
- Az emindim
- Çok az / hiç emin değildim

6. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite* veya cinsel ilişki** sırasında uyarılma durumunuz sizin için ne sıklıkta tatminkardı?

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- Hemen hemen her zaman
- Çoğu zaman (15 günden fazla)
- Bazen (15 günde)
- Birkaç kez (15 günden az)
- Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

7. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite* veya cinsel ilişki** sırasında hazneniz ne sıklıkla ıslandı / kayganlaştı ?

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- Hemen hemen her zaman
- Çoğu zaman (15 günden fazla)
- Bazen (15 günde)
- Birkaç kez (15 günden az)
- Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

8. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite* veya cinsel ilişki** sırasında haznenizin ıslanması / kayganlaşmasındaki zorluk derecesi nasıldı?

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- Çok çok zor veya imkansızdı
- Çok zordu
- Zordu
- Biraz zordu
- Hiç zorluk çekmedim

9. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite* veya cinsel ilişkiniz** bitene kadar cinsel organınızın ıslaklığını / kayganlığını ne sıklıkta koruyabildiniz?

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- Hemen hemen her zaman
- Çoğu zaman (15 günden fazla)
- Bazen (15 günde)
- Birkaç kez (15 günden az)
- Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

10. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite* veya cinsel ilişkiniz** bitene kadar haznenizin ıslaklığını / kayganlığını koruyabilme zorluğunuzun sıklığı neydi?

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- Hemen hemen her zaman
- Çoğu zaman (15 günden fazla)
- Bazen (15 günde)
- Birkaç kez (15 günden az)
- Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

11. Son 4 hafta içinde, cinsel uyarılma*** veya cinsel ilişki** ne sıklıkta orgazm**** oldunuz?

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- Hemen hemen her zaman
- Çoğu zaman (15 günden fazla)
- Bazen (15 günde)
- Birkaç kez (15 günden az)
- Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

12. Son 4 hafta içinde, cinsel uyarılma*** veya cinsel ilişki** sırasında orgazm**** ulaşmak sizin için ne kadar zordu?

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- Çok çok zordu / imkansızdı
- Çok zordu
- Zordu
- Biraz zordu
- Hiç zorluk çekmedim

13. Son 4 hafta içinde, cinsel uyarılma*** veya cinsel ilişki** sırasında orgazm**** ulaşmanız ne kadar tatminkardı?

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- Çok tatminkardı
- Genellikle tatminkardı
- Yarılarında tatminkardı, yarılarında tatminkar değildi
- Genellikle tatminkar değildi
- Hiç tatminkar değildi

14. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite* veya cinsel ilişkiniz** sırasında siz ve eşiniz arasındaki duygusal yakınlık ne kadar tatminkardı?

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- Çok tatminkardı
- Genellikle tatminkardı
- Yarılarında tatminkardı, yarılarında tatminkar değildi
- Genellikle tatminkar değildi
- Hiç tatminkar değildi

15. Son 4 hafta içinde, eşinizle cinsel ilişkiniz** sizin için ne kadar tatminkardı?

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- Çok tatminkardı
- Genellikle tatminkardı
- Yarılarında tatminkardı, yarılarında tatminkar değildi
- Genellikle tatminkar değildi
- Hiç tatminkar değildi

16. Son 4 hafta içinde, genel olarak cinsel hayatınız sizin için ne kadar tatminkardı?

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- Çok tatminkardı
- Genellikle tatminkardı
- Yarılarında tatminkardı, yarılarında tatminkar değildi
- Genellikle tatminkar değildi
- Hiç tatminkar değildi

17. Son 4 hafta içindeki, cinsel ilişkinizde haznenize giriş sırasında ne sıklıkta ağrı veya rahatsızlık duyduunuz?

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- Hemen hemen her zaman
- Çoğu zaman (15 günden fazla)
- Bazen (15 günde)
- Birkaç kez (15 günden az)
- Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

18. Son 4 hafta içindeki, cinsel ilişkinizde haznenize girişten sonra ne sıklıkta ağrı veya rahatsızlık duyduunuz?

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- Hemen hemen her zaman
- Çoğu zaman (15 günden fazla)
- Bazen (15 günde)
- Birkaç kez (15 günden az)
- Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

19. Son 4 hafta içindeki, hazneye giriş sırasında veya sonrasında duyduğunuz ağrı / rahatsızlığın derecesini nasıl değerlendirirsiniz?

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- Çok yüksek
- Yüksek
- Orta
- Düşük
- Çok düşük veya hiç

