

T.C  
İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

**OBEZ KADINLARDA CİNSEL İŞLEV İLE KİLO AÇISINDAN  
KENDİNİ DAMGALAMA ARASINDAKİ İLİŞKİNİN  
İNCELENMESİ**

PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI  
KLİNİK PSİKOLOJİ BİLİM DALI  
YÜKSEK LİSANS TEZİ

Hazırlayan  
Ayşenur KAYA

Tez Danışmanı  
Doç.Dr. Güzin Mukaddes SEVİNÇER

İSTANBUL – 2019



## TEZ TANITIM FORMU

**YAZAR ADI SOYADI** : Ayşenur KAYA

**TEZİN DİLİ** : Türkçe

**TEZİN ADI** : Obez Kadınlarda Cinsel İşlev İle Kilo Açısından Kendini Damgalama Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

**ENSTİTÜ** : İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

**ANABİLİM DALI** : Psikoloji

**TEZİN TÜRÜ** : Yüksek Lisans

**TEZİN TARİHİ** : 23.07.2019

**SAYFA SAYISI** : 109

**TEZ DANIŞMANLARI** : Doç. Dr. Güzin Mukaddes SEVİNÇER

**DİZİN TERİMLERİ** : Obezite, damgalama, cinsel işlev bozukluğu.

**TÜRKÇE ÖZET** : Obezite fizyolojik, psikolojik ve sosyal yönleri olan yaygın bir halk sağlığı sorunudur. Bu bağlamda obez bireylerin psikolojik sorunlar yaşadıkları, kendilerine karşı ön yargılı oldukları görülebilmektedir. Obez bireyler kendilerini damgalamaları sonucunda bir takım diğer sağlık sorunlarını da yaşamaktadırlar. Cinsel işlev bozukluğu obezite ve kilo açısından kendini damgalama ile ilişkili olduğu düşünülen rahatsızlıklardan biri olarak öne çıkmaktadır. Bu çalışmanın amacı, obez kadınlarda cinsel işlev bozukluğu ile kilo açısından kendini damgalama arasındaki ilişkisini incelemektir. Bu amaç doğrultusunda obezite cerrahisine başvuran hasta

ların dahil olduğu sosyal medya grupları ile diyetisyenler aracılığı ile ulaşılan İstanbul ilindeki 140 obez kadının iştiraki ile uygulama gerçekleştirilmiştir. Araştırma verileri anket kullanılarak toplanmıştır. Verilerin analizinde SPSS 21.0 paket programı kullanılmıştır. Araştırma sonucuna göre obez kadınlarda kendini değersizleştirme düzeyi arttıka cinsel istek düzeyi azalmaktadır. Etiketlenme korkusu düzeyi arttıka da orgazm düzeyi düşmektedir. Obez kadınlarda kilo açısından kendini damgalama düzeyi arttıka cinsel işlevler bozulmaktadır.

**DAĞITIM LİSTESİ**

- : 1. İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsüne  
2. YÖK Ulusal Tez Merkezine

Ayşenur KAYA

T.C  
İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

**OBEZ KADINLARDA CİNSEL İŞLEV İLE KİLO AÇISINDAN  
KENDİNİ DAMGALAMA ARASINDAKİ İLİŞKİNİN  
İNCELENMESİ**

PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI  
KLİNİK PSİKOLOJİ BİLİM DALI  
YÜKSEK LİSANS TEZİ

Hazırlayan  
Ayşenur KAYA

Tez Danışmanı  
Doç.Dr. Güzin Mukaddes SEVİNÇER

İSTANBUL – 2019

## BEYAN

Bu tezin hazırlanmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğunu, başkalarının ederlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğunu, kullanılan verilerde herhangi tahrifat yapılmadığını, tezin herhangi bir kısmının bu üniversitede ya da başka bir üniversitedeki başka bir tez olarak sunulmadığını beyan ederim.

Ayşenur KAYA

.../.../2019



T.C

İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Ayşenur KAYA'nın "Obez Kadınlarda Cinsel İşlev İle Kilo Açısından Kendini Damgalama Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" adlı tez çalışması, jürimiz tarafından Psikoloji Anabilim Dalı Klinik Psikoloji Bilim Dalı YÜKSEK LİSANS tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan\_\_\_\_\_

*Doç.Dr. Güzin Mukaddes SEVİNÇER*  
(Danışman)

Üye\_\_\_\_\_

*Dr. Öğr. Üyesi Tuncay BARUT*

Üye\_\_\_\_\_

*Dr. Öğr. Üyesi Necmettin AKSOY*

ONAY

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylım.

... / ... / 2019

İmzası

Prof. Dr. İzzet GÜMÜŞ

Enstitü Müdürü

## ÖZET

Obezite günümüzde öne çıkan çok yaygın, fizyolojik, psikolojik ve sosyal yönleri olan bir halk sağlığı sorunudur. Bu bağlamda obez bireylerin psikolojik problemler yaşadıkları, kendilerine karşı ön yargılı oldukları görülebilmektedir. Obez bireyler kendilerini damgalamaları sonucunda bir takım diğer sağlık sorunları da yaşamaktadırlar. Cinsel işlev bozukluğu obezite ve kilo açısından kendini damgalama ile ilişkili olduğu düşünülen rahatsızlıklardan biri olarak öne çıkmaktadır.

Bu çalışmanın amacı, obez kadınlarda cinsel işlev bozukluğu ile kilo açısından kendini damgalama arasındaki ilişkisini incelemektir. Bu amaç doğrultusunda sosyal medya grupları ve diyetisyenler aracılığı ile İstanbul ilindeki 140 obez kadına ulaşılarak gönüllü iştirakleri ile uygulama gerçekleştirilmiştir. Araştırma verileri anket kullanılarak toplanmıştır. Verilerin analizinde SPSS 21.0 paket programı kullanılmıştır.

Araştırma sonucuna göre obez kadınlarda kilo açısından kendini damgalama düzeyi arttıkça cinsel işlev bozukluğu düzeyi artmaktadır. Kendini değersizleştirme düzeyi ile cinsel istek, etiketlenme korkusu ile de orgazm arasında negatif ilişki bulunmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Obezite, Vücut Kitle İndeksi, Kilo Açısından Kendini Damgalama, Cinsel İşlev Bozukluğu.



## SUMMARY

Obesity is a common public health problem that stands out today. Obesity is a health problem with physiological, psychological and social aspects. In this context, it can be seen that obese individuals experience psychological problems and are biased against them. Because of the fact that obese individuals stigmatize themselves, they may suffer other health problems. Sexual dysfunction is one of the disorders thought to be associated with self-stigma in terms of obesity and weight.

The aim of this study was to investigate the relationship between self-stigma and sexual dysfunction in obese women. For this purpose, the application was carried out with the participation of 140 obese women in Istanbul, which were reached through social media groups and dieticians, including patients who applied to obesity surgery. Research data were collected using a questionnaire. SPSS 21.0 package program was used to analyze the data.

According to the results, sexual dysfunction in obese women is "high" and self-stigma is slightly above average. In obese women, as the BMI increases, the level of self-stigmatization and sexual dysfunction are increasing. There is a negative correlation between the level of self-stigmatization and the level of sexual desire and orgasm. In addition, there is no relationship between sexual desire and fear of labeling in obese women.

**Key Words:** Obesity, Body Mass Index, Weight stigma, Sexual Dysfunction

## İÇİNDEKİLER

	SAYFA
ÖZET .....	I
SUMMARY .....	II
İÇİNDEKİLER.....	III
KISALTMALAR LİSTESİ .....	VI
TABLolar LİSTESİ.....	VII
EKLER LİSTESİ.....	IX
ÖNSÖZ .....	X
GİRİŞ .....	1
<b>BİRİNCİ BÖLÜM</b>	
<b>OBEZİTE VE DAMGALAMA KAVRAMLARI</b>	
1.1. OBEZİTE KAVRAMININ TANIMI.....	2
1.1.1. Obezitenin Sebepleri .....	4
1.1.2. Obezitenin Sonuçları .....	6
1.1.2.1. Fiziksel Sonuçları.....	6
1.1.2.2. Psikososyal Sonuçları .....	7
1.1.2.3. Psikopatolojik Sonuçları .....	10
1.1.3. Obezite ve Kadın Sağlığı .....	12
1.1.4. Obezite ve Toplumsal Cinsiyet İlişkisi .....	12
1.2. DAMGALAMA KAVRAMININ TANIMI .....	14
1.2.1. Damgalama kuramı .....	14
1.2.2. Damgalama sembolleri .....	16
1.2.3. Damgalamanın sonuçları.....	18
1.2.4. Damgalamanın sosyal psikolojisi .....	19
1.2.5. Damgalama çeşitleri .....	21
1.2.6. İçselleştirilmiş Damgalama .....	21

1.2.6.1. İçselleştirilmiş Damgalamanın Sosyal Bilişsel Modeli .....	22
1.2.6.2. İçselleştirilmiş Damgalamanın Hasta Üzerindeki Etkileri.....	23
1.2.6.3. İçselleştirilmiş Damgalama İle Başa Çıkma .....	24
1.3. OBEZİTE VE DAMGALAMA İLİŞKİSİ .....	27

## **İKİNCİ BÖLÜM**

### **CİNSEL İŞLEV BOZUKLUĞU KAVRAMI**

2.1 CİNSELLİK KAVRAMI.....	29
2.2 CİNSEL YANIT DÖNEMLERİ .....	31
2.2.1 İstek / Uyarılma Evresi.....	31
2.2.2 Plato Evresi .....	31
2.2.3 Ejakülasyon/Orgazm Evresi.....	31
2.2.4 Çözülme Evresi .....	32
2.3. KADIN CİNSELLİĞİ.....	32
2.4 CİNSEL İŞLEV BOZUKLUKLARI .....	33
2.4.1. Kadınlarda Cinsel İşlev Bozuklukları .....	35
2.4.1.1. Kadınlarda orgazm bozukluğu.....	35
2.4.1.2. Kadında cinsel ilgi ve uyarılma bozukluğu .....	36
2.4.1.3. Cinsel organlarda – pelviste ağrı ve içe girme bozukluğu .....	37
2.4.1.1. Cinsel Mit .....	38
2.4.2. Obez Kadınlarda Cinsel İşlev Bozukluğu .....	40

## **ÜÇÜNCÜ BÖLÜM**

### **YÖNTEM**

3.1. ARAŞTIRMA MODELİ VE HİPOTEZLER .....	44
3.2. ARAŞTIRMA EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ .....	44
3.3. VERİLERİN TOPLANMASI .....	44
3.3.1. Sosyo-Demografik Veri Formu.....	45
3.3.2. Kilo Açısından Kendini Damgalama Ölçeği.....	45

3.3.3. Kadın Cinsel İşlev Ölçeği .....	45
3.4. VERİLERİN ÇÖZÜMLENMESİ .....	46
<b>DÖRDÜNCÜ BÖLÜM</b>	
<b>BULGULAR VE TARTIŞMA</b>	
4.1. Bulgular ve Tartışma.....	48
<b>SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>63</b>
<b>KAYNAKÇA .....</b>	<b>71</b>
<b>EKLER.....</b>	<b>-</b>



## KISALTMALAR LİSTESİ

<b>BKİ</b>	: BEDEN KİTLE İNDEKSİ
<b>CİB</b>	: CİNSEL İŞLEV BOZUKLUĞU
<b>DSÖ</b>	: DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ
<b>SPSS</b>	: STATISTICAL PACKAGE FOR SOCIAL SCIENCES
<b>WHO</b>	: WORLD HEALTH ORGANIZATION
<b>WSSQ</b>	: WIGHT SELF-STIGMA QUESTIONNAIRE
<b>VKİ</b>	: VÜCUT KİTLE İNDEKSİ

## TABLolar LİSTESİ

### SAYFA

<b>Tablo-1</b> Kadın Cinsel İşlev Bozukluğu Boyut Puanlaması .....	45
<b>Tablo-2</b> Katılımcıların Demografik Özellikleri .....	47
<b>Tablo-3</b> Katılımcıların Sağlıkla İlgili Bazı Özelliklerin Dağılımı .....	48
<b>Tablo-4</b> Katılımcıların Kilo Açısından Kendini Damgalama Ölçek Puanlarına Ait Tanımlayıcı İstatistikleri.....	49
<b>Tablo-5</b> Katılımcıların Kadın Cinsel İşlev Ölçeği Puanlarına Ait Tanımlayıcı İstatistikleri.....	49
<b>Tablo-6</b> Katılımcıların Bazı Özelliklerine Göre Kendini Değersizleştirme Alt Boyutu Puanları Karşılaştırmaları .....	50
<b>Tablo-7</b> Katılımcıların Bazı Özelliklerine Göre Etiketleme Korkusu Alt Boyutu Puanları Karşılaştırmaları.....	51
<b>Tablo-8</b> Katılımcıların Bazı Özelliklerine Göre Kilo Açısından Kendini Damgalama Ölçek Puanları Karşılaştırmaları .....	52
<b>Tablo-9</b> Katılımcıların Bazı Özelliklerine Göre Cinsel İstek Alt Boyutu Puanları Karşılaştırmaları.....	53
<b>Tablo-10</b> Katılımcıların Bazı Özelliklerine Göre Uyarılma Alt Boyutu Puanları Karşılaştırmaları.....	54
<b>Tablo-11</b> Katılımcıların Bazı Özelliklerine Göre Lubrikasyon Alt Boyutu Puanları Karşılaştırmaları.....	55
<b>Tablo-12</b> Katılımcıların Bazı Özelliklerine Göre Orgazm Alt Boyutu Puanları Karşılaştırmaları.....	56
<b>Tablo-13</b> Katılımcıların Bazı Özelliklerine Göre Doyum Alt Boyutu Puanları Karşılaştırmaları.....	57
<b>Tablo-14</b> Katılımcıların Bazı Özelliklerine Göre Cinsel Ağrı Alt Boyutu Puanları Karşılaştırmaları.....	58
<b>Tablo-15</b> Katılımcıların Bazı Özelliklerine Göre “Kadın Cinsel İşlev” Ölçek Puanları Karşılaştırmaları.....	59
<b>Tablo-16</b> Katılımcılarda Bazı Özelliklere Göre Cinsel İşlev Bozukluğu Sıklığının Dağılımı.....	61
<b>Tablo-17</b> Katılımcıların VKİ İle Kilo Açısından Kendini Damgalama Ölçek Puanları Arasındaki Korelasyonları.....	62
<b>Tablo-18</b> Katılımcıların VKİ İle Kadın Cinsel İşlevi Ölçek Puanları Arasındaki Korelasyonları.....	63

<b>Tablo-19</b> Katılımcıların Kilo Açısından Kendini Damgalama Ve Kadın Cinsel İşlevi Ölçek Puanları Arasındaki Korelasyonlar.....	64
---	----



## EKLER LİSTESİ

**EK-A:** Bilgilendirilmiş Onam Formu

**EK-B:** Sosyodemografik Veri Formu

**EK-C:** Kilo Açısından Kendini Damgalama Ölçeği

**EK-D:** Kadın Cinsel İşlev Ölçeği





## ÖNSÖZ

Bu çalışmada obez kadınlarda kilo açısından kendini damgalama ve cinsel işlev bozukluğu arasındaki ilişkinin ortaya konulmasına yönelik bir araştırma yapılmıştır. Çalışma süresince desteğini esirgemeyen çok değerli tez danışmanım Doç.Dr. Güzin Mukaddes SEVİNÇER'e sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Ayşenur KAYA



## GİRİŞ

Obezite tüm dünyada yaygın olan ve halkın küresel sağlığını tehdit eden kronik bir hastalıktır. Obezite olgusu, dünya genelinde akademik toplumun, kurum ve kuruluşların ve hükümetlerin dikkatini çeken önemli bir problem halini almıştır. Zira obezite fizyolojik, psikolojik ve sosyal yönleri olan insanların yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkileyen, sağlık sistemine ve ekonomilere aşırı yük getiren bir halk sağlığı sorunudur. Obezitenin beraberinde getirdiği fizyolojik hastalıklar kadar, sosyal ve psikolojik açıdan yol açtığı problemler de oldukça önemlidir. Toplum tarafından obez bireylere karşı ön yargı ile bakıldığı bilinmektedir. Bu bağlamda obez bireyler kendilerine karşı ön yargı geliştirebilmektedirler. Bu ön yargılar zaman içinde kendilerini damgalamalarına yol açarak psikolojik sorunlar yaşamalarına neden olmaktadır. Araştırmamıza konu olan cinsel işlev bozukluğu obezite ve kilo açısından kendini damgalama ile ilişkili olduğu düşünülen rahatsızlıklardan biri olarak öne çıkmaktadır.

Bu çalışmada, obez kadınlarda cinsel işlev bozukluğu ile kilo açısından kendini damgalama arasındaki ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Bu bağlamda çalışmanın ilk bölümünde obezite kavramı açıklanmış, obezitenin sebepleri ve neden olduğu sonuçlar ortaya konulmuştur. Ayrıca tez konusu gereği obezite ve kadın sağlığı ile obezite toplumsal cinsiyet ilişkisi incelenmiştir. Bölümün devamında damgalama kavramı incelenmiş, obezite ve damgalama ilişkisi açıklanmıştır. Çalışmanın ikinci bölümünde ise cinsel işlev bozukluğu kavramı incelenmiş, kadınlarda görülen cinsel işlev bozuklukları açıklanmıştır. Çalışmanın uygulama bölümünde sosyal medya grupları ile diyetisyenler aracılığı ile ulaşılan İstanbul ilindeki 140 obez kadının iştiraki ile uygulama gerçekleştirilmiştir. Katılımcılara Sosyo-Demografik Veri Formu, Kilo Açısından Kendini Damgalama Ölçeği ve Kadın Cinsel İşlev Ölçeği olmak üzere üç ayrı ölçüm aracından oluşan anket uygulanmış ve veriler toplanmıştır. Verilerin analizinde IBM SPSS 21.0 paket programı kullanılmıştır.

Araştırma sonucunda obez kadınlarda VKİ arttıkça kendini değersizleştirme düzeyi ve cinsel işlev bozukluğu görülme sıklığının arttığı görülmüştür. Kendini değersizleştirme düzeyi ile cinsel istek ve orgazm düzeyi arasında negatif ilişki bulunmaktadır. Ayrıca obez kadınlarda etiketlenme korkusu arttıkça orgazm azalmaktadır.

## BİRİNCİ BÖLÜM

### OBEZİTE KAVRAMI VE DAMGALAMA KAVRAMLARI

#### 1.1. OBEZİTE KAVRAMININ TANIMI

Beraberinde getirdiği kronik hastalıklarla birlikte bireylerin fiziksel ve psikolojik sağlığını olumsuz etkileyen obezite aynı zamanda ortaya çıkan ekonomik yan etkileriyle günümüz dünyasının en önemli sağlık problemlerinden biri haline almıştır. Dünya sağlık gündeminde giderek daha fazla yer bulan obezitenin ortaya çıkış nedenleri oldukça çeşitlidir. Depresyon ve stres gibi psikolojik etkenler, kullanılan ilaçlar, doğum sayısı ve sıklığı, düşük fiziksel aktivite, genetik yatkınlık, yanlış beslenme gibi faktörler obezitenin yaygınlık oranındaki artış üzerinde etkilidir. Bununla birlikte cinsiyet, medeni durum, kadının iş gücüne dahil olması, meslek, gıda maliyeti, kentleşme ve bölgesel farklılıkların da obeziteye ilişkin belirleyici unsurlar olduğu yapılan çalışmalarda tespit edilmiştir. Sebebiyet verdiği fiziksel ve psikolojik hastalıklarla günümüzün önde gelen sağlık problemi olarak kabul edilmesine karşın obezite farklı zamanlarda ve dünyanın farklı yerlerinde güzellik, güç ve zenginliğin sembolü olarak kabul edilmiştir. Bununla birlikte son zamanlarda giderek yaygınlaşan obezite, bireylere ve topluma verdiği zararların fark edilmesiyle birlikte bir halk sağlığı sorunu olarak algılanmakta ve tedavi edilmeye ihtiyaç duyulmaktadır. Öte yandan obezite, etiolojisinde biyokimyasal, çevresel, ruhsal, genetik bir çok faktörün rol oynaması sebebiyle tedavisi kolay olmayan bir hastalıktır.<sup>1</sup>

Dünya Sağlık Örgütü tarafından yapılan tanımda obezite, vücutta insan sağlığını bozacak düzeyde fazla miktarda yağ bulunması şeklinde ifade edilmiştir.<sup>2</sup>

Vücudun yağ kütlelerinin yağsız kütleyle nazaran yüksek düzeyde olması neticesinde, vücut ağırlığının boy uzunluğuna istinaden istenen seviyenin üzerine ulaşması da obezitenin bir diğer ifade biçimidir. Yağ dokusu erişkin kadınlarda beden ağırlığının %25-30'unu, erişkin erkeklerde ise %15-20'sini meydana getirmektedir. Bu değer kadınlarda %30, erkeklerde ise %25'ten fazla olması durumunda obezite ortaya çıkmaktadır.<sup>3</sup> Obezite bir diğer adıyla şişmanlık dünya nüfusu üzerinde hızla

---

<sup>1</sup> Robert Crosnoe, "Gender, obesity, and education." *Sociology of Education* 2007, 80.3, 241-260, s.255.

<sup>2</sup> WHO, "Obesity and overweight", World Health Organization, 16 February 2018, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>, (Erişim Tarihi: 12.11.2018).

<sup>3</sup> Rudolf Weiner vd., "Outcome after laparoscopic adjustable gastric banding—8 years experience". *Obesity surgery*, 2003, 13(3), 427-434, s.429.

yayılmakta, pek çok çocuk ve yetişkinin yaşamını olumsuz etkilemektedir. Dünya genelinde obez insan nüfusu 2016 yılında, 18 yaş üzeri 1,9 milyar yetişkin (18 yaş ve üzeri) aşırı kilolu olmakla birlikte, 1,5 milyar içinde 650 milyon kişidir. 18 yaş üstü yetişkinlerin %39'u aşırı kilolu iken bunların %13'ü obezdir. 2016 yılında 5-19 yaş arası 340 milyon çocuk ve ergen obezdir. 5 yaş altında ise 41 milyon çocuk obezdir<sup>4</sup> Günlük yaşamda standardın üstündeki kiloyu tanımlamak için kullanılan obezite ve aşırı kilolu olma kavramlarının birbirinin yerine kullanıldığı görülmektedir. Ancak birbirinin yerine kullanılan kavramlar mevcut durumun yanlış ifade edilmesine sebep olabilir. Obezite ve aşırı kilolu olma durumu birbirinden farklıdır.<sup>5</sup>

Obezitenin doğasının anlaşılmasına yönelik yapılan epidemiyolojik çalışmalar obezitenin sağlıklı beslenme alışkanlığı dışında, sigara ve alkol kullanımından, fiziksel aktivite yetersizliği, medeni durum ve buna benzer diğer sosyokültürel etkenlerden, cinsiyet ve yaş gibi demografik faktörlerden kaynaklandığını ileri sürmektedir.<sup>6</sup>

Bunlarla birlikte obezitenin nedenleri arasında en dikkat çeken etkenler sağlıklı ve aşırı beslenme ile düşük fiziksel aktivite olmaktadır. Buna ek olarak biyokimyasal, nörolojik, genetik, psikolojik, fizyolojik ve çevresel pek çok etken obezitenin ortaya çıkmasında belirleyici rol oynamaktadır.

Dünya genelinde sigara kullanımından sonra en yaygın sorun olan obezite giderek artış gösteren kronik bir sağlık problemidir. Bunun yanı sıra obezite, bütün sebeplere bağlı morbidite ve mortalite seviyesini yükselten bir durum olarak ifade edilmektedir.<sup>7</sup> Avrupa Bölgesinde sağlık problemleri ile sürdürülen 12 milyon yaşam yılı ve her sene 1 milyonu aşkın ölüm obeziteden kaynaklanmaktadır.<sup>8</sup> Obeziteden kaynaklanan sağlık problemleri/risk etkenleri astım, bazı kanser çeşitleri (kadınlarda safra kesesi, endometriyum, yumurtalık ve meme kanserleri, erkeklerde ise kolon ve prostat kanserleri), koroner arter hastalığı, osteoartrit, hiperlipidemi –

<sup>4</sup> WHO, "Obesity and overweight", world Health Organization, 16 February 2018, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>, (Erişim Tarihi: 12.11.2018).

<sup>5</sup> Hank Dart ve Graham A. Colditz, "Epidemiology and health and economic consequences of obesity". T. A. Wadden ve A. J. Stunkard (eds.), *Handbook of obesity treatment*. New York: The Guilford Press. 2002, s.3.

<sup>6</sup> Sağlık Bakanlığı, *Türkiye Obezite (Şişmanlık) ile Mücadele ve Kontrol Programı (2010-2014)*. Ankara: Kuban Matbaacılık Yayıncılık, 2010, s.5.

<sup>7</sup> Karine Duval vd., An overview of obesity-specific quality of life questionnaires. *Obesity reviews*, 2006, 7(4), 347-360, s.355.

<sup>8</sup> WHO, "Obesity and overweight", world Health Organization, 16 February 2018, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>, (Erişim Tarihi: 12.11.2018).

hipertrigliseridemi, aşırı kılınma, tip 2 diyabet, hipertansiyon, solunum zorluğu, metabolik sendrom, karaciğer yağlanması, menstruasyon düzensizlikleri, insülin direnci – hiperinsülinemi, safra kesesi hastalıkları, felç, uyku apnesi, gebelik komplikasyonları, ameliyat öncesi ve sonrası komplikasyon riskinin yükselmesi, ruhsal problemler: toplumsal uyumsuzluklar, binge eating (tıkınırcasına yeme), bulimia nevroza, anoreksiya nevroza, gece yeme sendromu ya da bir şeyi daha fazla yiyerek psikolojik doyum gerçekleştirilmeye çalışma şeklinde ifade edilebilir.<sup>9</sup>

### 1.1.1. Obezitenin Sebepleri

Ortaya çıkmasında bir çok değişkenin rol oynadığı obezitenin sebepleri arasında yüksek kalorili ve sağlıksız beslenmeye karşın düşük fiziksel aktivitenin varlığı, obezitenin gelişimindeki faktörler arasında ilk sırada yer almaktadır.<sup>10</sup> Bununla birlikte psikolojik, sosyokültürel, biyokimyasal, genetik, çevresel ve fizyolojik etkenler de birbiriyle bağımlı olarak obezitenin ortaya çıkmasında etken olmaktadır.<sup>11</sup> Ayrıca çocukluk dönemi obezitesi ele alınacak olunursa, bu durumun sadece genetik yapı ile açıklanamıyor oluşu çevresel etkenlerin obeziteye neden olması konusunda önemli bir unsur olduğunu göstermektedir.<sup>12</sup>

Obezitenin ortaya çıkmasında öncelikli riskler ve riske ilişkin etkenler aşağıda belirtilmiştir:

- i. Fiziksel aktivite eksikliği,
- ii. Metabolik ve Hormonal etkenler,
- iii. Yaş,
- iv. Sık periyotlarda çok düşük enerjili diyetler uygulama,
- v. Cinsiyet,
- vi. Psikolojik sorunlar,
- vii. Yanlış ve aşırı ve beslenme alışkanlıkları,
- viii. Sosyokültürel faktörler,
- ix. Genetik etkenler,

<sup>9</sup> Mehmet Tüzün, "Obezite Tanım, Sıklık, Tanı, Sınıflandırma, Tipleri, Dereceleri ve Komplikasyonları". **Obezite**, (1-20) C.Yılmaz (ed.), Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti, 1995, s.5

<sup>10</sup> TÜBER. Türkiye Beslenme Rehberi-2015, (TÜBER) T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Ankara. 2016, s.56-57.

<sup>11</sup> Işıl Kalan ve Yusuf Yeşil, "Obezite ile ilişkili kronik hastalıklar." **Diyabet ve Obezite**, 2010, 23-24, 78-81, s.81;

<sup>12</sup> Francesco Branca vd., **The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response: summary**. World Health Organization, 2007, s.8.

- x. Eğitim Seviyesi,
- xi. Gelir seviyesi,
- xii. Alkol-Sigara kullanımı,
- xiii. Kullanılan bir takım ilaçlar (antidepresan benzeri), doğum sayısı,
- xiv. Doğumlar arası süre.

Ortaya çıkmasında etkin rol oynayan psikolojik faktörler dolayısıyla obezite bir psikosomatik bozukluk şeklinde tanımlanmaktadır<sup>13</sup> Organizma ruh ve bedeni girift biçimde barındıran bir bütün şeklinde değerlendirildiğinde, ruhsal değişimlerin bedensel fonksiyonlar üzerinde belirleyici etkilerinin bulunduğu gözlenmektedir.<sup>14</sup>

### 1.1.2. Obezitenin Sonuçları

Obeziteye ilişkin literatürdeki kaynaklar obezitenin fiziksel, psikososyal ve psikopatolojik sonuçlarının olduğunu ortaya koymaktadır. Çalışmanın bu kısmında obezitenin fiziksel, psikososyal ve psikopatolojik sonuçları değerlendirilecektir.

#### 1.1.2.1. Fiziksel Sonuçları

Sosyal yaşam obez bireyleri çeşitli sorunlarla karşı karşıya getirmektedir. Obez hastaların günlük yaşamda baş etmek zorunda kaldıkları problemleri ifade ederken öncelikle obez bireylerin fazla kiloları ve dış görünülerinden kaynaklanan psikolojik ve fiziksel neticelerin ele alınmasına ihtiyaç duyulmaktadır.

Obezitenin hastalık ve ölüm oranları bakımından risk faktörü olduğu bilinmektedir. Bireylerde obezitenin var olması durumunda, psikososyal fiziksel ve psikolojik neticelerin ortaya çıktığı görülmektedir. Endokrin hastalıkları, solunum ve metabolizmaya ilişkin rahatsızlıklar, kas ve iskelet sistemi hastalıkları, kalp-damar hastalıkları ve ağır sağlık sorunları obezitenin fiziksel sonuçları olarak ifade edilebilir.<sup>15</sup> Bunlarla birlikte obezite bazı kanser çeşitleri için zemin hazırlayıcı rol oynamakta ve yol açtığı fiziksel problemlerle birlikte psikolojik sorunlara da neden

---

<sup>13</sup> Maria Resch vd., "Obesity as psychosomatic disease". *Eur Psychiatry* 1998; 13, s. 315.

<sup>14</sup> İbrahim Eren ve Özlem Erdi, "Obez hastalarda psikiyatrik bozuklukların sıklığı." *Klinik Psikiyatri* 2003, 6.3, 152-157, s.155.

<sup>15</sup> Christy F. Telch and W. Stewart Agras, "Obesity, binge eating and psychopathology: Are they related?." *International Journal of Eating Disorders*, 1994, 15(1) 53-61, s.57.

olmaktadır. Obez bireylerde benlik saygısı azalmakta ve vücut imajları hakkındaki olumsuz duyguları artmaktadır.<sup>16</sup>

### 1.1.2.2. Psikososyal Sonuçları

Obeziteye ilişkin araştırmalar, etnik farklılıkların obeziteye ait tutumlarda değişikliğe neden olduğunu göstermiştir. ABD’de yapılan bazı araştırmalar, burada yaşayan obez kadınların özellikle sosyal baskılarla yüzleşme konusunda farklılıklara sahip olduğunu ortaya koymuştur. Yapılan bu araştırmalara göre ABD’de yaşayan siyah obez kadınların sayısı, beyaz obez kadınların üç katıdır. Bununla birlikte siyah obez kadınlar, beyaz obez kadınlara göre zayıflama konusunda daha az sosyal baskı ile karşılaşmaktadırlar.<sup>17</sup>

Bazı araştırmalar obezitenin kùltürle ve psikososyal problemlerle olan bağlantısını ön planda tutmaktadır. Obezitenin, kùltürel değerler ele alındığında “çirkin” ve “sağlıksız” olarak algılandığı tespit edilmiştir. Bahse konu durum Sobal ve Stunkard tarafından “Obezite psikolojik bir yük oluşturmaz. Obezite fiziksel bir durumdur. İnsanlar psikolojik yük yaratırlar” şeklinde ifade edilmiştir.<sup>18</sup>

Obezite sanayileşmiş ÷lkelerin büyük kısmında, belirtilmesi gereken karakter kusurları ve algılanan istenmeyen beden görünümlü şeklinde değerlendirilmektedir. Obezite 6 yaş çocukları için bile "aptal", "tembel", "hilebaz", "yalancı" ve "çirkin" olarak ele alınmakta ve algılanmaktadır.<sup>19</sup>

Ayrımcılık, obez bireylerin yüzleşmek durumunda oldukları bir diğer problemdir. Obez bireylerin karşılaştıkları ayrımcılığı anlamak için gerçekteştirilen anketlerin analiz sonuçlarına göre obez bireyler ile obez olmayan bireylerin eğitim düzeyleri karşılaştırıldığında obez bireylerin, normal kilolu yaşıtlarına göre, okullarda daha az eğitim gördükleri, prestijli okullara kabul oranlarının daha düşük olduğu gör÷lmüştür. Bunların yanında, ABD’de yaşayan obez kadınların, obez olmayan ya

---

<sup>16</sup> Janet Bryan and M. Tiggemann, "The effect of weight-loss dieting on cognitive performance and psychological well-being in overweight women." *Appetite* 2001, 36.2, 147-156, s.152.

<sup>17</sup> Carl C. Seltzer and Jean Mayer, "An effective weight control program in a public school system." *American Journal of Public Health and the Nations Health*, 1970, 60.4, 679-689, s.685.

<sup>18</sup> Jeffery Sobal and Albert J. Stunkard, "Socioeconomic status and obesity: a review of the literature." *Psychological Bulletin* 1989, 105.2, 260-275, s.261.

<sup>19</sup> Ken Resnicow, "School-based obesity prevention." *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1993, 699.1, 154-166.

da diğerkronik sađlıklı kadınlara nazaran ciddi anlamda dűşűk ücret aldıkları tespit edilmiştir.<sup>20</sup>

Özellikle sağlık uzmanlarında (beslenme uzmanları, doktorlar, hemşireler ve tıp öğrencileri dahil olmak üzere) obeziteyle ilgili negatif basmakalıp fikir ve olumsuz tutumlarının var olması önemlidir. Bu olumsuz tutumlar obez bireylerin tıbbi yardımla ilgili durumlarının, sağlık uzmanları tarafından isteksizce gerçekleştirilmesine yol açabilir.<sup>21</sup>

Sanayileşmiş ÷lkelerde yaşayan obez çocukların, obeziteye ilişkin en sık karşılaştıkları sonuç zayıf psikososyal fonksiyonlardır. Ergen çocuklar kilolu bir vücut şeklini akademik başarısızlık, zayıf sosyal işlevsellik, sağlık kalitesinde düşűklük, fiziksel aktivitede azalmışık ve kişiliğe ilişkin kusurluluk hali ile bağlantılandırmaktadırlar.<sup>22</sup>

Gerçekleştirilen araştırmalardan anlaşıldığı üzere, obezitenin kişiler üzerinde psikososyal bakımdan negatif neticeleri bulunmaktadır. Gelişmiş ÷lkelerde gerçekleştirilen çalışmalar incelendiğinde, obez insanların günlük yaşamları sırasında sosyal anlamda pek çok zorluk ve engellerle yüzleşmek durumunda kaldıkları gözlenmektedir.<sup>23</sup> Günümüz toplumlarında fiziksel görünümün önemli olarak algılanması nedeniyle, obeziteye ilişkin ayrımcılık ya da ön yargı iş yeri, okul, market benzeri sosyal çevrelerde obez bireylerin karşılaştığı negatif durumlardır. Bu nedenle normal kilolu bireylere göre obez bireylerde yeme bozuklukları, hayattan memnuniyetin azalması gibi durumlarla daha sık karşılaşılmaktadır.<sup>24</sup> Obezitenin psikolojik etkileri, bireylerin fazla kilolu olmasının kabul gördüğü veya olumsuz karşılanmadığı toplumlarda daha azdır. Ancak fiziksel görünümün önemli olduğu toplumlarda obezite, damgalanma ve düşük özgüven gibi sonuçlara yol açmaktadır.

---

<sup>20</sup> Mike Sleaf and Peter Warburton, "Physical activity patterns of primary school children: an interim report. Londres (Royaume-Uni)." **Health Education Authority**, 1990, s.22.

<sup>21</sup> W. Philip James, "A public health approach to the problem of obesity." **International journal of obesity and related metabolic disorders**, 1995, 19, 37-45, s.39.

<sup>22</sup> Robert C. Klesges vd., "Parental influence on food selection in young children and its relationships to childhood obesity." **The American journal of clinical nutrition**, 1991, 53.4, 859-864, s.862

<sup>23</sup> Uma Rajan, "Management of childhood obesity—Singapore perspective." **Proceedings of the First Scientific Meeting on Obesity**. Kuala Lumpur (Malaisie), Malaysian Society for the Study of Obesity (MASSO). 1996, Vol. 1, 131-137, s.135.

<sup>24</sup> Praween Agrawal vd., "The psychosocial factors related to obesity: A study among overweight, obese, and morbidly obese women in India." **Women & Health**, 2015, 55.6, 623-645.



Bununla birlikte obez bireylerin sık sık diyet uygulamak zorunda kalmalarından dolayı psikolojik anlamda olumsuz etkilendikleri görülmektedir.<sup>25</sup>

Obezitenin psikolojik yönüne dikkat çeken Sevinçer,<sup>26</sup> obezite cerrahisi hastalarının cerrahi işlemlerin öncesinde ve sonrasında hastaların yeme bozuklukları, madde kullanımı bozuklukları duygu durum bozuklukları ve diğer ruhsal-toplumsal bozukluklar bakımından değerlendirmeye tabi tutulmalarını önermektedir. Yazar bahse konu hastaların psiko-sosyal açıdan dikkatli bir biçimde incelenmesinin cerrahi işlem sonrasında oluşabilecek olumsuz psikolojik sonuçların önlenmesi açısından önemli olduğunu ifade etmektedir.

Obezitenin, partner seçimi ve eşler arası ilişkiler açısından çeşitli problemlere yol açtığı, obez bireylerin sıklıkla bu gibi problemlerle karşılaştıkları, obezitenin psikososyal etkilerini inceleyen çalışmalarda ortaya koyulmuştur. Obeziteden kaynaklanan negatif durumlar cinsel yaşamı olumsuz etkilemekte, özellikle cinsel birleşme neticesindeki cinsel tatmin seviyesini ve cinsel hayatın kalitesini düşürmektedir. Kulie ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilen çalışma, obez kadınlarda görülen psikolojik ve bedensel değişikliklerin, kadının cinselliğini etkilediğini ve cinsel işlev bozukluğunda artış yaşanmasına neden olduğunu ortaya koymuştur.<sup>27</sup>

Kaneshiro ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilen araştırma, sağlıklı kilolu kadınlara nazaran fazla kilolu ve obez kadınların daha az cinsel ilişkide bulduklarını öne sürmektedir. Obez insanlarda obezite ile bağlantılı komorbid durumların incelendiği araştırmalar, obez insanların büyük kısmında azalmış cinsel işlev ile obezitenin ilişkili olduğunu savunmaktadır. Kilo hakkında gerçekleştirilen klinik çalışmalar ise, erkeklere nazaran kadınlarda daha çok problem meydana gelme olasılığı bulunduğunu göstermektedir. Gerçekleştirilen çalışmalar kapsamında, cinsel işlevsellik konusunda obezitenin negatif etkilerinin olduğu bulgulanmaktadır.<sup>28</sup>

---

<sup>25</sup> Teresa Kulie vd., "Obesity and women's health: an evidence-based review" *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 2011, 24.1, 75-85, s.82.

<sup>26</sup> Güzin M. Sevinçer, "Türkiye'de obezite cerrahisinde psikiyatrik değerlendirme: Uzlaşma ve kılavuz gereksinmesi". *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2016, 17 (2). 5-45, s.42.

<sup>27</sup> Kulie vd., a.g.e., s.83.

<sup>28</sup> Ronette L. Kolotkin vd., "Sexual functioning and obesity: A review." *Obesity*, 2012, 20.12, 2325-2333.

### 1.1.2.3. Psikopatolojik Sonuçları

Obezitenin psikopatoloji ile ilişkisini inceleyen araştırma sonuçlarına göre, obez bireylerde psikopatoloji durumunun yüksek seviyede olduğu görülmektedir. Ayrıca bu araştırmalarda psikopatolojinin, obezitenin ortaya çıkmasında belirleyici etken olduğu öne sürülmektedir. Yine söz konusu çalışmalarda obezite hastalarında beden imgesine ilişkin olumsuz duygulanım ve beden saygısında azalma olduğu görülmüştür. Öte yandan gerçekleştirilen son araştırmalar obezitenin psikopatolojiye sebep olduğunu ifade etmektedir.<sup>29</sup>

Obezitenin psikopatoloji ile olan bağlantısının biliniyor olması bu bağlantının anlaşılmasına yönelik bir çok araştırma yapılmasına neden olmuştur. Bu araştırmaların bir kısmı normal kilolu kadınlar ile obez kadınlardaki psikopatolojiyi anlamaya yönelik yapılmıştır. Psikopatoloji ile obezite ilişkisini anlamaya yönelik Özdel ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilmiş araştırmada obez kadınlarda anksiyete ve depresif bozuklukların ortaya çıkma ihtimalinin yüksek olduğu ileri sürülmüştür.<sup>30</sup>

Deveci ve arkadaşları tarafından obezite ile ilgili yapılan bir araştırma depresif bozukluğun obez hastaların %20'sinde görüldüğü ve obez hastaların %42'sinin ise psikiyatrik bozukluklardan en az birine sahip olduğunu öne sürmektedir.<sup>31</sup>

Orta yaştaki kadınlarla sosyo-ekonomik düzeyin belirleyici olduğu ve depresyon ile obezite ilişkisinin araştırıldığı bir çalışma yapılmıştır. Bu araştırma depresyonun düşük sosyo-ekonomik durum ile pozitif yönlü bir ilişkisinin olduğu ve bu durumun obezite riski oluşturacağını savunmaktadır.<sup>32</sup>

Psikiyatrik bozukluklar ile obezite arasındaki ilişkileri inceleyen başka bir çalışmada obez kişilerde anksiyete ve depresyon düzeylerinin birbirinden bağımsız

---

<sup>29</sup> Thomas A. Wadden and Albert J. Stunkard, "Social and psychological consequences of obesity" *Annals of Internal Medicine*, 1985, 103.6 Part 2, 1062-1067, s.1065.

<sup>30</sup> Osman Özdel vd., "Obez kadınlarda psikiyatrik tanı sıklığı." *Klinik Psikiyatri*, 2011, 14.4, 210-217, s.215.

<sup>31</sup> Artuner Deveci vd., "Obez hastalarda psikopatoloji, aleksitimi ve benlik saygısı." *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2005, 6, 84-91, s.89.

<sup>32</sup> Amelia R. Gavin vd., "The association between obesity, depression, and educational attainment in women: the mediating role of body image dissatisfaction." *Journal of Psychosomatic Research*, 2010, 69.6, 573-581, s.578.

olduğunu ve sosyal fobi ve majör depresif bozuklukların ise obez bireylerde normal kilolu kişilere göre daha fazla bulunduğunu ileri sürülmektedir. Bu araştırmalar neticesinde obezitenin derecesinden ziyade obezitenin varlığının psikopatolojiyle ilişkili olduğu kanaati güçlenmektedir.<sup>33</sup>

Çocuklarda yapılan bazı prospektif çalışmalar ise anksiyete ve depresyonun obezitenin nedeni değil, obezite neticesinde ortaya çıkan psikiyatrik bozukluklar olduğu savunulmaktadır.<sup>34</sup>

Obezite ve psikopatoloji arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmalar neticesinde, psikopatoloji olarak depresif bulguların mevcudiyetinin obez bireylerde daha fazla olduğu görülmüştür. Obez bireylerde depresyonun görülme sıklığının daha fazla olması, bedenleri hakkında daha fazla olumsuz eleştirilere maruz kalmalarından, bedenlerinden memnun olmayışlarından ve buna bağlı olarak benlik saygılarının azalmasından kaynaklanabilmektedir. Özmen ve arkadaşlarının Türk okullarındaki ergenler ile depresyon, beden memnuniyeti ve benlik saygısı ilişkisini incelediği çalışmalarında kendilerini şişman olarak tanımlayan öğrencilerin bedenlerine ilişkin memnuniyet düzeylerinin ve benlik saygılarının normal kilolu öğrencilere göre daha düşük olduğu ifade edilmiştir. Bu araştırma depresyon ve benlik saygısının beden memnuniyetinden belirgin şekilde etkilendiğini savunmaktadır. Çalışmada benlik saygısı düşük ve depresif öğrencilerin beden memnuniyetlerinin de düşük olduğu tespit edilmiştir.<sup>35</sup>Obeziteye ilişkin çalışmaların sonuçları obezitenin açıklanmasında fizyolojik ve genetik etkenlerin yeterli olmadığını aynı zamanda psikolojik faktörlerin de obezitenin oluşumunda belirleyici olduğunu göstermektedir.<sup>36</sup> Obez bireylerdeki olumsuz beden imgesi, zayıf benlik saygısı ve düşük cinsel tatmin seviyesinin pek çok psikolojik etken ile bağlantılı durumdadır<sup>37</sup> Bu nedenle, bu çalışmanın araştırma noktalarından birisi obezitedir.

---

<sup>33</sup> İbrahim Eren and Özlem Erdi, "Obez hastalarda psikiyatrik bozuklukların sıklığı." *Klinik Psikiyatri* 2003, 6.3, 152-157, s.155.

<sup>34</sup> Benjamin J. Sadock vd., *Comprehensive textbook of psychiatry*, 7th ed. Philadelphia: Williams and Wilkins, 2000, s.85.

<sup>35</sup> Dilek Özmen vd., "The association of self-esteem, depression and body satisfaction with obesity among Turkish adolescents." *BMC Public Health*, 2007, 7.1 (2007): 80.

<sup>36</sup> Stunkard ve Wadden a.g.e, s.1062

<sup>37</sup> Eren ve Erdi, a.g.e., s.156

### 1.1.3. Obezite ve Kadın Sağlığı

Obezite metabolik, organik, ruhsal, estetik, toplumsal bir çok sorunu beraberinde getiren bir hastalıktır. Her yaştan ve her sosyal gruptan insanı etkilemekte olan obezite sebep olduğu diğer sorunlarla birlikte en çok kadınların yaşam sürelerine ve yaşam kalitelerine negatif etki etmektedir.<sup>38</sup>

Evlilik, gebelik, doğum sayısı, emzirme süresi, yaş, emeklilik, ergenlik ve menapozal dönemler kadınlara özgü obezite sebepleridir.<sup>39</sup> Bununla birlikte kadınlar genel toplumsal etkenler, çeşitli psikolojik faktörler, sağlıksız beslenme, yanlış yeme alışkanlıkları, yeterince hareket etmeme gibi obeziteye sebep olan faktörlerden etkilenmekte, biyolojik olarak ergenlik dönemi itibariyle erkeklere göre obeziteye daha fazla eğilim göstermektedirler.<sup>40</sup> Kadınlarda bunun yanında adölesan dönemin başlangıcında östrojen hormonu salgılanması neticesinde kas kütesine nazaran vücuttaki yağ dokusu oranı yükselir.<sup>41</sup> Menopoz ve gebelik benzeri bir dizi olay söz konusu yükselmeyi destekler. Her ne kadar vücuttaki yağ dağılım oranına menopoza geçiş döneminin etkileri henüz açıkça ortaya konmamış olsa da, bir takım çalışmalar karın içi yağlar başta olmak üzere merkezi ve yağ birikiminin menopoza geçiş dönemi ile bağlantılı olduğunu ortaya koymaktadır.<sup>42</sup>

### 1.1.4. Obezite ve Toplumsal Cinsiyet İlişkisi

Fizyolojik ve biyolojik faktörler, toplumsal cinsiyet ayrımcılığı, sağlık ve hastalık ilişkisi üzerinde belirleyici rol oynamaktadır. Yine obezite ve obezite neticesinde ortaya çıkan komplikasyonlar, kadınlarda daha sık görülmektedir.<sup>43</sup>

Gelişmiş ülkelerde yapılan araştırmalar, gıda tercihlerinde toplumsal cinsiyet ve bireyin sosyokültürel değerlerinin belirleyici olduğunu ifade etmektedir. Söz konusu araştırmalar kadınların, sağlıklı beslenmeye daha fazla önem verdikleri halde

---

<sup>38</sup> Alberto Cordero vd., "Gender differences in obesity related cardiovascular risk factors in Spain." *Preventive medicine*, 2009, 48.2, 134-139, s.137.

<sup>39</sup> David Haslam, Gender-specific aspects of obesity. *Journal of Mens Health and Gender*, 2005, 179: (2): 179-185, s.182.

<sup>40</sup> Rekia Belahsen and Mohamed Rguibi, "Population health and Mediterranean diet in southern Mediterranean countries." *Public Health Nutrition*, 2006, 9.8A, 1130-1135, s.1132;

<sup>41</sup> Rebecca Kanter and Benjamin Caballero, "Global gender disparities in obesity: a review." *Advances in Nutrition*, 2012, 3.4, 491-498, s.496.

<sup>42</sup> Cordero vd., a.g.e., s.134;

<sup>43</sup> Ayşe Akın, "Toplumsal cinsiyet (gender) ayrımcılığı ve sağlık." *Toplum Hekimliği Bülteni*, 2007, 26.2, 1-9, s.7.

erkeklerle göre kurabiye, çikolata, dondurma benzeri enerji ve şeker düzeyi yüksek, işlenmiş gıdaları daha çok tercih ettiklerini tespit etmiştir.<sup>44</sup> Avrupa ve Amerika Birleşik Devletleri (ABD)' deki ulusal anketler erkeklerin kadınlara kıyasla çok fazla alkol, kadınların erkeklerle nazaran ise daha fazla süt ürünleri tükettiğini ortaya koymaktadır.<sup>45</sup> Dondurma ve benzeri, yüksek şeker içeriğine sahip süt ürünlerinin kadınlar tarafından daha fazla tüketiliyor olması cinsiyetler arasındaki obezite oranının farklılıklar gösteriyor olmasının nedenlerinden biri olduğunu söylenebilir.<sup>46</sup>

Obeziteye ilişkin cinsiyet farklılıklarının sebeplerinden biri de kültürel etkileşimdir. Christakis ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilen çalışma, erkeklerin kadınlara nazaran obez arkadaşlarından daha çok etkilendiklerini, obez bir arkadaşına sahip olmanın erkeklerde obezite riskini %100 artırdığını ifade etmektedir.<sup>47</sup>

Günümüz dünyasının gelişmiş ülkelerinde mesleki roller oldukça hareketsizdir. Bu hareketsizlik durumu kadın ve erkeklerde benzer şekilde obeziteye sebep olmaktadır. Kadın ve erkekler arasında mesleki rollerin hareketsizliğinden kaynaklanan obeziteden etkilenme açısından ciddi bir fark bulunmamaktadır.<sup>48</sup>

Söz konusu durumların tamamı dikkate alındığında, sayısız ekonomik ve sosyo-kültürel etkenler, gelişmiş ülkelerdeki cinsiyete özgü obezite farklılıklarını meydana getirmektedir. Tüm bunlarla birlikte cinsiyet farkı olmaksızın düzenli egzersiz yapmak obeziteyi önlediği gibi bir çok hastalığa yakalanma riskini azaltarak, yaşam kalitesini artırır.<sup>49</sup>

## 1.2. DAMGALAMA KAVRAMININ TANIMI

Damga, Türk Dil Kurumunu tarafından yayınlanan Büyük Türkçe sözlüğüne göre, bir kişinin adını kötüye çıkararak, utanç verici durum şeklinde ifade edilmektedir.<sup>50</sup> Merriam-Webster sözlüğünde ise küçük bir iz, leke, kusur, doğum lekesi benzeri bir

<sup>44</sup> Conley, Dalton, and Rebecca Glauber. "Gender, body mass, and socioeconomic status: new evidence from the PSID." *The Economics of Obesity*. (253-275), Emerald Group Publishing Limited, 2006, s.261.

<sup>45</sup> Haslam, a.g.e., s.179

<sup>46</sup> Kanter ve Caballero, a.g.e., s.491.

<sup>47</sup> Nicholas A. Christakis, James H. Fowler, "The spread of obesity in a large social network over 32 years." *New England journal of medicine*, 2007, 357.4, 370-379, s.377.

<sup>48</sup> Conley ve Glauber, a.g.e., s.270.

<sup>49</sup> Leanne M. Redman, "Physical activity and its effects on reproduction." *Reproductive Biomedicine Online*, 2006, 12.5, 579-586, s.583.

<sup>50</sup>: TDK, "Damga", Büyük Türkçe Sözlüğü, Türk Dil Kurumu. Ankara, 2015. [http://tdk.gov.tr/index.php?option=com\\_bts&view=bts](http://tdk.gov.tr/index.php?option=com_bts&view=bts), (Erişim Tarihi 12.11.2018).

işaret şeklinde ifade edilmektedir.<sup>51</sup> Damga sözcüğü Macmillan Sözlüğünde ise, bireyin itibarının lekeli ya da kınanmış olması, rezillik ya da utanç işareti olarak yer almaktadır.<sup>52</sup>

### 1.2.1.Damgalama kuramı

Damga kuramının sosyolojideki öncüsü sosyolog Erving Goffman, yaptığı tanımda damgayı, insanları gözden düşürücü nitelikler olarak tanımlamaktadır. Sahip olunan bu nitelikler toplumun “normal” gördüğü değerlerde çatışma yaşandığında ortaya çıkar. Damga, kişi ya da grubun toplumda herkes gibi kabul görmesine mani bir işarettir. Goffman, damgaya sahip bireyin daha az değer gördüğü ve hatta neredeyse “tam insan” (not quite human) olarak kabul edilmediğini öne sürmüştür. Damga, kişinin saygınlığını önemli biçimde sarsan bir özelliktir ve bireylerin kendilerine garip ya da anlaşılmaz gelen şeyleri yargılama eğiliminden kaynaklanır. Damgalanma süreci kapsamında, “normal” şeklinde kabul gören baskın bir gruba ihtiyaç duyulmaktadır. Damganın oluşabilmesi için herhangi bir özellik kullanılabilir olsa da, hangi farklılıkların daha itibarsız konumda yer alacağı hükmü, baskın grup tarafından belirlenir.<sup>53</sup>

Goffman'ın öne sürdüğü 3 çeşit “damga” ihtiva eden tipoloji, Kuş-Saillard (2010) tarafından yapılan çalışmada ele alınmıştır. Bunlar:<sup>54</sup>

- i. Fiziksel ve bedensel engeller, form bozuklukları,
- ii. Kişisel karakterde kusur şeklinde kabul gören durumlar,
- iii. Kabileye ait sınıfsal ve etnik damgalar

Birinci grupta yer alan bireylerin sahip oldukları damga fiziksel görünüşlerinden kaynaklanmaktadır. Söz konusu kişilerin bedensel farklılıkları ile ilgili negatif yüklemeler, iğrenme ve tiksintiyle ilişkilidir. Bu gruba ait bireyler dışarıdan bakıldığında farklılıklarının anlaşılabilirliğinin bilincindedirler ve damgalanmalarına sebep olan durumla mücadele etme gayreti gösterirler. İkincisi, hapis yatmış olmak,

<sup>51</sup> Merriam-Webster. “Stigma”, Merriam-Webster Sözlüğü, [https://www.merriam-webster.com/dictionary/stigma?utm\\_campaign=sd&utm\\_medium=serp&utm\\_source=jsonld](https://www.merriam-webster.com/dictionary/stigma?utm_campaign=sd&utm_medium=serp&utm_source=jsonld) (Erişim Tarihi 12.11.2018).

<sup>52</sup> Macmillan, “Stigma”, Macmillan Dictionary, <https://www.macmillandictionary.com/dictionary/british/stigma> (Erişim Tarihi 12.11.2018).

<sup>53</sup> Erving Goffman, *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. New York: Prentice-Hall, 1963, s.1.

<sup>54</sup> Elif Kuş Saillard, Ruhsal Hastalara Yönelik Damgalamaya İlişkin Psikiyatrist Görüşleri ve Öneriler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2010, 21(1):14–24, s.15.

homoseksüel olmak, intihar eğilimli olmak, bağımlılık sorunu yaşamak, ruhsal hastalığı bulunmak, işsiz olmak benzeri, kişisel karaktere ilişkin negatif yüklemeleri kapsar. Bu gruba dahil olan bireyler ise mevcut durumlarını saklayarak damgalanmaktan korunmaya çalışırlar. Üçüncü grupta da ailenin tüm fertlerini kapsayan ve nesiller boyu aktarılan damgalar bulunmaktadır. Bu gruba dahil olan bireyler ulus, ırk, din benzeri nitelikleri olan negatif yüklemeleri ihtiva eden damgaları taşımaktadırlar. Damgaların içerdiği etkenler farklı olsa da sosyolojik açıdan aynı özelliklere sahiptirler ve bireylerin saygınlığını zedeleyici anlam bindirmelerine işaret etmektedirler.<sup>55</sup>

Kişinin damgalanma ile ilişkisi, Goffman tarafından 3 kategoride değerlendirilmektedir:<sup>56</sup>

- i. Damga taşıyan damgalananlar,
- ii. Damga taşımayan 'normaller',
- iii. 'Anlayanlar'- damgalananlarca durumlarını anlayan olarak görülen grup.

Damgalanan bireylerin birlikteyken rahatsızlık ya da utanç duymadıkları kişiler "Anlayanlar" grubunu oluşturur. Bu grubun mensupları marjinal bir geçmişe sahip olduklarından dolayı damgalanan bireyler kendilerinin bu kişiler tarafından normal insan olarak kabul edildiklerini bilirler, onların yanında kendilerini kısıtlama gayreti göstermezler. İki tür anlayanlar grubu vardır. Birinci tip anlayanlar, damgalananlara hizmet sunan iş çevresinde yer alan bireylerdir. Hastadan daha çok protez gören hemşireler, hayat kadınlarına hizmet sunan kadınlar, eşcinsel barda görevli heteroseksüel barmen, bu gruba örnek olarak gösterilebilir. İkinci tip 'anlayanlar', damgalanan bireylerle yakın ilişki içinde olan kişilerdir. Bu kişiler damgalanan bireylerle olan yakın ilişkilerinden dolayı toplum tarafından onlarla aynıymış gibi görülebilmektedir. Damgalanan kişiyle ilgili tüm negatif yüklemeler bu kişilere de aktarılır. Görme engelli bireyin arkadaşı, ruhsal hastalığı bulunan birinin eşi ve hapiste yatan babanın kızı bu gruba verilebilecek örneklerdendir.<sup>57</sup>

Aşağılanma, değersizleştirilme, saldırıya uğrama, dışlanma, reddedilme, ayrımcılık yaşama ve hatta öldürülme, damgalanan bireylerin karşılaştığı negatif

---

<sup>55</sup> Kuş-Saillard, a.g.e., s. 18.

<sup>56</sup> Goffman, a.g.e., 1963, s. 25.

<sup>57</sup> Goffman, a.g.e, 1963, s. 27.

durumlardır. Bununla birlikte damgalanan bireyler yaşadıkları bu olumsuzluklara karşı çeşitli karşılıklar verebilmektedirler. Goffman bu karşılıkları şu şekilde ele almıştır.<sup>58</sup>

- i. Damgalanma fiziksel özelliklerden kaynaklanıyorsa kişi fiziksel eksikliklerini gidermeye ya da gizlemeye yönelik bir gayret gösterebilir. Bununla birlikte eksiklikleri gizlemeye yönelik çaba, bireyin ilerleyen dönemlerde anksiyete ve depresyon gibi psikolojik rahatsızlıklar yaşamasına neden olabilir.
- ii. Damgalanmaya sebep olan durumun değiştirilemeyecek olması halinde ya da tercihen kişi bu özelliklerini bir lütuf olarak kabul edebilir.
- iii. Damgalarını gidermek maksadıyla, damgalandıkları konuda hâkim duruma gelmeye gayret edebilir (engelli olduğu halde kendini yüzmede geliştiren bireyler gibi) veya bireylerin dikkatini, vücutlarının farklı bir bölümüne yoğunlaştırmalarını sağlayabilirler.
- iv. Damgalanmalarına sebebiyet veren özelliklerini, başarısızlıklarının sebebi olarak gösterip, bu özellikler üzerinden kazanç elde edebilirler.
- v. "Normal" bireylerle olan ilişkilerini sonlandırabilirler.
- vi. Damgalanan kişiler, toplumdaki diğer damgalanan birey ve gruplarla ilişkilerini artırabilir, onların yardımına başvurabilirler. Damgayı anlayışla karşılan kişilerle bir arada bulunup, dışlanmışlık duygusundan kurtulmak ve aidiyet kurabilmek için yardım gruplarına dahil olabilirler.

### 1.2.2.Damgalama sembolleri

Damga sembollerinin rolünü "Stigma" adlı kitabında ele alan Goffman, bir şeyi ayrıştırmak için sembollerden yararlandığını ifade etmektedir. Örneğin tekerlekli sandalye, baston, deri rengi ya da traş edilmiş kafa damga sembolleri olarak ifade edilebilir. Bununla birlikte bazı durumlarda damganın kendisi damgalanmaktan korunmak için bir gizlenme aracı olabilir. Mevcut durumundan dolayı damgalanmaktan korkan ve bu eksikliklerini gizlemek isteyen bireylerden bir kısmı, "normal" gibi görünmek maksadıyla, sembollerden yararlanabilir. Örneğin homoseksüel olan birinin, çevrede heteroseksüel algısı yaratmak maksadıyla homofobik şakalar yapması, okuryazar biri gibi görünmek isteyen birinin entelektüel

---

<sup>58</sup> Goffman, a.g.e., 1963, s. 32.



gözlük kullanması, damga sembollerini kullanarak kendi durumunu gizleme çabası olarak nitelendirilebilir.<sup>59</sup>

Damgalananların "normallerle" başa çıkma yöntemleri, Goffman tarafından aşağıdaki gibi açıklanmıştır:<sup>60</sup>

- i. Birey 'normallerin' kötü değil, bilgisiz insanlar olduğu kabulüyle hareket etmelidir.
- ii. Hakaret ve küçümsemeler karşısında cevap vermemeli veya sabırla tersini ispatlamalıdır.
- iii. Damgalanan, mizah ve hatta kendisi hakkında şakalar ile gerginliği ortadan kaldırmaya gayret etmelidir.
- iv. Damgalanan kişi "normallere" onurlu kişiler şeklinde tutum göstermelidir.
- v. Damgalanan kendi güçsüzlüğünü önemli bir konuşma esnasında ortaya koymalı.
- vi. Damgalananın konuşmada karşı tarafa duyduğu bilgiden şoku atlatmak maksadıyla duraklaması gerekir.
- vii. Damgalananın izinsiz sorulara müsaade edip yardımcı olması gerekir.
- viii. Damgalananın "normali" rahatlatmak maksadıyla kendisini de "normal" olarak kabul etmesi gerekir.

Goffman'ın kitabında üzerinde durduğu noktalardan biri de, "normal" ve "damgalı" olmanın somut bir durumdan ziyade, kültürle aktarılan, bilinçsizce içselleştirilen ve yeniden üretilen normlar şeklinde sosyal temaslarda ortaya çıkan bakış açıları olduklarıdır.<sup>61</sup> Damgadan anlaşılması gereken, toplumsal etkileşimlerin ve ilişkilerin sürdürülmesinde, iki toplumsal aktör arasında geçen bir hikâye olarak ifade edilebilir. İçinde bulunduğumuz zamanda normal tanımlayan bir niteliğin, ilerleyen dönemlerde bir damgaya evrilmesi ihtimal dahilindedir. Damga kavramı, "normaller" ve "damgalılar" olarak ikiye bölünmüş somut bireyler topluluğundan çok,

---

<sup>59</sup> Rachel A. Smith, "Segmenting an audience into the own, the wise, and normals: A latent class analysis of stigma-related categories." *Communication Research Reports* 2012, 29.4, 257-265, s.263.

<sup>60</sup> Erving Goffman, *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Simon and Schuster, 2009. s.21.

<sup>61</sup> Goffman, a.g.e., 2009, s.23.

bir takım ilişkiler kapsamında ve yaşamın belli safhalarında, bireylerin tamamını iki rolü de oynamaya sevk eden, mekandan bağımsız bir toplumsal süreçtir. <sup>62</sup>

### 1.2.3.Damgalamanın sonuçları

Major, Crocker ve Steele' in ifadesiyle: "Damgalanan bireyin sosyal kimliği kendisinin insanlığını sorgular- bireyi lekeler, değersiz hale getirir ve başka bireylerin gözündeki değerini azaltır". Damgalama, damgalayan tarafından ise öğrenme, tehdit, insanlıktan çıkarma ve stereotipik karikatürlere kadar benlikten çıkarmayı kapsamaktadır. Damgalama bu nedenle sosyal ve kişisel bakımdan ciddi sonuçlara yol açar. <sup>63</sup>

Son yarım yüzyılda önyargı ve sterotipin sosyo-psikolojik açıdan incelenmesi hususunda ciddi değişiklikler ortaya çıkmıştır. Sosyal psikologlar önyargının problemlilik kişilik özelliklerinden ziyade, bireylerin bilişsel kabiliyet ve sınırlarının doğal (arzu edilmeyen de olsa) neticesi şeklinde ele almaktadırlar. Yine bu araştırmalar damgalanmanın her bireyin kişiliğine ilişkin olumsuz, derin ya da patolojik sonuçlar doğurmayacağını, damgalanan bireylerin de tıpkı damgalanmayan bireylerin öz değerlerini tehdit eden durumlarda ortaya koyduğu gibi karşı koyma düzeneği benzeri mekanizmalara sahip olduklarını bu nedenle damgalanmanın her bireyi aynı şekilde etkilemeyeceğini öne sürmektedir. Netice itibariyle, damgalanan grupta da damgalanmayan gruptakine benzer biçimde önemli birey farklılıkları bulunmaktadır. Dolayısıyla damgalayan ve damgalanan için damga süreci patolojik değildir ve duruma istinaden dinamik, spesifik, karmaşık özelliktedir. <sup>64</sup>

Damgalanmaya sebep olan bir özellik tarih içinde her zaman damgalanma nedeni olmayabilir. Damgalama sosyal yapıya benzer özellikler göstermektedir. Bu nedenle değişen koşullar damgalanma sebeplerini değiştirebilir. Birey bu gün damgalandığı konuda gelecekte damgalanmayabilir ya da bu gün damgalanmasına neden olmayan bir özelliğinden dolayı gelecekte damgalanma ile karşı karşıya kalabilir. Crocker ve Quin, damgalama nedeniyle ortaya çıkan sonuçların, neticesinde oluşturduğu durumun birey için hangi anlamı belirttiğine göre değiştiğini

<sup>62</sup> Ruth A. Wallace, Alison Wolf, **Çağdaş Sosyoloji Kuramları**, Çev. Leyla Elburuz ve M. Rami Ayas. Doğubatu Yayınları, 2004, s.32.

<sup>63</sup> Jennifer Crocker vd., "Social stigma: the psychology of marked relationships." **The Handbook of Social Psychology**, 1998, 2, 504-553, s.545.

<sup>64</sup> Jennifer Crocker and Brenda Major, "Social stigma and self-esteem: The self protective properties of stigma". **Psychological Review** 1989; 96, 608-630, s.625.

savunmaktadırlar. Kendini damgalanan grubun üyesi olarak gören bireyler, çevreleri farkına varmasa da kendilerini aşağılanmış olarak algılamakta ve psikolojik problemler yaşamaktadırlar. Ancak damgalanma tecrübesi öz saygıya ciddi anlamda zarar verse de, damgalanan bireylerin pek çoğunun performans ve özsaygı seviyesi yüksek olup, güçlüklerin ve tecrübe ettikleri olumsuz deneyimlerin üzerinden gelme kabiliyetine sahip kimselerdir.<sup>65</sup>

#### 1.2.4. Damgalamanın sosyal psikolojisi

Ayıt edici nitelikleri ifade eden farklılıkları tanıma veya işaretleme ve bunun neticesinde bireyi değerden düşürme, damgalamanın iki esas bileşenidir. Damgalamaya ilişkin yapılan güncel tanımlar, damgalamanın dinamik ve içeriksel doğası üzerine yoğunlaşmışlardır. Jones ve arkadaşları tarafından damgalamanın ilişkiyel bir periyot olduğu gözlemlenmiştir. Bir birey tarafından sapkın ve kötü şekilde kabul gören bir durum, farklı bir birey tarafından iyi ve çekici olarak yorumlanabilir.<sup>66</sup> Benzer biçimde Crocker, damgalamanın bireyleri sadece belli bir sosyal bağlamda değersizleştirdiğini, bireye ait bir özelliğın damgalanıp damgalanmayacağı, fiziksel ortam ve sosyal bağlam kapsamında belirleneceğini söylemektedir.<sup>67</sup> Damgalama, bireyin kimliğı ve karakteristik özellikleri dikkate alındığında, 'sapma' ve 'marjinallik' kavramları ile benzerlik göstermektedir.<sup>68</sup> Sapma olgusu genel olarak belirli bir grupta bulunan normlardan ayrılmayı belirtmekte ve ananelerle bağdaşmayan olgu ve davranışları içermektedir. Sapan birey tutum ve davranışlarında değışiklik göstermediğı takdirde, iletişimler sonlandırılır ve gruba dahil edilmez.<sup>69</sup>

Gerhard Falk, Goffman'ın çalışmasında yer alan sapma kavramını tekrardan tanımlanmıştır. Falk sosyal sapmanın, sapkın olma durumu sonucunda damgalanmışlık ile bağlantılı olduğunu ifade etmiştir. Bu sebeple eşcinsellik, sosyal sapkının bir örneğı olarak görülmektedir. Çünkü eşcinselliğın sosyal beklentilerle ve normlarla bağdaşmadığı konusunda yaygın bir görüş birliğı bulunmaktadır.<sup>70</sup>

<sup>65</sup> Jennifer Crocker and Diane M. Quinn, "Psychological consequences of devalued identities." *Blackwell Handbook of Social Psychology: Intergroup processes*, 2001, 4, 238-257, s.255.

<sup>66</sup> Edward E. Jones vd., *Social Stigma: The Psychology of Marked Relationships*. W.H. Freeman & Company 1984, s.102.

<sup>67</sup> Crocker vd., a.g.e., s.518.

<sup>68</sup> Deborah E. S. Frable, "Dimensions of marginality: Distinctions among those who are different." *Personality and Social Psychology Bulletin*, 1993, 19.4, 370-380, s.377.

<sup>69</sup> Nuri Bilgin, *Sosyal Psikoloji Sözlüğü*. Ankara: Bağlam Yayıncılık; 2007, s.87.

<sup>70</sup> Gerhard Falk, *STIGMA: How We Treat Outsiders*. New York: Prometheus Books; 2001, s.45.

Özel bir durumda normların dışında kalan, sapkın olduğu varsayılan davranışlar, durumsal sapma olarak tanımlanabilir. Durumsal sapma olarak kabul edilen davranışlar toplum tarafından daima sapkın şeklinde etiketlenmez. Benzer biçimde sosyal sapma da bazı durumlarda sapkın şekilde kabul görmeyebilir.<sup>71</sup>

Marjinalite Frable tarafından, istatistiksel biçimde merkezi ve sıra dışı olarak kabul gören sosyal grup içerisinde yer almak şeklinde ifade edilmektedir. Ötekileştirilmiş ve sapkın olarak damgalanan birey de, normatif beklentilerden ayrılığı simgeleyen kimse olarak ele alınmaktadır. Bunun yanında, marjinal ve sapkın birey olağan dışı olumlu nitelikleri dolayısıyla da ötekileştirilebilirken (zengin olmak benzeri), damgalama olgusunda, bireyler yalnızca arzu edilmeyen nitelikleri nedeniyle damgalanırlar.<sup>72</sup>

Anlam bakımından birbirine benzeyen ayrımcılık ve damgalanma kavramları bazı farklılıklar taşımaktadır. Ayrımcılık, toplumda yer alan birey ya da grupların, önyargı ve damga dolayısıyla diğerlerinin bir takım hak ve menfaatlerini elinden almasıdır. Damgalama ise önyargıların oluşturduğu ayrımcılık neticesinde ortaya çıkar. Bununla birlikte ayrımcılığa uğrayan birey suçlu hissetme eğilimi göstermezken damgalanan bireyler suçluluk hissi taşımaya eğilimlidirler.<sup>73</sup> Bunun yanısıra damgalama, önyargı kavramı ile bağlantılı bir kavramdır. Önyargı Bilgin tarafından, belirli bir grubun mensuplarına, yalnızca bu gruba mensubiyetleri nedeniyle, hiç bir gerçek kanıt bulunmaksızın peşinen sergilenen olumsuz tutum şeklinde ifade edilmiştir.<sup>74</sup>

Damgalama, sapmaya karşı bireysel bazlı tepkilerin yanında grupsal tepkileri de içerdiğinden, önyargıya nazaran daha kapsayıcı bir kavramdır. Yani damgalama, önyargı ve sapmayı kapsadığı gibi bunların ötesinde bir anlam taşımaktadır. Özünde bulunan sosyal kontrol sebebiyle damgalama sosyal bir fenomen özelliğindedir. Damgalanma toplumun var oluşuna bağlı bir fenomendir. Damgalanmanın olabilmesi için toplumun, yani bireyin var olması gerekmektedir.<sup>75</sup>

---

<sup>71</sup> Todd F. Heatherton vd., *The Social Psychology of Stigma*. Guilford Press, 2003, s.53.

<sup>72</sup> Frable, a.g.e., s.378.

<sup>73</sup> Onur Fevzi Erer, "Tüberküloz ve Damgalanma: Toplumsal Bakış". *Toraks Bülteni*, 2014; (6), 54–57, s.55.

<sup>74</sup> Nuri Bilgin, *Sosyal Psikoloji*. İzmir: Ege Üniversitesi Basımevi; 2013, s.96.

<sup>75</sup> Heatheron vd., a.g.e., s.67.

Damga, bireylerin statüsünü düşürüp onları özel bir grup formuna dönüştürerek, normal olan 'biz' ve olumsuz şöhretli 'onlar' ayrımı meydana getirmektedir.<sup>76</sup> Sosyolog Bruce Link ve Jo Phelan, damgalamanın 4 etkenin bir araya gelmesi neticesinde meydana geldiğini savunmaktadırlar:<sup>77</sup>

- i. İnsanlar toplumun değişik kesimlerini ayırır ve etiketlerler,
- ii. Etiketlenenler, baskın durumdaki kültürel inançlarca olumsuz özelliklerle ilişkilendirilirler,
- iii. Etiketlenen bireyler 'onlar' ve 'biz' ayrımını gerçekleştirecek farklılaşmış gruplara dahil edilirler,
- iv. "Onlar" kategorisinde dahil edilen etiketlenenler, eşitsiz şartlara sahip olmaya neden olan ayrımcılık ve statü kaybı yaşarlar.

#### 1.2.5.Damgalama çeşitleri

Leyens ve arkadaşları toplum tarafından görünür olmak, denetlenebilir ve denetlenemez olmak üzere 3 tip damga bulunduğunu savunmaktadır. Damgaların bir kısmı toplum tarafından görünür olan durumdadır. Genetik zeka geriliği benzeri durumlar denetlenemez olarak görülürken, obezite benzeri durumlar denetlenebilir olarak görülür.<sup>78</sup> Bahse konu durumda bağımlılık, sorumluluk konusu olan ve denetlenebilen bir damga olarak görülmektedir.<sup>79</sup>

Jones ve arkadaşları damgalama koşullarına ilişkin 6 boyutu değişik bir metottan yararlanarak ifade etmişlerdir:<sup>80</sup>

- i. "Gizlenebilirlik"-damgalanan niteliğin görülme seviyesi (homoseksüellik, yüz biçimsizliği).
- ii. "Damganın gidişi" - damgalanan niteliğin zaman ilerledikçe güçleşebileceği veya hafifleyebileceği ile alakalıdır (çoklu skleroz, körlük).
- iii. "Yıkıcılık" - damgalanan niteliğin kişilerarası ilişkileri ne seviyede bozduğu ile alakalıdır.

<sup>76</sup> Nuri Bilgin, *Sosyal Psikoloji*, Ankara: Bağlam Yayıncılık, 2007, s.88.

<sup>77</sup> Bruce G. Link and Jo C. Phelan, "Conceptualizing Stigma". *Annual Review Sociology*, 2001, 27(1), 363–85.

<sup>78</sup> Jacques-Philippe Leyens vd., "Stereotype threat: Are lower status and history of stigmatization preconditions of stereotype threat?." *Personality and Social Psychology Bulletin*, 2000, 26.10, 1189-1199, s.1197.

<sup>79</sup> Nuri Bilgin, *Sosyal Psikoloji*. İzmir: Ege Üniversitesi Basımevi; 2013, s.96.

<sup>80</sup> Jones vd., a.g.e., s.103.

- iv. "Estetik"-damganın gösterişsizliği ile alakalıdır.
- v. "Köken" - damganın meydana gelme sebebi: kaza sonucu, doğuştan veya bireyin sorumsuzluğu benzeri.
- vi. "Risk"- damgalanan niteliğin diğerlerine olabilecek tehlike algısı ile alakalıdır (aşırı kilolu olmak, ölümcül bulaşıcı hastalığı bulunmak benzeri).

Empirik tanımlama maksatlı çalışmalar neticesinde, damgalamanın 3 ana boyutu ortaya konmuştur. Bu üç ana boyut; damgalanan niteliğin algılanan riski, görünebilirliği ve kökenidir. Crocker, damgalayan ve damgalanan için damganın en önemli boyutlarının "kontrol edilebilirlik" ve "görünebilirlik" olduğunu ileri sürmektedir. Kontrol edilebilirlik boyutu, damgalanan kişinin damgalanmaya neden olan niteliğin var oluşunda sorumluluğu olması anlamına gelir. Yani kişi damgalanmasına kendisi neden olmaktadır ve istediği takdirde bu duruma son verebilir. Kontrol edilebilen damgaların, kontrol edilemeyenlere göre daha fazla yadsınması ve daha az hoşgörü ile karşılanması nedeniyle, "kontrol edilebilirlik" boyutu önemlidir. Damganın görünebilirliği ise, bireyin damgayı gizleme ve damgalamanın üstesinden gelme yetisini ifade eder.<sup>81</sup>

#### 1.2.6. İçselleştirilmiş Damgalama

Ruhsal hastalığı bulunan kişilerin, psikiyatriye başvurup tanı almalarını müteakip, kötü davranış veya açık bir ayrımcılıkla karşılaşmalar dahi kendilerini damgalanmış hissettikleri tespit edilmiştir. Bahse konu hastalarda, kendilik değerinde düşme, negatif otomatik düşüncelerde artma, durumundan utanç duyma, yetersizlik hisleri ve sosyal ilişkilerden kaçınma görülmektedir. Psikiyatrik tanının damgalayıcı içeriği ne denli yüksek ise, söz konusu belirtilerin seviyesi de o kadar yükselmektedir.<sup>82</sup>

Öz damgalama veya içselleştirilmiş damgalama, ruhsal hastalığı bulunan bireyin, halkın geneli tarafından kabul gören yetersizlik, tehlikelilik benzeri damgalayıcı görüşleri benimsemesidir. Birey tarafından geliştirilen ve tutunulan yanlış

---

<sup>81</sup> Crocker vd., a.g.e., s.525.

<sup>82</sup> Emin Oryal Taşkın, "İçselleştirilmiş damgalama ve damgalama algısı". *Stigma ruhsal hastalıklara yönelik tutumlar ve damgalama*. (31-40), E. O. Taşkın (Ed.), İzmir: Meta Basım ve Matbaacılık; 2007. s. 35.

inançların (hayatımı idare etmede yetersizim veya başkaları için zararlıyım) muhteviyatı, içselleştirilmiş damgalama şeklinde ifade edilmektedir.<sup>83</sup>

### 1.2.6.1. İçselleştirilmiş Damgalamanın Sosyal Bilişsel Modeli

Basmakalıp fikirler sosyal bir grubun pek çok mensubunun bildiği bilgi yapılarıdır. Toplum içinde ruhsal hastalıklarla ilgili basmakalıp fikirlere rastlanmaktadır. Tehlike, suçlama ve yetersizlik, ruhsal hastalıklar hakkındaki basmakalıp fikirlerdendir. Bireylerin önemli bir kısmı basmakalıp düşüncelerin farkındadır. Ancak önyargılı bireyler, bahse konu olumsuz basmakalıpları kabul eder (ruhsal hastalıklı bireylerin tamamı saldırgandır) ve bu durum neticesinde olumsuz duygusal tepkiler sergilerler (onların tamamı beni korkutur). Önyargının sonucu olarak, bu durumdaki kişilere yönelik ayırım ortaya çıkar. Basmakalıp fikirlere kaynaklanan korku, bireylerde kaçınma davranışına yol açar. İşverenlerin çalışma ortamlarında ruhsal hastalıklı insanları tercih etmemeleri ve yaptıkları iş karşılığında onlara ücret vermemeleri, bu duruma örnek olarak ifade edilebilir.<sup>84</sup>

İçselleştirilmiş damgalama da, toplum damgalamasına benzer biçimde; önyargılar, basmakalıplar ve ayırım neticesinde meydana gelmektedir. İçselleştirilmiş damgalama bireylerde şu süreci takip eder; İlk olarak, önyargıları kendilerine döndüren bireyler basmakalıpları kabul ederler “bu doğru, ben zayıfım ve öz bakımım için yeterli değilim”. İkinci olarak bireysel önyargılar, benlik saygısının azalması ve öz yeterlilik seviyesinin düşmesi benzeri olumsuz duygusal tepkilere neden olur. Bunun yanında, kişisel önyargılar bireylerde çeşitli davranışsal yanıtlara sebep olur. Ruhsal hastalığı olan insanlar, önyargıları nedeniyle, çalışmayı sonlandırırlar.<sup>85</sup> Bağımsız yaşama olanaklarını değerlendirmezler. Bu kişilerde ruhsal hastalıktan ziyade hastaların kendilerinden kaynaklanan ayırım davranışları, sorun yaşamalarına neden olmaktadır.<sup>86</sup>

---

<sup>83</sup> Philip T. Yanos vd., “Narrative enhancement and cognitive therapy: a new group based treatment for internalized stigma among persons with severe mental illness”. *Journal of International Group Psychotherapy* 2011;61:576-95, s.590.

<sup>84</sup> Nicolas Rüşch vd., “Mental illness stigma: concepts, consequences and initiatives to reduce stigma” *European Psychiatry*, 2005, 20, 529-39, s.530;

<sup>85</sup> Patrick W. Corrigan vd., “Self-stigma and the “why try” effect: impact on life goals and evidence-based practices”. *World Psychiatry* 2009, 8, 75-81, s.79.

<sup>86</sup> Kelvin M. T. Fung vd., “Measuring self stigma of mental illness in china and its implications for recovery”. *International Journal of Social Psychiatry*, 2007, 53, 408-18, s.415

Damgalayıcı durumlar bireye yanlış anlaşılmiş, utanmış veya farklı hissettirebilir. Damgalama en nihayetinde, damgalanan bireylerin, damgalayanlar ile girdikleri sosyal etkileşimler esnasında güçlükler yaşanmasına neden olur ve rahatsızlık verir. Söz konusu dönem sosyal çevrede daha fazla daralma, gelir kaybı ve işsizlik, benlik saygısının azalması, hayat kalitesinden ödün verme ve depresif semptomlar ile neticelenir.<sup>87</sup>

### 1.2.6.2. İçselleştirilmiş Damgalamanın Hasta Üzerindeki Etkileri

Damgalamaya benzer biçimde damgalanma algısı da, hastaların iyileşme döneminde ve sağaltım sürecinde, ciddi bir engel teşkil etmektedir. Hastaların kendilerinden kaynaklanan öznel damgalama, psikiyatrik yardıma başvurmaktan uzak durmalarına neden olur. İçselleştirilmiş damgalama hasta bireylerin iyileşme sürecinin gerektiği gibi ilerlemesini engellediği ve hatta hastalık belirtilerinin artmasına neden olduğu için hastaların aleyhinedir.<sup>88</sup>

Damgalanma hissi ve kendilik saygısı, birbirleriyle etkileşim içindedir. Damgalanmışlık hissi hasta bireylerin kendilik saygısını azaltmaktadır. Suçluluk ve utanç duygusunu beraber getiren düşük kendilik saygısı, sosyal uyumda bozulmaya ve moral bozukluğuna neden olmaktadır.<sup>89</sup> Verhaeghe ve arkadaşları tarafından yapılan çalışma, benlik saygısı ile damgalanmanın negatif ilişkili olduğunu öne sürmektedir. Rehabilitasyon merkezine gitmesi sebebiyle içinde bulunduğu sosyal çevre tarafından dışlanan hastaların, düşük benlik saygısına sahip olduğu görülmüştür. Rehabilitasyon merkezine devam eden hastalarla yapılan çalışmalarda eş desteği ile benlik saygısının birbiriyle pozitif ilişkili olduğu belirlenmiştir. Bu araştırmalara göre pozitif bireysel değerlendirmeye sahip olan hastalar, eşleri tarafından değerli ve saygıdeğer görüldüklerini ifade etmişlerdir. Eş desteği düşük olan hastaların ise damgalanmayı daha fazla tecrübe ettikleri görülmüştür.<sup>90</sup>

Damgalanma algısının bir diğer önemli neticesi, hasta bireylerin kendilerini toplumda hak ettikleri konumda görmemeleri, hatta topluma ait hissedememeleridir.

<sup>87</sup> Bruce G. Lin vd., "On describing and seeking to change the experience of stigma". *Psychiatric Rehabilitation Skills* 2002, 6, 201-31, s.225.

<sup>88</sup> Debbie Peterson vd., *Fighting with shadows: self-stigma and mental illness*. 1st ed. Auckland: Mental Health Foundation of New Zealand; 2008, s.101.

<sup>89</sup> Rüşch vd., a.g.e., s.532.

<sup>90</sup> Mieke Verhaeghe vd., "Stigmatization and self-esteem of persons in recovery from mental illness: the role of peer support". *International Journal of Social Psychiatry*, 2008, 54, 206-18, s.215.



Damgalanma algısıyla bireyler, hastalık etkilerinden bağımsız biçimde, geçmiş mesleki ve toplumsal rollerini yeniden edinememektedirler. Hasta bireyler damgalanma algısının yarattığı psikolojik sebeplerden dolayı kendilerini toplumdan dışlamaya ve davranışsal kaçınmaya neden olmaktadır. Hastalık öncesi toplumsal işlevselliğine tekrar kavuşamayan ve toplumsal bağları azalan bireyler daha çok damgalanmaktadırlar.<sup>91</sup>

### 1.2.6.3. İçselleştirilmiş Damgalama İle Başa Çıkma

Utanmışlık duygusu, ruhsal hastalığı bulunan pek çok birey için farklılık, ayırım ve toplumsal değersizleştirme neticesinde yaşadıkları bir durumdur. Üstesinden gelme yaklaşımlarına başvurmak, hasta bireylerin reddedilmeyi azaltmak veya kaçınmak amacıyla tercih ettikleri bir yoldur. Damgalamayı azaltma doğrultusunda tertiplenen eğitim programına katılmayı müteakip “ben onlardan farklıyım” gibi aktif biçimde meydan okuma, tedavi sürecini gizli tutma, reddedilmeye sebep olan sosyal etkileşimlerden kaçınma gibi davranışlar, üstesinden gelme yaklaşımlarıdır. Ancak üstesinden gelme gayretlerinin bir kısmı bireylerin sorunları ile baş etmesinde yardımcı olurken, bir kısmı ise durumu daha da olumsuz etkileyebilir. Örneğin, geri çekilme sosyal etkileşim seviyesini düşürür ya da gizlilik, aralıklı kişisel gözlem ihtiyacı doğurur. Bununla birlikte meydan okuma kısa vadede bireyi acı veren reddedilmelere iterken, uzun vadede damgalamayı azaltabilir.<sup>92</sup>İyileşme süreci üzerindeki olumsuz etkileri dolayısıyla hasta bireylerdeki kendini damgalama durumu değerlendirilmeli, özellikle rehabilitasyon çalışmaları esnasında kesinlikle gözardı edilmemelidir.<sup>93</sup> Ruhsal hastalığı bulunan insanlarda içselleştirilmiş damgalamayı azaltmak ya da ortadan kaldırmak için tavsiye edilen metodlardan biri eğitimidir. Damgalamanın tüm tiplerinin verdiği zararlardan bireyleri korumak ya da damgalanmışlığın olumsuz etkisini en aza indirmek için ruhsal hastalığı olan insanların eğitimine odaklanılması gerekir.<sup>94</sup>Ruh sağlığı sorunları yaşayan hastalara, ruh hastalıkları hakkında ve yaşadıkları mevcut duruma ilişkin doğru bilgi verildiğinde,

---

<sup>91</sup> Yanos vd., a.g.e., s.582.

<sup>92</sup> Link vd., a.g.e., s.221.

<sup>93</sup> Verhaeghe vd., a.g.e., s.216.

<sup>94</sup> Peterson vd., a.g.e., s.102.

hastalıklarıyla ilgili olumsuz inançları azalacak, içselleşmiş damgalamanın negatif etkilerinin üstesinden gelebileceklerdir.<sup>95</sup>

İçselleştirilmiş damgalamayı azaltma konusunda Hayward ve Bright tarafından ortaya konan yaklaşımlar aşağıda ifade edilmiştir.<sup>96</sup>

- i. Damgalama gerçeği kabul edilmeli ve etkilerini azaltmak maksadıyla bazı adımlar atılmalıdır. Birinci adım olarak, bilişsel davranışçı yaklaşımdan yararlanılarak hastaların tamamının damgalayıcı inançları ortaya konabilir.
- ii. Ruhsal hastalıkların bütüncül kavramı psikososyal ve biyolojik modelleri kapsamalı, hasta bireyle paylaşılmalıdır. Hastaya psikososyal faktörlerin etkisinin vurgulanması, damgalamanın ve hastalığın etkisinin hafifletilmesi maksadıyla adımlar atılabileceği hissini verir. Bahse konu adımlar, bireysel yönetim becerilerini ilerletmeyi, bireyin hastalığı üzerindeki kontrol seviyesini yükseltmeyi kapsamalıdır. Stresi azaltma ve nükslerden kaçınmada, sağlıklı yaşam döngüsü yaratma, hasta birey ile beraber ele alınmalıdır. Bu maksatla da günü yapılandırmaya, gerçekçi öncelik ve hedefler belirlemeye gayret gösterilmelidir. Bu hususta anahtar nokta, bireyin öz yeterlilik ve kişisel değer duygusunu yaratmada yeteneklerini ve becerilerini ilerletmesini sağlamaktır.
- iii. Sağlık ve hastalığa ilişkin keskin ayırım yapmaktan sakınılmalıdır. Burada tanı etiketinin uygulanmasından ziyade, belirli bir olumsuzluğun yönetimine vurgu yapılmalıdır. Ruh sağlığı bakımının yeni ortaya çıkan modeller doğrultusunda, kontrol ve öz yeterlilik hissi oluşturulmaya gayret gösterilebilir. Hedef belirleme, birbirine zıt görünen davranışlar ile ruhsal hastalığın zararlı bir kavramı üzerine yoğunlaşmalıdır.<sup>97</sup>

### 1.3. OBEZİTE VE DAMGALAMA İLİŞKİSİ

Obezite, fiziksel görünüm açısından olumsuz olarak algılanmakta ve neden olduğu fiziksel görünüm, bireyler tarafından benimsenmemektedir. Obezite bireyleri

---

<sup>95</sup> Amy Watson and Patrick Corrigan, "The impact of stigma on service access and participation." **A guideline developed for the behavioral health recovery management project**. 1st ed. Chicago: Behavioral Health Recovery Management; 2001. p. 13-17

<sup>96</sup> Peter Hayward and Jennifer A. Bright, "Stigma and mental illness : A review and critique". **Journal of Mental Health** 1997, 6, 345-54, s.351.

<sup>97</sup> Hayward ve Bright, a.g.e., s.351.

özellikle fiziksel görünümüne ilişkin damgalanmayla karşı karşıya bırakılmaktadır. Kiloya ilişkin damgalama; olumsuz tutumlar (Ör: “Obez insanlar beni rahatsız ediyor” yaklaşımı), ön yargılı kararlar (Ör: “Obez insanlar tembeldir” ön yargısı), sözlü saldırılar (Ör: “Şişko, göbekli” vb. lakapların kullanılması), fiziksel damgalama (Ör: uygunsuz dokunuşlar, saldırgan tutumlar) ve fiziksel engeller (Ör: Dar sandalyeler, obezlerin kullanamayacağı şekilde araçlar) şeklinde meydana gelebilmektedir. Bunlara ilave olarak, kilo damgalaması çoğu zaman obez bireyler tarafından kendilerine de yapılmakta ve kendileri bu damgalamayı içselleştirmektedir.<sup>98</sup>

Obez bireyler sıklıkla obezite damgalamasının fiziksel ve psikolojik olumsuz etkileri ile yüzleşmek zorunda kalmaktadırlar.<sup>99</sup> Bu konuda yapılan çalışmalarda, kilo önyargısı ve yemek yeme alışkanlıkları arasındaki ilişki yeteri kadar açıklanamazken,<sup>100</sup> kiloya ilişkin damgalamanın bireyde fiziksel sağlık durumunun kötü olması ve depresyon, utanç duyma gibi olumsuz psikolojik durumlara neden olabileceği bilinmektedir.<sup>101</sup> Diğer taraftan kiloya ilişkin damgalamanın çok az düzeyde fiziksel aktivitenin yapılması, kilo vermede başarısız sonuçlar alma ve uygun olmayan yemek yeme davranışları ile ilişkili olabileceği ifade edilmiştir.<sup>102</sup>

Ashmore ve diğerleri<sup>103</sup> obezite tedavisi alan erişkinleri kiloya ilişkin damgalama, psikolojik sıkıntı ve aşırı yemek yeme durumları yönünden incelemiştir. Çalışmada 93 obez erişkinine yapılan anket sonucunda kiloya ilişkin damgalama aşırı yemek yeme ile ilişkilendirilmiştir. Yazarlar diğer taraftan psikolojik sıkıntı ve yaşanan damgalamaların kiloya ilişkin damgalama da aracılık ettiğini tespit etmiştir.

Ratcliffe ve Ellison<sup>104</sup> obezite ve kiloya ilişkin içselleştirilmiş damgalamayı bir psikolojik problem olarak incelemiştir. Yazarlar obezitenin artmasıyla kiloya ilişkin

---

<sup>98</sup> Laura E. Durso and Janet D. Latner, “Understanding self-directed stigma: development of the weight bias internalization scale”. *Obesity*, 2008, 16, 80-86, s.82.

<sup>99</sup> Rena R. Wing and Suzanne Phelan, “Obesity”. *In Handbook of Health Psychology* (1st ed, pp. 333-352). A. Baum, T. Revenson, & J. Singer (Eds.), New York: Psychology Press. 2012, s.339.

<sup>100</sup> Rebecca M. Puhl and Chelsea A. Heuer, “The stigma of obesity: a review and update”. *Obesity*, 2009, 17, 941-964, s.960.

<sup>101</sup> Jonathan Mond vd., “Obesity, body dissatisfaction, and emotional well-being in early and late adolescence: findings from the project EAT study”. *Journal of Adolescent Health*, 2011, 48, 373-378, s.375

<sup>102</sup> Jason D. Seacat and Kristin D. Mickelson, “Stereotype threat and the exercise/dietary health intentions of overweight women”. *Journal of Health Psychology*, 2009, 14, 556-567, s.565

<sup>103</sup> Jamile A. Ashmore vd., “Weight-based stigmatization, psychological distress, & binge eating behavior among obese treatment-seeking adults”. *Eating Behaviors*, 2008, 9(2), 203-209, s.207.

<sup>104</sup> Denise Ratcliffe and Nell Ellison, “Obesity and internalized weight stigma: A formulation model for an emerging psychological problem.” *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 2015, 43.2, 239-252, s.249.

içselleştirilmiş damgalamanın da arttığını tespit etmişlerdir. Araştırmada obez bireylerin kendilerine yönelik olumsuz yargılarında, düzensiz yemek yeme alışkanlıklarının ve başarısız kilo düzenlemesinin etkili olduğu görülmüştür.

Lillis ve diğerleri<sup>105</sup> kiloya ilişkin kendini damgalamayı ölçmek amacıyla 12 faktörden oluşan bir ölçek (The Weight Self-stigma Questionnaire-WSSQ) geliştirmiştir. Bahse konu ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliği obeziteye ilişkin tedavi gören ve görmeyen obez bireylere yapılan anket ile gerçekleştirilmiştir. Yazarlar bahse konu ölçeğin damgalama ölçülmesinde ve damgalamayı azaltma programlarının etkinliğinin incelenmesinde kullanılabileceğini ifade etmiştir. Bahse konu ölçek Sevinçer ve diğerleri<sup>106</sup> tarafından Türkçe'ye uyarlanarak geçerliliği ve güvenilirliği test edilmiştir. Yazarlar hazırladıkları ankette sosyo demografik bilgiler, WSSQ ölçeği, Beck'in Depresyon ve Anksiyete Ölçekleri, Yemek Yeme Bozukluğu Anketi, Rosenberg Özgüben Ölçeği, Dutch Yemek Yeme Davranışları Ölçeğine ait olan Duygusal Yemek Yeme Alt ölçeği ve Kilonun Hayat Kalitesine Etkisi Ölçeğine ait soruları 120 obezite tedavisi gören hastaya uygulamışlardır. Yapılan analiz sonucunda ölçeğin Türkçe versiyonunun geçerli ve güvenilir olduğu tespit edilmiştir.

---

<sup>105</sup> Jason Lillis vd., "Measuring weight self-stigma: the weight self-stigma questionnaire". *Obesity*, 2010, 18(5), 971-976, s.973.

<sup>106</sup> Güzin Mukaddes Sevinçer vd., "Reliability, validity, and factorial structure of the Turkish version of the Weight Self-Stigma Questionnaire (Turkish WSSQ)." *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*, 2017, 27(4), 386-392, s.386.

## İKİNCİ BÖLÜM

### CİNSEL İŞLEV BOZUKLUĞU KAVRAMI

#### 2.1 CİNSELLİK KAVRAMI

Cinsellik, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından insanın ayrılmaz bir bileşeni şeklinde ifade edilmektedir. Günümüzde bireylerin refahı ve sağlığı kapsamında cinselliğinin önemi, cinselliğe ilişkin yanlış edinimlerin ve cehaletin problemlere yol açacağı, bilinmektedir. Cinsel sağlık; “cinselliğin emosyonel, bedensel, entelektüel ve cinsel varlığın sosyal yönlerinin yaşamı zenginleştiren aşk, kişilik ve iletişimi kuvvetlendiren şekilde bütünlük meydana getirmesi” olarak ifade ediliyor olsa da, insan cinselliği hakkında evrensel kabul görmüş bir tanım bulunmamaktadır.<sup>107</sup>

Cinselliğe ilişkin açık bir tanımlama yapmanın güçlüğü, cinselliği anormal ve normal üzerinden ele almaya neden olmaktadır. Bununla birlikte normal cinselliğe ilişkin tanım yapmak klinik bakımdan oldukça güçtür. Anormal cinselliğe ilişkin tanımlamalar yapmak ise nispeten kolaydır. Anormal cinsellik birincil cinsel uzuvların uyarılmasını göz ardı eden, kişinin kendisine ya da diğerlerine zarar veren ve bir partnere yönlendirilemeyen, endişe ve suçluluk hissinin uygunsuz biçimde eşlik ettiği cinsel bir davranış şeklinde ifade edilebilir.<sup>108</sup>

Cinsellik biyolojik, ahlaki, kültürel, sosyal ve psikolojik bakımdan bir bütün şeklinde değerlendirilirse; cinsel işlev bozukluklarının bunların birleşimi neticesinde meydana gelen bir durum olduğu ileri sürülebilir. Bunun dışında, her türlü stres, eğitim düzeyi, aile yapısı, cinsellik hakkında bilgisizliğin bireyin cinsel işlevi üzerinde etkisi olabilir. Araştırmalar, cinsel sağlığın bireylerin romantik ilişkilerini, mutluluğunu ve hayat kalitesini direkt etkilediğini göstermektedir. Buna karşın, cinsellik halihazırda tabu olarak görülmeye devam etmektedir. Her ne kadar birey üzerinde hayati bir etkisi bulunmasa da, cinselliğin hayat kalitesini belirleyen bileşenler arasında önemli bir yeri bulunmaktadır.<sup>109</sup>

---

<sup>107</sup> WHO, Technical records of the World Health Organization, World Health Organization, Geneva, 1975, s.2.

<sup>108</sup> Benjamin J. Sadock and Virginia A. Sadock, “Normal insan cinselliği, cinsel işlev ve cinsel kimlik bozuklukları”. *Kaplan & Sadock’s Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Aydın, H., Bozkurt, A. (Ed.).8. Baskı. (1902-1915) Ankara: Güneş, 2007, s.1902.

<sup>109</sup> Fuat Torun vd., “Erkeklerde Cinsel Mitlere İnanma Oranları ve Mitlere İnanmayı Etkileyen Faktörler”. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 2011, 24, 24-31, s.29.

Merak duyulan ve tabu haline gelen insan cinselliğine ilişkin ilk kapsamlı araştırma 1938-1952 yılları arasında Kinsey ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilmiş ve bilim dünyasında büyük ses getirmiştir. “İnsan Kadınında Cinsel Davranış” (Sexual Behavior in the Human Female) ve “İnsan Erkeğinde Cinsel Davranış” (Sexual Behavior in the Human Male) isimli yayınlarıyla Cinselliği dini bağlamından uzaklaştırarak bilimsel yaklaşımın öncüsü haline gelen Kinsey böylelikle, bilim insanlarının doğruları – değer yargılarını işe dahil etmeden – nesnel biçimde yansıtabileceğini ispatlamıştır.<sup>110</sup>

Kinsey ve arkadaşları tarafından yürütülen, kişilerin cinsel edinimlerini ve cinsel davranış şekillerini ele alan araştırma, bireylerle yüz yüze gerçekleştirilmiş ve yalnızca bilim camiasının değil, toplumun tamamının ilgisini çekmiştir. Her ortamda hakkında konuşulamayan, tabu haline gelen “cinsellik” ilk defa gün ışığına çıkarılmış ve ilk defa bilimsel bir değere sahip olmuştur. Bu şekilde cinsellik ölçümlenebilir, araştırılabilir ve tartışılabilir özellikte bir konu haline gelmiştir.<sup>111</sup> Öte yandan cinselliğe bilimsel bakış açısı getiren bu araştırma, toplumda ve dönemin bilim dünyasında büyük ses getirmişse de, cinsel tepkinin fizyolojik ve anatomik yönlerine ilişkin tatmin edici düzeyde bilgi içermemektedir.

Bu konuya ilişkin bir başka önemli çalışma W.H Masters ve V.E Johnson’un 1954 yılında Washington Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde yaptığı araştırmadır. İnsandaki cinsel tepkinin fizyolojisi ve anatomisini bütün yönleriyle ele alan bu araştırma, 10 yıllık bir çalışmanın sonucunda, 1966 yılında “İnsanda Cinsel Davranış” isimli kitap olarak yayınlanmış ve cinselliğe ilişkin günümüz bilgilerinin temelini meydana getirmiştir. Cinsel yanıt sürecinin evrelerini inceleyen bahse konu araştırma, insan cinselliğinin bir çok yönünü aydınlatmasının yanında, bu sahada çalışmalarını sürdüren klinisyenlerin de ufkunu açmıştır ve halen günümüz cinsel işlev bozukluklarının kategorize edilmesinde ana kaynak şeklinde kabul edilmektedir.<sup>112</sup>

<sup>110</sup> Nesrin Yetkin ve Cem İncesu, "Cinsel İşlev Bozuklukları." İstanbul, **Roche**, Ocak 2001; 16-17, s.16.

<sup>111</sup> Sevilay Zorlu Kocagöz, "Cinsel İşlev Bozukluğu Tipleri ve Cinsel Mitler Arasındaki İlişki." Tıp Fakültesi, Uludağ Üniversitesi, Bursa, 2008, s.1 (**Tıp Uzmanlık Tezi**).

<sup>112</sup> Raymond C.Rosen and Sandra R. Leiblum, "Treatment of sexual disorders in the 1990s: An integrated approach." **Journal of consulting and clinical psychology** 1995, 63.6, 877-890, s.887.

## 2.2 CİNSEL YANIT DÖNEMLERİ

4 evreli cinsel yanıt modeli Masters ve Johnson tarafından ifade edilmiştir.<sup>113</sup> Söz konusu model uyarılma, plato, orgazm ve çözülme evrelerinden meydana gelmektedir.

### 2.2.1 İstek / Uyarılma Evresi

Cinsel uyarı sonucunda gelişen cinsel uyarılma evresi birinci evre olup, fizyolojik ya da psikolojik uyarılma veya ikisinin beraber olmasıyla gerçekleşir. Uyarının süresi ve yoğunluğuyla alakalı olarak cinsel yanıtta da farklılıklar görülebilir. Bireye göre yeterli süre ve yoğunluktaki cinsel uyarana istinaden cinsel uyarılma evresinin oldukça kısa sürebileceği gibi, kendisine uygun olmayan cinsel uyarı halinde sürdürülmüşse uzayabilir veya yok olabilir.<sup>114</sup>

Birkaç dakika ile birkaç saat arası devam edebilen uyarılma evresi erkekte peniste, kadında klitoriste ereksiyon ile karakterize durumdadır. Temel içsel durum, bahse konu evrede bireyin uyarılmaya açık veya hazır olmasını tetikler. Bireylerin sahip olduğu değişik geçmiş ve gelişim tecrübeleri, hazır olma durumu üzerinde belirleyici konumdadır.<sup>115</sup>

### 2.2.2 Plato Evresi

Pek çok klinik değerlendirmede uyarılma evresinin bir parçası şeklinde ele alınan plato evresinde, cinsel uyarı devam etmektedir ve cinsel heyecanın yükselmesi ile erkek ve/veya kadın plato sürecine girmektedir. Kadında vajinal salgı oluşumu, erkekte ise ereksiyon meydana gelmektedir.<sup>116</sup> Bireyin kalp ritminin hızlandığı, kan basıncı ve haz hissini arttırdığı plato evresi, orgazma geçiş anına kadar sürebilir. Orgazma giriş özelliğindedir.

---

<sup>113</sup> William H. Masters and Virginia E. Johnson, *Human sexual inadequacy*. Vol. 225. Boston: Little, Brown, 1970, s.45.

<sup>114</sup> Cem İncesu, "Cinsel işlevler ve cinsel işlev bozuklukları". *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 2004, 3, 3-13, s.3.

<sup>115</sup> Ali Bozkurt, "Erkek cinsel işlev bozukluklarında psikopatolojinin araştırılması." Askeri Tıp Fakültesi, Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Ankara. 1996, s.1 (**Tıp Uzmanlık Tezi**).

<sup>116</sup> Mustafa Karademir, "Depresif ve cinsel işlev bozukluğu bulunan hastaların temel patolojilerinin tanımlanması ve karşılaştırılması". Askeri Tıp Fakültesi, Gülhane Askeri Tıp Akademisi Ankara. 2005, s.1 (**Tıp Uzmanlık Tezi**).

### 2.2.3 Ejakülasyon/Orgazm Evresi

Süre olarak kıyaslandığında diğer evrelere nazaran en kısa, ancak alınan hazzın en fazla olduğu orgazm evresinde erkekte prostattan üretra boyunca, kadında ise vajina ve çevresinde düzenli kasılmalarla beraber boşalma olur.<sup>117</sup> Orgazm hem kadında hem de erkekte, güçlü birkaç kasılma ve müteakiben şiddeti giderek hafifleyen kasılmalar ile gerçekleşir. Orgazmın şiddeti ve hissedilen haz duygusu kişiden kişiye farklılık gösterebilir.

### 2.2.4 Çözülme Evresi

Son evre olan çözülme evresinde, cinsel ilişkinin ardından gerçekleşen orgazmı müteakip, orgazm gerçekleşmemiş ise plato evresini müteakip cinsel organlarda önceki evrelerde ortaya çıkan uyarının giderek azalması ve kaybolması söz konusudur. Çözülme evresinde cinsel uyarının yeniden uyarılması neticesinde kadınların tekrar orgazm olabilme potansiyeli varken, bu durum erkekler için süre ve yaş doğrultusunda farklılık gösterir.<sup>118</sup>

## 2.3. KADIN CİNSELLİĞİ

Kadın cinselliği şefkat, sevgi ve arzu içeren ilişkiyel bir bütünde gerçekleşir. Cinsellik kadınlar için, tecrübeye istinaden zaman zaman hoş, duygusal, sıcak, keyifli bir temas, zaman zamansa bir zorunluluk nedeniyle çekince ve tiksime kaynağı olabilir. Kadınlar bedenlerinin bir haz unsuru olduğunun farkına, erkeklere nazaran daha geç yaşlarda varırlar. Genellikle cinsellik, kadınlar tarafından bir görev şeklinde algılanır. Dolayısıyla kadınlar hazdan ziyade ilişkiye odaklanırlar.

Kadınların çocukluk ve ergenlik süreçleri boyunca cinsel ilgi, aktivite ve merakları yadırganmakta ve engellenmektedir. Ülkemizde gerçekleştirilen araştırmalar, kadınların yalnızca % 7'sinin cinsellik hakkında kendisini 'çok bilgili' gördüğünü, % 57'sinin ise 'pek bilgili değilim ve hiç bilgili değilim' şeklinde ifade ettiğini

---

<sup>117</sup> Şengül Çavaş, "Cinsel İşlev Bozuklukları Polikliniğine Başvuran Vajinismus ve Prematür Ejakülasyon Olgularında Psikiyatrik Komorbiditenin Araştırılması." Bakırköy Ord. Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul. 2008, s.55 (**Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi**).

<sup>118</sup> Dinara Tashbulatova, "İnfertil Kadınlarda Cinsel Fonksiyonlara Etki Eden Faktörler." Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı, Çukurova Üniversitesi, Adana. 2007, s.48 (**Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi**).



bulgulamıştır. Bununla birlikte erkeklerle karşılaştırıldığında kadınların bedenleriyle ilişkilerinde, daha zayıf ve olumsuz bir algılarının bulunduğu saptanmıştır.<sup>119</sup>

Kadınlar ailelerin ve toplumun cinselliği yasaklayıcı ve reddedici tavrı nedeniyle bedenlerine yabancılaşmakta, eksik ve yanlış bilgilenmekte, cinselliği suçluluk ve utanç hisleriyle yaşamakta ve bu nedenle cinsel tatmin konusunda güçlük yaşamaktadırlar.<sup>120</sup> Halbuki erkeklere kıyasla kadınların cinsel potansiyelleri daha fazladır. Kadınlar, biyolojik açıdan sınırsız orgazm kapasitelerinin bulunması ve cinselliği şefkat, sevgi ve haz bakımından algılamaları nedeniyle, cinsellikten daha fazla doyum elde edip mutlu olabilirler.

Eğitim sisteminde cinselliğin yeterli düzeyde yer almaması, ailede cinselliğin öğretilmemesi sebebiyle, bireyler çok kısıtlı bilgiye erişebilme imkânına sahiptir ve söz konusu kısıtlı bilgilerin temelini, kadının cinsel hayatını çok temel seviyede değerlendiren ve kısıtlayan, geleneksel basmakalıp davranışlar doğrultusundaki cinsel mitler ve yanlış bilgiler oluşturmaktadır.<sup>121</sup> Cinsel sağlığa ilişkin çalışmalar ve gelişmeler kadın ve erkek için karşılaştırıldığında, kadın cinsel sağlığı konusundaki çalışma ve gelişmelerin daha az olmasına karşın, cinsel problemlerin ortaya çıkma sıklığı konusunda gerçekleştirilen araştırmalar, kadınların cinsel problem ve şikâyetlerinin daha çok olduğunu bulgulamıştır.<sup>122</sup>

## 2.4 CİNSEL İŞLEV BOZUKLUKLARI

Önemli bir halk sağlığı problemi olan cinsel işlev bozukluğunun evrensel bir tanımı yoktur. Bununla birlikte cinsel cevap baz alındığında, cinsel ilgi ve/veya uyarılar karşısında verilen yanıtların “normal” e kıyasla devamlı ve tekrarlayıcı şekilde bozulması olarak ifade edilebilen cinsel işlev bozukluğu, “normal” cinsel tepki döngüsünde ketlenmeye neden olan cinsel sorunlar şeklinde de ifade edilebilir. Fakat

---

<sup>119</sup> Cem İncesu, “Cinsel Sağlık ve Üreme Alanında Ulusal ve Yerel Medya Yoluyla Savunuculuk Projesi Bilgilendirme Dosyası 1”. **Cinsel Yaşam ve Sorunları**. (1-70). (Eds) Şimşek F, Seyisoglu H, Sahin D. Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği Yayını, 2007, s.5.

<sup>120</sup> Doğan Şahin, Ferruh Şimşek, Hakan Seyisoğlu, **Kadın cinselliği**, Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği (CETAD) Yayını, 2006, s.5.

<sup>121</sup> Mehmet Z. Sungur, **Cinsel İşlev Bozuklukları. Psikiyatri Temel Kitabı** (Cilt 2), Cengiz Güleç & Ertuğrul Köroğlu, (Ed.), Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 1998, s.25

<sup>122</sup> İncesu, a.g.e., 2004, s.7.

“normal” kavramının tanımlanması, cinsel yanıtın kişiden kişiye, hatta aynı kişide bile değişkenlik göstermesi nedeniyle kolay değildir.<sup>123</sup>

Kişinin cinsel işlev bozukluğu tanısı alabilmesi, cinsel partnerinin ya da kendisinin bahse konu cinsel işlevden memnun olmaması ve bunu tedavi ile üstesinden gelmesine ihtiyaç duyulan bir problem olarak algılaması halinde söz konusudur.<sup>124</sup>

Cinsel işlev bozuklukları DSM-V tarafından aşağıdaki gibi sınıflandırılmaktadır;<sup>125</sup>

- i. Kadında Cinsel İlgil/Uyarılma Bozukluğu
- ii. Erken Boşalma
- iii. Sertleşme bozukluğu
- iv. Kadında orgazm bozukluğu
- v. Erkeklerde Düşük Cinsel Arzu Bozukluğu
- vi. Cinsel Organlarda-Pelviste Ağrı/İçerme Bozukluğu
- vii. Geç boşalma
- viii. Maddelerin/İlacın Yol Açtığı Cinsel Arzu Bozukluğu.

DSM-V tanı kriterlerine istinaden, cinsel yanıt ve istek döngüsünü oluşturan psiko-fizyolojik değişikliklerde, strese ve bireyler arası güçlükler yol açacak seviyede bozulma şeklinde ifade edilen cinsel işlev bozukluğu, cinsel işlevlerin zaman zaman bozulması değildir. Kişinin cinsel işlev bozukluğu tanısı alabilmesi işlevlerin “devamlı ve tekrarlayıcı” şekilde bozulması durumunda söz konusudur. Cinsel işlev bozukluğunun bilinçli şekilde anlaşılması maksadıyla, erkek ve kadınların normal fizyolojik sıralamasına ihtiyaç duyulmaktadır. Gerçekten son on yıldaki eğilim sosyal ve psikolojik etkenlerin, insan cinselliğinin nörokimyasal ve genetik modelinde önemli bir bileşen olduğu yönündedir.<sup>126</sup>

<sup>123</sup> İncesu, a.g.e., s.7.

<sup>124</sup> Osman Özdel, Cinsel İşlev Bozukluklarının Anksiyete ve Depresyonla İlişkisi ile Organite Ayırımında Nörofizyolojik İnceleme Yöntemlerinin Rolü. Tıp Fakültesi Pamukkale Üniversitesi, Denizli, 2001, s.44, (Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi).

<sup>125</sup> DSM-V, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fifth Edition DSM-5, American Psychiatric Association, 2013, s.433.

<sup>126</sup> Harold I. Kaplan and Benjamin J. Sadock, “Sexual Disorders”. *In Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Sixth Edition. 1999, s.54.

Cinsel işlevin fizyolojik etkileri ele alındığında; cinsel işlev ve cinsel davranışın hormonal sistem ve merkezi sinir sistemi ile nöro-fizyolojik, nöro-kimyasal ve psikolojik süreçlerin mütakabil etkileşimleri neticesinde meydana gelen, karmaşık bir davranış örüntüsü olarak ifade edilmesi uygundur. Bu nedenle psikolojik ve fizyolojik pek çok etken cinsel işlev bozukluğunun meydana gelmesinde rol almaktadır.<sup>127</sup> Bahse konu sistemin herhangi bir biçimde işlev görmemesinin cinsel yaşam üzerinde bir takım etkileri bulunmaktadır.

Cinsel işlevin psikolojik etkileri, modern yaklaşımlar ve geleneksel yaklaşımlar şeklinde iki grupta incelenmektedir. Psikanalitik ve davranışçı ekoller, cinsel işlevin psikolojik etkilerini geleneksel çerçevede incelerler. Davranışçı yaklaşım, diğer davranışların tamamı gibi cinsel davranışların da öğrenilmiş olduğunu ve bu nedenle cinsel uyarılara karşı cinsel işlev bozukluğu olan kişilerin, yanlış tepkiler vermeyi öğrendiklerini ileri sürmektedir.<sup>128</sup>

#### **2.4.1. Kadınlarda Cinsel İşlev Bozuklukları**

DSM-5, Cinsel işlev bozukluğu (CİB) hakkında, daha somut ve ölçülebilir bir tanımlama yapmaktadır. Günümüze kadar yayınlanan DSM tanı ölçütlerinde erkek ve kadının aynı cinsel yanıt döngüsüne sahip olduğu kabul edilmiş ve sınıflandırma bu kabule istinaden yapılmıştır. DSM-5, erkek ve kadının cinsel yanıtlarının aynı olmayabileceğini öne sürerek CİB'in tanı ölçütleri hakkında farklı bir boyut ortaya çıkarmıştır.<sup>129</sup>

##### **2.4.1.1. Kadınlarda orgazm bozukluğu**

Cinsel faaliyetlerinin pek çoğunda ya da tamamına yakınında orgazm olmama ya da orgazmda gecikme gibi neticeleri olan orgazm bozukluğu aynı zamanda orgazm duyumlarında bariz düşme durumlarını ifade etmektedir.<sup>130</sup>

---

<sup>127</sup> Emel Alkan, Cinsel İşlev Bozuklukları ve Kişilerarası Tarz, Öfke, Kendilik Algısı. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara Üniversitesi, Ankara, 2008, s.57, (**Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi**).

<sup>128</sup> Ceylan Tuğrul, "Cinsel İşlev Bozukluklarının Psikolojik Nedenleri". **Cinsel Sorunlara Genel Yaklaşım**, (61-64) Roche Müstahzarları Sanayi AŞ, İstanbul, 2001, s.61.

<sup>129</sup> Mehmet Z. Sungur and Anil Gunduz, "Critiques and Challenges to Old and Recently Proposed American Psychiatric Association's Website DSM 5 Diagnostic Criteria for Sexual Dysfunctions". **Bulletin of Clinical Psychopharmacology**, 2013, 23(1), 113-128, s.125.

<sup>130</sup> DSM-V, s.433.

Gerçekleştirilen araştırmaların sonuçlarına göre orgazm bozukluğu bulunan kadınlar, eşleri ile cinselliğe dair iletişim kurma problemleri ile de karşılaşmaktadırlar.<sup>131</sup> Yine bu araştırmalar orgazm bozukluğu yaşayan kadınların bir kısmının cinsel ilişkiden tiksindiklerini ve hatta kendilerini bu konuda suçlama eğiliminde olabildiklerini ortaya koymuştur.<sup>132</sup> Orgazm olmama durumu bazı kadınlarda, cinsel ilişki hakkındaki erotik duygularından suçluluk ve utanç duymaları sebebiyle yaşadıkları anksiyeten kaynaklanabilmektedir.<sup>133</sup> Gerçekleştirilen araştırmalar, kadın cinsel işlev bozukluklarında en fazla karşılaşılan ikinci rahatsızlığın orgazm bozukluğu olduğunu ve kadınların %20'sinde görüldüğünü bulgulamıştır.<sup>134</sup>

#### 2.4.1.2. Kadında cinsel ilgi ve uyarılma bozukluğu

Cinsel faaliyetlere ilişkin ilgisizlik ya da çok az ilgi, cinsellik hakkında çok az fantezi ve düşünceye sahip olunması ya da bunların hiç bulunmaması, cinsel etkinlikleri başlatmayla alakalı güçlük yaşanması ya da eşinin cinsel etkinlik başlatma gayretlerine yanıtız kalınması şeklinde ifade edilmektedir. Bununla birlikte, kadında cinsel ilgi ve uyarı bozukluğu; cinsel etkinlik esnasında coşku ya da haz olmaması, erkeklerle alakalı görsel, sözel ya da yazılı bir girişime ilgi ya da uyarılmanın oluşmaması, cinsel faaliyet sırasında cinsel organların dışında his oluşmaması şeklinde de ifade edilmektedir.<sup>135</sup>

Kadında cinsel ilgi / uyarılma bozukluğu en fazla karşılaşılan cinsel işlev bozukluklarındanıdır. Araştırmacılar bahse konu bozukluğun yaşam boyu devam edebileceği gibi, ilerleyen yaşla birlikte artabileceğini belirtmektedirler. Cinsel isteksizlik, kadınların yaşlandıkça cinsel isteklerinin de azalması gerektiğini telkinleyen toplumsal normlardan etkilenebilmektedir. Bununla birlikte gündelik yaşamda karşılaşılan olumsuz yaşam olayları ve stresörlerin, uyarılma bozukluğunu tetikleyici unsurlar olması, ihtimal dahilindedir. Cinsel uyarılma bozukluğu, sosyal işlevlerde azalma, olumsuz hisler, ruh sağlığının bozulması benzeri durumlar ile

<sup>131</sup>Mary P. Kelly vd., Behavioral Assessment of Couples' Communication in Female Orgasmic Disorder. *Journal Of Sex & Marital Therapy*, 2006, 32(2), 81-95, s.93.

<sup>132</sup> Mary P. Kelly vd., "Communication and Associated Relationship Issues in Female Anorgasmia". *Journal of Sex & Marital Therapy*, 2004, 30(4), 263-276, s.274.

<sup>133</sup> Harold I. Lief, "Comments On Current Thinking On The Orgasm Experience". *Medical Aspects of Human Sexuality*, 1980, 14(7), 55-62, s.55.

<sup>134</sup> Mehmet Fatih Akbulut vd., "Kadınlarda Cinsel Fonksiyon Bozukluklarının Sınıflaması ve Tedavisi". *Türkiye Klinikleri Journal of Urology Special Topics*, 2015, 8(3), 10-15, s.13.

<sup>135</sup> DSM-V, s.434.

bağlantılı olabilmektedir. Cinsel uyarılma bozukluğunun bunların yanı sıra hafıza problemleri, yorgunluk hali, uyku bozuklukları, migren, depresyon benzeri çeşitli sağlık problemleriyle beraber görülebildiği belirlenmiştir.<sup>136</sup>

#### 2.4.1.3. Cinsel organlarda – pelviste ağrı ve içe girme bozukluğu

Cinsel ilişki sırasında vajinaya girme, vajinaya girme sırasında pelviste veya vulvovajinada belirgin sancılar duyma, vajinaya girme esnasında pelviste veya vulvovajinada sancı duymanın yanı sıra belirgin bir kaygı veya korku oluşması, vajinaya girme sırasında pelvis tabanı kaslarını gerektiğinden çok germe veya sıkma benzeri belirtileri bulunan, tekrarlayıcı veya devamlı zorluklar yaşamak şeklinde ifade edilen bir bozukluk çeşitidir. Söz konusu belirtiler kadınlarda yaklaşık 6 ay devam eder ve bozukluğu deneyimleyen bireyde, klinik bakımdan belirli sıkıntılara yol açar.<sup>137</sup>

Cinsellikle ilgili yanlış bilgi edinimi, vajinanın üçte birini çevreleyen pelvis kaslarının istem dışı kasılması ve vajinaya girişe mani olması şeklinde ifade edilen vajinismusun ortaya çıkmasında en önemli etkidir. Vajinismus çoğunlukla cinsel ilişkiyi korkulu ve acılı bir süreç şeklinde öğrenen kadınlarda görülür ve cinselliğin yanlış/kötü bir şey olduğu söylemleriyle yetiştirilen kadınların yaşadığı utanç ve suçluluk hissi nedeniyle de ortaya çıkmaktadır.<sup>138</sup> Eş ile yaşanan olumsuz yaşam olayları ya da çocuklukta yaşanan cinsel istismar, anksiyete ve stresli durumlar, cinsel faaliyet esnasında ağrı hissedilmesinin psikososyal sebepleri arasında gösterilebilir.<sup>139</sup>

Yaşlanmayla birlikte ortaya çıkan fizyolojik ve psikolojik farklılıklar kadınların cinsel hayatlarını ciddi anlamda etkilemektedir. Kadınlar yaşları arttıkça genel olarak, düşük cinsel uyarılma, cinsel arzu kaybı ve cinsel yanıt vermede azalma durumlarıyla karşılaşabilmektedirler.<sup>140</sup> Vajinal kuruluk ve vajina çeperinin tahriş olması benzeri

---

<sup>136</sup> Sheryl A. Kingsberg and Stanley E. Althof, "Satisfying sexual events as outcome measures in clinical trial of female sexual dysfunction." *The journal of sexual medicine*, 2011, 8.12, 3262-3270, s.3267.

<sup>137</sup> DSM-V, s.435.

<sup>138</sup> Karl O'Sullivan, "Observations on vaginismus in Irish women." *Archives of general psychiatry* 1979, 36.7, 824-826, s.823.

<sup>139</sup> Yitzchak M. Binik vd., "The female sexual pain disorders: Genital pain or sexual dysfunction?." *Archives of Sexual Behavior*, 2002, 31.5i 425-429, s.426.

<sup>140</sup> John F. Steege and Denniz A. Zolnoun, "Evaluation and treatment of dyspareunia." *Obstetrics & Gynecology*, 2009, 113.5, 1124-1136, s.1133.

etkenler, menopoz dönemindeki kadınlarda cinsel problemlere neden olabilmektedir.<sup>141</sup>

Kısaca belirtmek gerekirse, cinsel işlevlerin psikolojik ve organik zemini bulunmaktadır.<sup>142</sup> Psikolojik faktörler özgüven, cinsiyet rolleri, cinsel eğitim, cinsel eş seçimi ve beden imajı olarak ifade edilirken, cerrahi ve tıbbi müdahaleler, geçirilen sağlık problemleri, aile içi şiddet benzeri dış tehditler, bireyin cinsel sağlık seviyesi üzerinde belirleyici rol oynamaktadır.<sup>143</sup> Bunun yanında, psikososyal ve kültürel etkenlerin, CİB'in meydana gelmesinde ve süregenleşmesinde önemli bir rolü vardır. Sosyokültürel faktörler ise eğitim düzeyi, evlilik statüsü, sosyal konum, aile planlaması, ırk, etnik köken ve meslek olarak ifade edilmektedir.<sup>144</sup>

#### 2.4.1.1. Cinsel Mit

Mit; efsane, dilden dile aktarılıp, kulaktan kulağa yayılan, gerçekliği bulunmayan hurafe olarak kullanılır. Türk Dil Kurumu mit kavramını; "Geleneksel olarak yayılan ya da toplumun hayal gücü etkisiyle şekil değiştiren alegorik bir anlatıma sahip halk hikayesi, mitos, efsaneleşen kavram." şeklinde tanımlamaktadır. İnsanların cinsel konular hakkında doğru olduğuna inandıkları, fakat bilimsel bir değeri bulunmayan, abartılı ve yanlış inanışlar da cinsel mit olarak tanımlanabilir. Cinsellik, merak uyandırdığı kadar utanç verici olarak kabul edildiğinden, üzerinde çok konuşulmayan bir konudur. Bu nedenle yanlış inanış, beklenti ve mitlerden etkilenmektedir.<sup>145</sup>

Cinsel mitler, cinselliğin toplum yargılarıyla ilişki içinde bulunan niteliği dolayısıyla gelişmektedir. Cinselliğin bu niteliği, cinsellik üzerine çalışmalar gerçekleştirilmesini ve bunların tartışılmasını sınırlandırmıştır. İnsanlar için cinselliğin önemi büyüktür. Bununla birlikte cinsellik üzerinde açıkça konuşulamıyor oluşu onu

<sup>141</sup> Rupesh Raina vd., "Female sexual dysfunction: classification, pathophysiology, and management." *Fertility and sterility*, 2007, 88.5, 1273-1284, s.1280.

<sup>142</sup> Sultan Doğan and Evrim Özkorumak, "Ağrılı Genital Cinsel Aktivite ve Vajinismus Tanısında Yaşanan Güçlükler" *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 2008, 11.3, 135-142, s.140.

<sup>143</sup> Cherng-Jye Jeng, "The pathophysiology and etiology of vaginismus." *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology* 2004, 43.1, 10-15, s.14

<sup>144</sup> Cindy M Meston and Andrea Bradford, "Sexual dysfunctions in women." *Annu. Rev. Clin. Psychol.* 2007, 3, 233-256, s.252.

<sup>145</sup> Nafiz Bozdemir ve Sevgi Özcan, "Cinselliğe ve cinsel sağlığa genel bakış." *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 2011, 4, 37-46, s.44.

efsanevi, kapalı bir konu haline getirmiştir. Cinsel mitler, bireylerin cinsel yaşamlarını değişik şiddet ve biçimde etkilemektedir.<sup>146</sup>

Eksik bilgilenme veya bilgisizlik temelli cinsel mitlerin, farklı kültür ve toplumlarda bile benzerleri bulunmaktadır. Cinsel mitler, cinselliğe dair beklentilerin fazla olmasına yol açmakta ve bireyler bu beklentiyle yetersizlik hissi ve kaygı yaşamaktadırlar. Mitler, bireylerde oluşturduğu bu duygularla cinsel işlev bozukluğuna neden olmakta hatta bu bozukluğun süregelenleşmesine ve tedavinin olumsuz biçimde etkilenmesine yol açmaktadır.<sup>147</sup>

Toplumun zaman içinde oluşan basmakalıp düşünce ve inanışları yetiştirdiği yeni nesillere de aktarılır. Doğumdan itibaren çocuklar cinsiyetlerine göre yetiştirilirken, kültürel farklılıklar doğrultusunda bir erkek ve kadının yapması ve yapmaması gerekenleri öğrenirler. Gelişmekte olan toplumlar cinsellikle ilgili tabularını kendi bireyelerine aktarırken gelişmiş toplumlar cinsellik hakkında daha açık bir yaklaşım sunabilmekte, bireylere cinselliğe dair rahatça paylaşım yapma olanağı sağlayabilmektedir. Türkiye, bahse konu durum hakkında kompleks bir yapı özelliği göstermektedir. Örneğin, kadının gerçekleştirdiği davranışın ayıp olması halinde, bu ailenin ayıbı olarak algılanmaktadır. Erkeklerin ise kadınlara nazaran daha çok cinsel haklarının olduğu kabul edilmektedir. Yani evlilik öncesi cinsel ilişkiye girmek, aktif bir cinsel hayata sahip olmak erkekler için olağan kabul edilirken, bahse konu durum kadınlarda çok da mümkün görülmemektedir.<sup>148</sup>

Kadınlara öğretilen, "iyi kız sendromu" şeklinde de ifade edilen, yumuşak başlı olma, boyun eğme durumu, kadının cinsel rolü üzerinde belirleyici etkenlerdendir. Söz konusu kültür ortamında yetiştirilen kız çocukları, cinselliğe ilişkin konuları ahlaki değerleri ile bağdaştıramadıklarından, erkek arkadaş edinmekten kaçınmaktadırlar. Gerçekleştirilen araştırmalar, orgazm yaşamadaki en önemli etkenlerden birinin "iyi kız" sendromu olduğunu belirlemiştir. Benzer biçimde, zayıf bir anne ve otoriter bir babası olan kadınlarda, vajinismus benzeri cinsel işlev bozukluklarının daha fazla görüldüğü araştırmalar neticesinde belirlenmiştir.<sup>149</sup> Bahse

<sup>146</sup> Kaan Kora ve Arşaluys Kayır, "Cinsel Roller ve Cinsel Mitler" *Düşünen Adam*. 1996,2, 55-58, s.56.

<sup>147</sup> Bernie Zilbergeld, "The man behind the broken penis: social and psychological determinants of erectile failure". *Erectile Disorders: Assessment and Treatment*. 1. Edition. (27-55), Rosen RC, Liblum SR, editors. London: The Guildford Press, 1992, s.29

<sup>148</sup> Şahin vd., a.g.e., s.12.

<sup>149</sup> Helen Singer Kaplan, *New Sex Therapy: Active Treatment of Sexual Dysfunctions*. **Routledge**, 2013, s.25.

konu yanlış inanışlar, hem erkek hem de kadınlarda, cinselliğe dair gereksiz yetersizlik ve suçluluk hislerinin ortaya çıkmasına ve cinsel işlev bozukluklarının meydana gelmesine yol açar.<sup>150</sup>

Cinsel yaşam sorunlarının giderilmesi kapsamında cinsel mitlerin yerine gerçek bilgilerin öğretilmesi gerekmektedir. Çünkü cinsel mitler, cinsel işlev bozuklukları açısından başlatıcı, hazırlayıcı ve devam ettirici bir konumda yer almaktadır. Bu sebepten dolayı cinsel işlev bozukluğunu gidermeye yönelik terapilerde ilk seansta cinsel bilgi seviyesi ile birlikte cinsel mitlerin mevcudiyeti de irdelenmelidir. Sağlıklı bilişsel yapılanma, tedavinin birinci basamağını oluşturmaktadır. Cinsel terapide klinisyenin cinselliğe dair bireysel tepkileri de önem arz etmektedir. Dolayısıyla cinsel terapi yapan klinisyenlerin, hastanın problemi ile kendi inanç kalıplarını gözden geçirmesine ihtiyaç duyulmaktadır.<sup>151</sup>

#### **2.4.2. Obez Kadınlarda Cinsel İşlev Bozukluğu**

Obez kadın hastalar üzerinde gerçekleştirilen çalışmalar vücut yağ dağılımı, vücut ağırlığı ve cinsel fonksiyonlar arasındaki ilişkiyi ortaya koymuştur. Bahse konu olan araştırmalar, cinsel fonksiyon bozukluğunun beden kitle indeksiyle yakından ilişkisinin olduğunu ifade etmektedir. Beden kitle indeksi ile cinsel yaşam kalitesi ile ilişkisi ters orantılıdır. Bu durum obezitenin, cinselliğin pek çok ögesini etkilediği kanısına yol açmaktadır. Özellikle cinsel performansta düşme, cinsel istekte azalma, cinsel yaşamdan zevk alamama ve cinselliğe mesafe koyma, obeziteden kaynaklanabilmektedir. Gerçekleştirilen bir başka çalışmada ise, obez kişilerdeki cinsel sorunların temelinde, tatminsiz ilişkiler, özgüven eksikliği ya da bu bireylerin toplumda damgalanmış olmalarının bulunduğu ortaya konulmuştur.<sup>152</sup>

Yapılan araştırmalar aşırı kilo ve obezitenin erkeklerde cinsel işlev bozukluğu açısından bir risk faktörü olduğunu ortaya koymuş olsa da obezite ve aşırı kilonun kadın cinsel işlevleri üzerindeki etkisi yeterince aydınlatılamamıştır. Bunun nedeni yapılan çalışmalarda kullanılan farklı yöntemlerin, farklı sonuçlara neden olması

---

<sup>150</sup> H. Ercan Özmen, "Cinsel mitler ve cinsel işlev bozuklukları". *Psikiyatri Dünyası*, 1999, 3(2):49-53, s.51.

<sup>151</sup> Sevilay Zorlu Kocagöz, Cinsel İşlev Bozukluğu Tipleri ve Cinsel Mitler Arasındaki İlişki. Tıp Fakültesi, Uludağ Üniversitesi, Bursa. 2008, s.1 (**Tıp Uzmanlık Tezi**).

<sup>152</sup> Erol Vural, "Obezite Neden Cinsel Fonksiyon Bozukluğu Yapar?", 11 Aralık 2015, <http://www.drerolvural.com/obezite-neden-cinsel-fonksiyon-bozuklugu-yapar/> (Erişim Tarihi: 12.11.2018).



olabilir. Örneğin 171 menopoz sonrası dönemde bulunan kadının katılımı ile yapılan çalışmada, Kirchengast ve arkadaşları<sup>153</sup> vücut ağırlığı ve BKİ cinsel istekliliğin azalmasında önemli oranda etkili olduğunu ifade etmişlerdir. Brody<sup>154</sup> ise 59 sağlıklı kadının katılımı ile yapmış olduğu çalışmada kalça büyüklüğünün daha düşük bir vajinal ilişki sıklığı ile negatif yönlü ilişkili olduğunu tespit etmiştir. Esposito ve arkadaşları<sup>155</sup> ise vücut ağırlığı, beden kitle endeksi ve cinsel fonksiyon arasında negatif bir ilişki olduğunu tespit etmiştir.

Peeyananjarassri ve arkadaşları<sup>156</sup> yapmış olduğu çalışmada vucüt kitle endeksi normal olanlar ile kıyaslandığında obez kadınlarda uyarılma ve orgazm bozukluğunun daha yüksek düzeyde olduğu tespit etmiştir. Diğer taraftan obezite ile kadın cinsel işlev bozukluğunun ilişkili olmadığını gösteren çalışmalar da mevcuttur. <sup>157</sup>Yaylalı ve arkadaşlarının ve Kadioğlu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmalarda obez ve fazla kilolu kadınlarda cinsel işlev bozukluğu oranının normal kilolu kadınlarla aynı olduğu gösterilmiştir.<sup>158</sup>

Bajos ve arkadaşlarının<sup>159</sup> cinsellik ve obezite konusunu cinsiyet bağlamında inceledikleri çalışmalarında beden kitle endeksi ile cinsel aktivite, cinsel doyum, planlanmayan hamilelik ve düşükler arasındaki ilişkiyi anlamayı amaçlamışlardır. Yapılan çalışma sonucunda obez kadınların normal kadınlara nazaran daha az cinsel ilişkide buldukları, ancak cinsel fonksiyon bozukluğu ile beden kitle endeksinin ilişkili olmadıkları tespit edilmiştir. Çalışmada özet olarak obez kadınlarda beden kitle endeksi ile cinsel davranış ve cinsel sağlıkta yaşanan olumsuzluklar arasında bir ilişkinin olduğu tespit edilmiştir.

---

<sup>153</sup> Sylvia Kirchengast vd., "Decreased sexual interest and its relationship to body build in postmenopausal women". *Maturitas* 1996; 23: 63–71, s.69.

<sup>154</sup> Stuart Brody, "Slimness is associated with greater intercourse and lesser masturbation frequency". *J Sex Marital Therapy*, 2004; 30: 251–261, s.258.

<sup>155</sup> Katherine Esposito vd., "Obesity and sexual dysfunction, male and female". *International Journal of Impotence Research*, 2008, 20(4), 358-365, s.362.

<sup>156</sup> Krantarat Peeyananjarassri vd., "Sexual functioning in postmenopausal women not taking hormone therapy in the Gynecological and Menopause Clinic, Songklanagarind Hospital measured by Female Sexual Function Index questionnaire", *Medical journal of the Medical Association of Thailand*, 2008, 91.5, 625-632, s.630.

<sup>157</sup> Pınar Kadioğlu vd., "Obesity might not be a risk factor for female sexual dysfunction". *BJU Int* 2010, 106:1357-61, s.1359.

<sup>158</sup> G. F. Yaylalı vd., "Sexual dysfunction in obese and overweight women". *Int J Impot Res*, 2010; 22: 220-6, s.225.

<sup>159</sup> Nathalie Bajos vd., "Sexuality and obesity, a gender perspective: results from French national random probability survey of sexual behaviours". *BMJ*, 2010, 340, c2573.

Silva ve arkadaşları<sup>160</sup> kadınlarda obezite ve cinsel işlev bozukluğunu incelemeyi amaçlamıştır. Araştırmacılar katılımcı %74'ü obez olan 23 obez kadın hastanın bel çevresi, BKİ ölçülmüş, kandaki glikoz, kolestrol ve trigliserid değerleri toplanmıştır. Bahse konu veriler Kadın Cinsel Fonksiyon Endeksine uygulanarak katılımcıların cinsel istek, cinsel doyum ve acı gibi bir takım faktörlerindeki düzeyler incelenmiştir. Çalışma sonucunda obez olan katılımcıların bir çoğunda (%78) cinsel işlev bozukluğu riskinin mevcut olduğu tespit edilmiştir.



---

<sup>160</sup> Benedito Martins e Silva vd., "Incidence of sexual dysfunction in patients with obesity and overweight". *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, 2013, 40(3), 196-202, s.200.

## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

### YÖNTEM

Bu kısımda; araştırma modeli ve hipotezler, araştırma evreni ve örnekleme, veri toplama araçları ve verilerin çözümlenmesi ele alınmıştır.

#### 3.1. ARAŞTIRMA MODELİ VE HİPOTEZLER

Obez kadınlarda cinsel işlev bozukluğu ile kilo açısından kendini damgalama arasındaki ilişkinin incelendiği bu araştırma ilişkisel tarama modeli niteliğine sahiptir. Söz konusu tarama modelinde; geçmişte ya da günümüzde mevcut olan bir durumun değiştirilmeden betimlenmesi ve iki ya da daha fazla değişkenin aralarındaki ilişkinin belirlenmesi amaçlanmaktadır.<sup>161</sup> Araştırma kapsamında test edilmek üzere geliştirilen hipotezler EK-1'de gösterilmiştir.

#### 3.2. ARAŞTIRMA EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırma evrenini; obez kadınlar oluşturmaktadır. Araştırma örneklemini ise; İstanbul ilinde bulunan obez kadınlardan katılımcı olabilme kriterlerine uygun 140 birey oluşturmaktadır. Çalışma kapsamında; 20-66 yaş aralığında ve evli ya da aktif cinsel yaşama sahip obez kadın olmak katılımcı olabilme kriteri olarak belirlenmiştir. Araştırma esnasında gebelik sürecinde olan kadınlar çalışma dışında bırakılmıştır. Araştırmaya iştirak eden katılımcılara; sosyal medya grupları ile İstanbul'un çeşitli bölgelerinde çalışan diyetisyenler aracılığı ile ulaşılmıştır.

#### 3.3. VERİLERİN TOPLANMASI

Araştırma verileri 3 bölümden oluşan bir anket (EK-2) vasıtasıyla toplanmıştır. Anket uygulaması 07.03.2019-07.04.2019 tarihleri arasında katılımcılara ulaşma şeklinde göre online olarak ve yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Anket uygulaması öncesinde; araştırmanın hangi amaçla gerçekleştirildiği, formların nasıl işaretleneceği gibi hususlarda katılımcılar bilgilendirilmiştir. Uygulamaya katılım gönüllülük ilkesi esasına göre yapılmıştır.

---

<sup>161</sup> Niyazi Karasar, *Bilimsel araştırma yöntemi*. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım, 2013, s.81.

Söz konusu anket formu; Sosyo-Demografik Veri Formu, Kilo Açısından Kendini Damgalama Ölçeği ve Kadın Cinsel İşlev Ölçeği olmak üzere üç ayrı ölçüm aracından oluşmaktadır.

### 3.3.1. Sosyo-Demografik Veri Formu

Katılımcıların demografik özelliklerini belirlemek üzere araştırmacının hazırladığı “*Sosyo-Demografik Veri Formu*”ndan istifade edilmiştir. Söz konusu form toplam 20 adet soru içermektedir.

### 3.3.2. Kilo Açısından Kendini Damgalama Ölçeği

Araştırma kapsamında çalışanların iş tatmini düzeylerini tespit etmek amacıyla Lillis ve diğerlerinin<sup>162</sup> geliştirdiği ve Sevinçer ve diğerleri<sup>163</sup> tarafından Türkçeye uyarlanan “*Kilo Açısından Kendini Damgalama Ölçeği*” kullanılmıştır. Söz konusu ölçek 2 boyutta toplam 12 üç soru içermekte olup, ters kodlanan herhangi bir madde dir. Ölçekte yer alan 1-6 numaralı maddeler “Kendini Değersizleştirme” boyutunda yer alırken, 7-12 numaralı maddeler “Etiketlenme Korkusu” boyutunda yer almaktadır. Sevinçer ve diğerleri tarafından ölçeğe ilişkin olarak yapılan güvenilirlik analizinde Cronbach Alpha katsayısı ölçek geneli için 0.83, kendini değersizleştirme boyutu için 0.74 ve etiketleme korkusu boyutu için de 0.81 olarak tespit edilmiştir.<sup>164</sup> Bu araştırma kapsamında yapılan güvenilirlik analizinde ise Cronbach Alpha katsayıları sırasıyla 0.96, 0.94 ve 0.94 olarak belirlenmiştir.

Kendini damgalama ölçeği 5’li likert tipte olup, ölçekteki maddeler 1 (Tamamen katılmıyorum) ile 5 (Tamamen katılıyorum) arasında derecelendirilmektedir. Ölçeğin değerlendirilmesi kapsamında; toplam puanlar her iki boyut ve ölçek geneli için hesaplanmaktadır.

### 3.3.3. Kadın Cinsel İşlev Ölçeği

Araştırma kapsamında katılımcıların cinsel işlev bozukluklarını belirlemek amacıyla; Rosen ve diğerleri tarafından geliştirilen “*Kadın Cinsel İşlev Bozukluğu*”

---

<sup>162</sup> Lillis vd., a.g.e., 2010, s.971.

<sup>163</sup> Sevinçer vd., a.g.e., s.386.

<sup>164</sup> Sevinçer vd., a.g.e., s.386.

Ölçeği” kullanılmıştır.<sup>165</sup> Bahse konu ölçek, katılımcıların kendi cinsel işlevlerini değerlendirdikleri ve kendilerinin doldurdukları bir ölçek olup, Türkçeye Aygin ve Aslan tarafından uyarlanmıştır.<sup>166</sup>

Kadın cinsel işlev bozukluğu ölçeği 6 boyutta toplam 19 maddeden meydana gelmektedir. Ölçeğe ait boyutlar ile bu boyutların içerdiği soru sayıları, puan aralıkları, faktör katsayıları, asgari ve azami puanlar Tablo 1’de belirtilmiştir.

**Tablo-1** Kadın Cinsel İşlev Bozukluğu Boyut Puanlaması

Boyut	Soru	Puan Aralığı	Faktör Katsayısı	Asgari Puan	Azami Puan
Cinsel İstek	1 ve 2	1-5	0,6	1,2	6
Uyarılma	3, 4, 5 ve 6	0-5	0,3	0	6
Lubrikasyon	7, 8, 9 ve 10	0-5	0,3	0	6
Orgazm	11, 12 ve 13	0-5	0,4	0	6
Doyum	14, 15 ve 16	0-5	0,4	0	6
Cinsel Ağrı	17, 18 ve 19	0-5	0,4	0	6

Ölçekten alınan puanların değerlendirilmesinde, cinsel işlev bozukluğu toplam puanınının 26,55’den düşük olması cinsel işlev bozukluğu olarak kabul edilmiştir.<sup>167</sup>

### 3.4. VERİLERİN ÇÖZÜMLENMESİ

İstatistik analizler IBM SPSS versiyon 21.0 (IBM Corp. Released 2012. Armonk, NY, USA) paket programı ile yapıldı. Tanımlayıcı istatistikler ortalama, standart sapma, ortanca, en küçük, en büyük, frekans, yüzde olarak verildi. Kesikli değişkenlerin karşılaştırmalarında Pearson ki-kare ve Fisher’in kesin testleri

<sup>165</sup> Raymond Rosen vd., “The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function”. *Journal of sex & marital therapy*, 2000, 26(2), 191-208, s.191.

<sup>166</sup> Dilek Aygin ve Fatma Eti Aslan, "Kadın Cinsel İşlev Ölçeği'nin Türkçeye Uyarlaması." *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences* 2005, 25.3, 393-399, s.393.

<sup>167</sup> Markus Wiegel vd., "The female sexual function index (FSFI): cross-validation and development of clinical cutoff scores." *Journal of sex & marital therapy*, 2005, 31.1, 1-20, s.1.

kullanıldı. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilk testi ile değerlendirildi. Sürekli değişkenlere ait gruplar arası karşılaştırmalar Mann Whitney U ve Kruskal Wallis testleri ile yapıldı. Kruskal Wallis testi ile yapılan karşılaştırmalarda gruplar arasında istatistiksel anlamlı farklılık bulunduğunda farkın hangi grup veya gruplardan kaynaklandığının belirlemek için posthoc Bonferroni düzeltmeli Mann Whitney U testi kullanıldı. Değişkenler arasındaki doğrusal ilişki Spearman korelasyon testi ile değerlendirildi. İstatistiksel önemlilik için  $p < 0,05$  değeri kabul edildi.



## DÖRDÜNCÜ BÖLÜM BULGULAR

Katılımcıların yaş ortalaması  $35,7 \pm 9,2$  yıldır (ortanca=35, en küçük=20, en büyük=66). Kadınların VKİ ortalaması ise  $34,8 \pm 3,4$  kg/m<sup>2</sup> (ortanca=33,5, en küçük=30,5, en büyük=48,5) olarak hesaplanmıştır. Çalışma grubunun öğrenim yılı ortalaması ise  $11,4 \pm 4,1$  yıl (ortanca=12, en küçük=3, en büyük=22) olarak bulunmuştur. Yaş grubu olarak %50,0 (n=70) ile 31-39 yaş grubu, VKİ grubunda ise %68,6 (n=96) ile 35'in altında değeri olanlar en kalabalık gruplardır. Kadınların %78,6'sı evlidir ve %92,2'si ailesi birlikte yaşamaktadır. Katılımcıların %29,3'ü (n=41) gelir getiren bir işte çalışmaktadır. Gelir durumuna göre orta düzeyde gelire sahip olduğunu bildirenler %62,1 ile (n=87), doğum sayısına göre ise 2 doğumu olanlar %36,4 (n=51) ile en büyük gruplardır. Ayrıntılar Tablo-2'de sunulmuştur.

**Tablo-2** Katılımcıların Bazı Sosyodemografik Özelliklere Göre Dağılımı (n=140)

Özellik	n	%
Yaş Grubu		
20-30	36	25,7
31-39	70	50,0
40 ve üstü	34	24,3
VKİ Grup		
34,99 ve altı	96	68,6
35-39,99	30	21,4
40 ve üstü	14	10,0
Medeni Durum		
Evli	110	78,6
Bekar	30	21,4
Kiminle Yaşıyor		
Ailesi ile	129	92,2
Yalnız	9	6,4
Aile Dışı Kişiler	2	1,4
Gelir Getiren İşte Çalışma Durumu		
Evet	41	29,3
Hayır	99	70,7
Gelir Düzeyi		
Yetersiz	12	8,6
Orta	87	62,1
İyi	36	25,7
Çok İyi	5	3,6
Doğum Sayısı		
0	29	20,7
1	39	27,9
2	51	36,4
3	21	15,0

Katılımcıların %17,9'unda (n=25) psikiyatrik hastalık öyküsü vardır ve bu kadınların tamamı psikiyatri ilacı kullanmaktadır. Ailesinde psikiyatrik hastalığı olanlar %15,0 (n=21), herhangi bir tıbbi hastalığı olduğunu bildirenler ise %15,7'lik (n=22) paya sahiptir. Çalışma grubundaki 8 kadın intihar öyküsü bildirmiştir (%5,7). Ailesinde obezite öyküsü olanların payı %58,6 (n=82), çocukluk döneminde obezite öyküsü olanların payı ise %50,0 (n=70) olarak bulunmuştur. Kadınların %14,3'ünde (n=20) idrar kaçırma şikayeti bulunmaktadır. Menopozda olduğunu bildiren kadın sayısı ise 15'tir (n=%10,7). Ayrıntılar Tablo-3'de sunulmuştur.

**Tablo-3** Katılımcıların Sağlıkla İlgili Bazı Özelliklerin Dağılımı (n=140)

Özellik	n	%
Psikiyatrik Hastalık Öyküsü		
Var	25	17,9
Yok	115	82,1
Psikiyatri İlacı Kullanma Öyküsü		
Var	25	17,9
Yok	115	82,1
Ailede Psikiyatrik Hastalık Öyküsü		
Var	21	15,0
Yok	119	85,0
Tıbbi Hastalık Öyküsü		
Var	22	15,7
Yok	118	84,3
İntihar Öyküsü		
Var	8	5,7
Yok	132	94,3
Ailede Obezite Öyküsü		
Var	82	58,6
Yok	58	41,4
Çocuklukta Obezite Öyküsü		
Var	70	50,0
Yok	70	50,0
İdrar Kaçırma Öyküsü		
Evet	20	14,3
Yok	120	85,7
Menopoz Öyküsü		
Var	15	10,7
Yok	125	89,3



Katılımcıların “Kendini Değersizleştirme”, “Etiketleme Korkusu” alt boyut ve “Kilo Açısından Kendini Damgalama Ölçeği” toplam puanlarına ait tanımlayıcı istatistikleri Tablo-4’te verilmiştir.

**Tablo-4** Katılımcıların Kilo Açısından Kendini Damgalama Ölçek Puanlarına Ait Tanımlayıcı İstatistikleri (n=140)

Alt Boyut/Ölçek Puanı	Ortalama±SS	Ortanca	En Küçük-En Büyük
Kendini Değersizleştirme	18,3± 5,4	18	6-30
Etiketleme Korkusu	12,5± 5,5	12	6-29
Kilo Açısından Kendini Damgalama	31,0± 9,4	31	12-59

Katılımcıların “Cinsel İstek”, “Uyarılma”, “Lubrikasyon”, “Orgazm”, “Doyum”, “Cinsel Ağrı” alt boyut ve “Kadın Cinsel İşlev Ölçeği” toplam puanlarına ait tanımlayıcı istatistikleri Tablo-5’te verilmiştir.

**Tablo-5** Katılımcıların Kadın Cinsel İşlev Ölçeği Puanlarına Ait Tanımlayıcı İstatistikleri (n=140)

Alt Boyut/Ölçek Puanı	Ortalama±SS	Ortanca	En Küçük-En Büyük
Cinsel İstek	3,5±1,2	3,6	1,2-5,4
Uyarılma	3,7±1,9	4,2	0-6
Lubrikasyon	3,9±1,9	4,5	0-6
Orgazm	3,4±1,8	3,6	0-6
Doyum	3,8±2,1	4,8	0-6
Cinsel Ağrı	4,0±2,2	4,8	0-6
Kadın Cinsel İşlev	22,3±9,8	25,2	1,2-34,8

Katılımcıların yaş grubu, VKİ grubu, medeni durum, gelir getiren işte çalışma durumu, doğum sayısı, psikiyatrik hastalık öyküsü, intihar öyküsü, ailede obezite öyküsü, çocuklukta obezite öyküsü, idrar kaçırma öyküsü, menopoz durumuna göre “Kendini Değersizleştirme” alt boyut puanları karşılaştırıldığında VKİ’si 35-39,99 aralığında olan grubun puanları, 35’in altında olan kadınlardan istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Psikiyatrik hastalık, intihar, çocuklukta obezite ve menopoz öyküsü pozitif olan kadınların, bu öyküleri negatif olan kadınlardan “Kendini Değersizleştirme” alt boyut puanları istatistiksel olarak anlamlı yüksektir ( $p<0,05$ ). Diğer karşılaştırmalarda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Ayrıntılar Tablo-6’da sunulmuştur.

**Tablo-6** Katılımcıların Bazı Özelliklerine Göre Kendini Değersizleştirme Alt Boyutu Puanları Karşılaştırmaları (n=140)

	Ortalama ± SS	z/Ki-kare
Yaş Grup		
20-30 (n=36)	18,0±5,3	1,396 0,498*
31-39 (n=70)	18,8±5,3	
40 ve üstü (n=34)	17,7±5,8	
VKİ Grup		
30-34,99 (n=96)	17,4±4,9 <sup>a</sup>	7,999 <b>0,018*</b>
35-39,99 (n=30)	20,3±5,4 <sup>b</sup>	
40 ve üstü (n=14)	20,3±6,9	
Medeni Durum		
Evli (n=110)	18,2±5,5	-0,754 0,451**
Bekar (n=30)	18,9±4,9	
Gelir Getiren İşte Çalışma Durumu		
Evet (n=41)	18,5±5,4	- 0,370 0,711**
Hayır (n=99)	18,3±5,4	
Doğum Sayısı		
0 (n=29)	18,9±4,9	2,984 0,394*
1 (n=39)	17,8±5,8	
2 (n=51)	17,8±5,3	
3 (n=21)	19,8±5,6	
Psikiyatrik Hastalık Öyküsü		
Var (n=25)	21,4±4,4	- 3,257 <b>0,001**</b>
Yok (n=115)	17,7±5,4	
İntihar Öyküsü		
Var (n=8)	22,1±2,2	- 2,230 <b>0,026**</b>
Yok (n=132)	18,1±5,4	
Ailede Obezite Öyküsü		
Var (n=82)	18,9±5,2	543 0,123**
Yok (n=58)	17,5±5,6	
Çocuklukta Obezite Öyküsü		
Var (n=70)	19,5±5,2	- <b>2,633 0,008**</b>
Yok (n=70)	17,1±5,4	
İdrar Kaçırma Öyküsü		
Var (n=20)	20,0±5,3	- 1,654 0,098**
Yok (n=120)	18,1±5,4	
Menopoz Öyküsü		
Var (n=15)	22,1±4,1	- 3,086 <b>0,002**</b>
Yok (n=125)	17,9±5,4	

Katılımcıların yaş grubu, VKİ grubu, medeni durum, gelir getiren işte çalışma durumu, doğum sayısı, psikiyatrik hastalık öyküsü, intihar öyküsü, ailede obezite öyküsü, çocuklukta obezite öyküsü, idrar kaçırma öyküsü, menopoz durumuna göre “Etiketlenme Korkusu” alt boyut puanları karşılaştırıldığında 20-30 yaş aralığında olan grubun puanları, 40 ve üstünde olan kadınlardan istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Ailesinde ve çocuklukta obezite öyküsü pozitif olan kadınların

bu öyküleri olmayan kadınlardan “Etiketlenme Korkusu” alt boyut puanları istatistiksel olarak anlamlı yüksektir ( $p < 0,05$ ). Diğer karşılaştırmalarda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p > 0,05$ ). Ayrıntılar Tablo-7’de sunulmuştur.

**Tablo-7** Katılımcıların Bazı Özelliklerine Göre Etiketlenme Korkusu Alt Boyutu Puanları Karşılaştırmaları (n=140)

	Ortalama $\pm$ SS	z/Ki-kare	p
Yaş Grup			
20-30 (n=36)	13,9 $\pm$ 6,1 <sup>a</sup>	6,410	<b>0,041*</b>
31-39 (n=70)	12,8 $\pm$ 5,3		
40 ve üstü (n=34)	10,5 $\pm$ 4,8 <sup>b</sup>		
VKİ Grup			
30-34,99 (n=96)	11,9 $\pm$ 5,1	3,496	0,174*
35-39,99 (n=30)	13,2 $\pm$ 6,1		
40 ve üstü (n=14)	15,0 $\pm$ 6,4		
Medeni Durum			
Evli (n=110)	12,0 $\pm$ 5,2	-1,940	0,052**
Bekar (n=30)	14,4 $\pm$ 6,1		
Gelir Getiren İşte Çalışma Durumu			
Evet (n=41)	13,0 $\pm$ 5,1	- 0,889	0,374**
Hayır (n=99)	12,3 $\pm$ 5,7		
Doğum Sayısı			
0 (n=29)	15,0 $\pm$ 6,3	6,405	0,093*
1 (n=39)	12,3 $\pm$ 5,1		
2 (n=51)	11,8 $\pm$ 5,5		
3 (n=21)	11,3 $\pm$ 4,3		
Psikiyatrik Hastalık Öyküsü			
Var (n=25)	13,3 $\pm$ 4,6	- 1,152	0,249**
Yok (n=115)	12,4 $\pm$ 5,7		
İntihar Öyküsü			
Var (n=8)	13,8 $\pm$ 3,6	1,077	0,281**
Yok (n=132)	12,5 $\pm$ 5,6		
Ailede Obezite Öyküsü			
Var (n=82)	13,7 $\pm$ 5,8	-2,825	<b>0,005**</b>
Yok (n=58)	10,9 $\pm$ 4,7		
Çocuklukta Obezite Öyküsü			
Var (n=70)	13,6 $\pm$ 5,8	<b>- 2,134</b>	<b>0,033**</b>
Yok (n=70)	11,5 $\pm$ 5,1		
İdrar Kaçırma Öyküsü			
Var (n=20)	11,5 $\pm$ 4,4	- 0,697	0,486**
Yok (n=120)	12,7 $\pm$ 5,7		
Menopoz Öyküsü			
Var (n=15)	12,5 $\pm$ 5,2	- 0,184	0,854**
Yok (n=125)	12,5 $\pm$ 5,8		

Katılımcıların yaş grubu, VKİ grubu, medeni durum, gelir getiren işte çalışma durumu, doğum sayısı, psikiyatrik hastalık öyküsü, intihar öyküsü, ailede obezite öyküsü, çocuklukta obezite öyküsü, idrar kaçırma öyküsü, menopoz durumuna göre “Kilo Açısından Kendini Damgalama” ölçek puanları karşılaştırıldığında VKİ’si 40 ve üstünde olan grubun puanları, 35’in altında olan kadınlardan istatistiksel olarak

anlamli yu'kse bulunmuştur ( $p < 0,05$ ). Psikiyatrik hastalık, ailesinde ve çocuklukta obezite öyküsü pozitif olan kadınların ölçek puanları, öyküleri negatif olan kadınlardan istatistiksel olarak anlamli yu'ksektir ( $p < 0,05$ ). Ayrıntılar Tablo-8'de sunulmuştur.

**Tablo-8** Katılımcıların Bazı zelliklerine Göre Kilo Açısından Kendini Damgalama lek Puanları Karşılaştırmaları (n=140)

	Ortalama $\pm$ SS	z/Ki-kare
Yaş Grup		
20-30 (n=36)	31,9 $\pm$ 10,1	
31-39 (n=70)	31,7 $\pm$ 8,9	3,162 0,206*
40 ve üstü (n=34)	28,4 $\pm$ 9,7	
VKİ Grup		
30-34,99 (n=96)	29,5 $\pm$ 8,7 <sup>a</sup>	
35-39,99 (n=30)	33,5 $\pm$ 10,4	6,456 <b>0,040*</b>
40 ve üstü (n=14)	35,3 $\pm$ 10,1 <sup>b</sup>	
Medeni Durum		
Evli (n=110)	30,3 $\pm$ 9,3	
Bekar (n=30)	33,3 $\pm$ 9,7	-1,625 0,104**
Gelir Getiren İşte alışma Durumu		
Evet (n=41)	31,5 $\pm$ 8,9	
Hayır (n=99)	30,7 $\pm$ 9,7	- 0,443 0,658**
Doğum Sayısı		
0 (n=29)	34,0 $\pm$ 9,5	
1 (n=39)	30,2 $\pm$ 9,4	4,581 0,205*
2 (n=51)	29,7 $\pm$ 9,5	
3 (n=21)	31,0 $\pm$ 9,0	
Psikiyatrik Hastalık yküsü		
Var (n=25)	34,6 $\pm$ 8,2	
Yok (n=115)	30,1 $\pm$ 9,5	- 2,232 <b>0,026**</b>
İntihar yküsü		
Var (n=8)	35,9 $\pm$ 3,9	
Yok (n=132)	30,7 $\pm$ 9,6	- 1,550 0,121**
Ailede Obezite yküsü		
Var (n=82)	32,7 $\pm$ 9,1	
Yok (n=58)	28,5 $\pm$ 9,5	-2,408 <b>0,016**</b>
Çocuklukta Obezite yküsü		
Var (n=70)	33,1 $\pm$ 9,2	
Yok (n=70)	28,8 $\pm$ 9,2	- <b>2,574 0,010**</b>
İdrar Kaçırma yküsü		
Var (n=20)	31,5 $\pm$ 8,9	
Yok (n=120)	30,9 $\pm$ 9,6	- 0,375 0,707**
Menopoz yküsü		
Var (n=15)	34,6 $\pm$ 6,4	
Yok (n=125)	30,5 $\pm$ 9,5	- 1,708 0,088**

Katılımcıların yaş grubu, VKİ grubu, medeni durum, gelir getiren işte çalışma durumu, doğum sayısı, psikiyatrik hastalık öyküsü, intihar öyküsü, ailede obezite öyküsü, çocuklukta obezite öyküsü, idrar kaçırma öyküsü, menopoz durumuna göre "cinsel istek" alt boyut puanları karşılaştırıldığında; yaşı 20-30 arasında olan kadınlar

40 yaş ve üstü gruptan, VKİ değeri 35'in altında olan grup VKİ'si 35-39,99 aralığında olan kadınlardan, doğum yapmamış kadınlar ise 2 veya 3 doğum yapmış gruptan istatistiksel olarak anlamlı yüksek puanlara sahip bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Ailesinde obezite öyküsü olan kadınların öyküsü olmayan kadınlardan "cinsel istek" alt boyut puanı istatistiksel olarak anlamlı yüksektir. Menopoz ve idrar kaçırma öyküsü pozitif olan kadınların ise öyküleri negatif olan kadınlardan cinsel istek alt boyut puanları istatistiksel olarak anlamlı düşük bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Ayrıntılar Tablo-9'da sunulmuştur

**Tablo-9** Katılımcıların Bazı Özelliklerine Göre Cinsel İstek Alt Boyutu Puanları Karşılaştırmaları (n=140)

	Ortalama $\pm$ SS	z/Ki-kare	p
Yaş Grup			
20-30 (n=36)	4,0 $\pm$ 1,1 <sup>a</sup>	9,038	<b>0,011*</b>
31-39 (n=70)	3,4 $\pm$ 1,2		
40 ve üstü (n=34)	3,1 $\pm$ 1,4 <sup>b</sup>		
VKİ Grup			
30-34,99 (n=96)	3,7 $\pm$ 1,1 <sup>a</sup>	6,456	<b>0,040*</b>
35-39,99 (n=30)	2,9 $\pm$ 1,3 <sup>b</sup>		
40 ve üstü (n=14)	3,3 $\pm$ 1,5		
Medeni Durum			
Evli (n=110)	3,4 $\pm$ 1,2	-1,263	0,207**
Bekar (n=30)	3,7 $\pm$ 1,3		
Gelir Getiren İşte Çalışma Durumu			
Evet (n=41)	3,6 $\pm$ 1,2	-0,862	0,389**
Hayır (n=99)	3,4 $\pm$ 1,2		
Doğum Sayısı			
0 (n=29)	3,9 $\pm$ 1,2 <sup>a</sup>	11,226	<b>0,011*</b>
1 (n=39)	3,8 $\pm$ 0,9		
2 (n=51)	3,2 $\pm$ 1,3 <sup>b</sup>		
3 (n=21)	2,9 $\pm$ 1,4 <sup>b</sup>		
Psikiyatrik Hastalık Öyküsü			
Var (n=25)	3,1 $\pm$ 1,3	-1,588	0,112**
Yok (n=115)	3,6 $\pm$ 1,2		
Ailede Obezite Öyküsü			
Var (n=82)	3,7 $\pm$ 1,2	-2,591	<b>0,010**</b>
Yok (n=58)	3,2 $\pm$ 1,2		
Çocuklukta Obezite Öyküsü			
Var (n=70)	3,5 $\pm$ 1,3	-0,254	0,800**
Yok (n=70)	3,5 $\pm$ 1,2		
İdrar Kaçırma Öyküsü			
Var (n=20)	2,5 $\pm$ 1,4	-3,397	<b>0,001**</b>
Yok (n=120)	3,7 $\pm$ 1,1		
Menopoz Öyküsü			
Var (n=15)	2,3 $\pm$ 1,1	-3,587	<b>0,001**</b>
Yok (n=125)	3,6 $\pm$ 1,2		

Katılımcıların yaş ve VKİ grubu, medeni durum, gelir getiren işte çalışma durumu, doğum sayısı, psikiyatrik hastalık, intihar, ailede ve çocuklukta obezite öyküsü, idrar kaçırma ve menopoz durumuna göre "uyarıma" alt boyut puanları karşılaştırıldığında; 20-30 yaş arasındaki kadınlar 40 yaş ve üstü gruptan, VKİ değeri

35'in altında olan grup diğer 2 gruptaki kadınlardan istatistiksel olarak anlamlı yüksek puanlara sahip bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Ailesinde obezite öyküsü olan kadınların "uyarılma" alt boyut puanı, öyküsü olmayan kadınlardan istatistiksel olarak anlamlı yüksektir. Psikiyatrik hastalık, menopoz ve idrar kaçırma öyküsü pozitif olan kadınların ise öyküleri negatif olan kadınlardan "uyarılma" alt boyut puanları istatistiksel olarak anlamlı düşük bulunmuştur ( $p<0,05$ ) Ayrıntılar Tablo-10'da sunulmuştur.

**Tablo-10** Katılımcıların Bazı Özelliklerine Göre Uyarılma Alt Boyutu Puanları Karşılaştırmaları (n=140)

	Ortalama $\pm$ SS	z/Ki-kare	p
Yaş Grup			
20-30 (n=36)	4,4 $\pm$ 1,8 <sup>a</sup>	10,763	<b>0,005*</b>
31-39 (n=70)	3,8 $\pm$ 1,7		
40 ve üstü (n=34)	2,9 $\pm$ 2,2 <sup>b</sup>		
VKİ Grup			
30-34,99 (n=96)	4,1 $\pm$ 1,7 <sup>a</sup>	13,818	<b>0,001*</b>
35-39,99 (n=30)	3,1 $\pm$ 2,0 <sup>b</sup>		
40 ve üstü (n=14)	2,4 $\pm$ 2,1 <sup>b</sup>		
Medeni Durum			
Evli (n=110)	3,8 $\pm$ 1,8	-0,456	0,648**
Bekar (n=30)	3,4 $\pm$ 2,3		
Gelir Getiren İşte Çalışma Durumu			
Evet (n=41)	3,5 $\pm$ 2,2	- 0,439	0,661**
Hayır (n=99)	3,8 $\pm$ 1,8		
Doğum Sayısı			
0 (n=29)	3,8 $\pm$ 2,2	-2,894	0,408*
1 (n=39)	4,1 $\pm$ 1,6		
2 (n=51)	3,6 $\pm$ 1,7		
3 (n=21)	3,1 $\pm$ 2,5		
Psikiyatrik Hastalık Öyküsü			
Var (n=25)	2,8 $\pm$ 2,2	- 2,363	<b>0,018**</b>
Yok (n=115)	3,9 $\pm$ 1,8		
İntihar Öyküsü			
Var (n=8)	3,7 $\pm$ 2,2	- 0,140	0,889**
Yok (n=132)	3,7 $\pm$ 1,9		
Ailede Obezite Öyküsü			
Var (n=82)	4,0 $\pm$ 1,9	-2,606	<b>0,009**</b>
Yok (n=58)	3,3 $\pm$ 1,9		
Çocuklukta Obezite Öyküsü			
Var (n=70)	3,8 $\pm$ 1,8	- <b>0,215</b>	0,829**
Yok (n=70)	3,6 $\pm$ 2,1		
İdrar Kaçırma Öyküsü			
Var (n=20)	2,4 $\pm$ 2,2	- 2,933	<b>0,003**</b>
Yok (n=120)	3,9 $\pm$ 1,8		
Menopoz Öyküsü			
Var (n=15)	2,1 $\pm$ 1,8	- 3,433	<b>0,001**</b>
Yok (n=125)	3,9 $\pm$ 1,9		

Katılımcıların yaş ve VKİ grubu, gelir getiren işte çalışma ve medeni durumu, doğum sayısı, psikiyatrik hastalık, intihar, ailede obezite, çocuklukta obezite ve idrar kaçırma öyküsü, menopoz durumuna göre "lubrikasyon" alt boyut puanları karşılaştırıldığında; VKİ değeri 35'in altında olan grup 40 ve üzerinde değere sahip olan kadınlardan istatistiksel olarak anlamlı yüksek puanlara sahip bulunmuştur

( $p < 0,05$ ). Menopoz öyküsü pozitif olan kadınların ise öyküleri negatif olan kadınlardan "lubrikasyon" alt boyut puanları istatistiksel olarak anlamlı düşüktür ( $p < 0,05$ ) Ayrıntılar Tablo-11'de sunulmuştur.

**Tablo-11** Katılımcıların Bazı Özelliklerine Göre Lubrikasyon Alt Boyutu Puanları Karşılaştırmaları (n=140)

	Ortalama $\pm$ SS	z/Ki-kare	p
Yaş Grup 20-30 (n=36) 31-39 (n=70) 40 ve üstü (n=34)	4,2 $\pm$ 1,8 4,1 $\pm$ 1,7 3,1 $\pm$ 2,2	5,188	0,075*
VKİ Grup 30-34,99 (n=96) 35-39,99 (n=30) 40 ve üstü (n=14)	4,2 $\pm$ 1,7 <sup>a</sup> 3,4 $\pm$ 2,1 2,6 $\pm$ 2,2 <sup>b</sup>	9,959	<b>0,007*</b>
Medeni Durum Evli (n=110) Bekar (n=30)	4,0 $\pm$ 1,8 3,5 $\pm$ 2,3	-0,588	0,556**
Gelir Getiren İşte Çalışma Durumu Evet (n=41) Hayır (n=99)	3,5 $\pm$ 2,2 4,0 $\pm$ 1,8	-1,038	0,299**
Doğum Sayısı 0 (n=29) 1 (n=39) 2 (n=51) 3 (n=21)	3,9 $\pm$ 2,3 4,1 $\pm$ 1,7 4,0 $\pm$ 1,6 3,2 $\pm$ 2,5	1,484	0,686*
Psikiyatrik Hastalık Öyküsü Var (n=25) Yok (n=115)	3,2 $\pm$ 2,2 4,0 $\pm$ 1,8	-1,622	0,105**
İntihar Öyküsü Var (n=8) Yok (n=132)	3,8 $\pm$ 2,1 3,9 $\pm$ 1,9	-0,172	0,864**
Ailede Obezite Öyküsü Var (n=82) Yok (n=58)	4,0 $\pm$ 1,8 3,7 $\pm$ 2,0	-1,038	0,299**
Çocuklukta Obezite Öyküsü Var (n=70) Yok (n=70)	4,0 $\pm$ 1,7 3,7 $\pm$ 2,1	<b>-0,197</b>	0,844**
İdrar Kaçırma Öyküsü Var (n=20) Yok (n=120)	3,0 $\pm$ 2,5 4,0 $\pm$ 1,8	-1,545	0,122**
Menopoz Öyküsü Var (n=15) Yok (n=125)	2,7 $\pm$ 2,1 4,0 $\pm$ 1,9	-2,433	<b>0,015**</b>

Katılımcıların yaş ve VKİ grubu, medeni durum, gelir getiren işte çalışma durumu, doğum sayısı, psikiyatrik hastalık, intihar, ailede obezite ve çocuklukta obezite öyküsü, idrar kaçırma ve menopoz durumuna göre "orgazm" alt boyut puanları karşılaştırıldığında; 20-30 arasındaki kadınlar 40 yaş ve üstü gruptan, VKİ değeri 35'in altında olanlar diğer 2 gruptaki kadınlardan istatistiksel olarak anlamlı yüksek puanlara sahip bulunmuştur ( $p < 0,05$ ). Psikiyatrik hastalık, menopoz ve idrar kaçırma

öyküsü pozitif olan kadınların ise negatif olanlara göre “orgazm” alt boyut puanları istatistiksel olarak anlamlı düşük bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Ayrıntılar Tablo-12’de sunulmuştur.

**Tablo-12** Katılımcıların Bazı Özelliklerine Göre Orgazm Alt Boyutu Puanları Karşılaştırmaları (n=140)

	Ortalama $\pm$ SS	z/Ki-kare	p
Yaş Grup			
20-30 (n=36)	3,9 $\pm$ 1,7 <sup>a</sup>	8,077	<b>0,018*</b>
31-39 (n=70)	3,5 $\pm$ 1,7		
40 ve üstü (n=34)	2,6 $\pm$ 2,1 <sup>b</sup>		
VKİ Grup			
30-34,99 (n=96)	3,8 $\pm$ 1,7 <sup>a</sup>	13,351	<b>0,001*</b>
35-39,99 (n=30)	2,7 $\pm$ 1,9 <sup>b</sup>		
40 ve üstü (n=14)	2,3 $\pm$ 2,0 <sup>b</sup>		
Medeni Durum			
Evli (n=110)	3,5 $\pm$ 1,7	-1,238	0,216**
Bekar (n=30)	2,9 $\pm$ 2,1		
Gelir Getiren İşte Çalışma Durumu			
Evet (n=41)	3,0 $\pm$ 2,0	-1,134	0,257**
Hayır (n=99)	3,5 $\pm$ 1,7		
Doğum Sayısı			
0 (n=29)	3,3 $\pm$ 2,0	0,787	0,853*
1 (n=39)	3,6 $\pm$ 1,6		
2 (n=51)	3,4 $\pm$ 1,6		
3 (n=21)	3,0 $\pm$ 2,4		
Psikiyatrik Hastalık Öyküsü			
Var (n=25)	2,4 $\pm$ 2,0	-2,652	<b>0,008**</b>
Yok (n=115)	3,6 $\pm$ 1,7		
İntihar Öyküsü			
Var (n=8)	3,5 $\pm$ 2,2	-0,239	0,811**
Yok (n=132)	3,4 $\pm$ 1,8		
Ailede Obezite Öyküsü			
Var (n=82)	3,6 $\pm$ 1,8	-1,809	0,070**
Yok (n=58)	3,1 $\pm$ 1,9		
Çocuklukta Obezite Öyküsü			
Var (n=70)	3,6 $\pm$ 1,7	-1,355	0,175**
Yok (n=70)	3,1 $\pm$ 1,9		
İdrar Kaçırma Öyküsü			
Var (n=20)	2,3 $\pm$ 2,0	-2,684	<b>0,007**</b>
Yok (n=120)	3,6 $\pm$ 1,7		
Menopoz Öyküsü			
Var (n=15)		-2,688	<b>0,007**</b>
Yok (n=125)			

Katılımcıların yaş grubu, VKİ grubu, medeni durum, gelir getiren işte çalışma durumu, doğum sayısı, psikiyatrik hastalık öyküsü, intihar öyküsü, ailede obezite öyküsü, çocuklukta obezite öyküsü, idrar kaçırma öyküsü, menopoz durumuna göre “doyum” alt boyut puanları karşılaştırıldığında; yaşı 20-30 ve 31-39 arasında olan kadınlar 40 yaş ve üstü gruptan, VKİ değeri 35’in altında olan grup diğer 2 grupta yer alan kadınlardan istatistiksel olarak anlamlı yüksek puanlara sahip bulunmuştur



( $p < 0,05$ ). Psikiyatrik hastalık, menopoz ve idrar kaçırma öyküsü pozitif olan kadınların ise öyküleri negatif olan kadınlardan “doyum” alt boyut puanları istatistiksel olarak anlamlı düşük bulunmuştur ( $p < 0,05$ ). Ayrıntılar Tablo-13’de sunulmuştur.

**Tablo-13** Katılımcıların Bazı Özelliklerine Göre Doyum Alt Boyutu Puanları Karşılaştırmaları (n=140)

	Ortalama $\pm$ SS	z/Ki-kare	p
Yaş Grup			
20-30 (n=36)	4,6 $\pm$ 1,9 <sup>a</sup>	15,121	<b>0,001*</b>
31-39 (n=70)	4,0 $\pm$ 1,8 <sup>a</sup>		
40 ve üstü (n=34)	2,8 $\pm$ 2,2 <sup>b</sup>		
VKİ Grup			
30-34,99 (n=96)	4,3 $\pm$ 1,8 <sup>a</sup>	12,045	<b>0,002*</b>
35-39,99 (n=30)	3,0 $\pm$ 2,1 <sup>b</sup>		
40 ve üstü (n=14)	2,5 $\pm$ 2,5 <sup>b</sup>		
Medeni Durum			
Evli (n=110)	4,0 $\pm$ 2,0	-1,756	0,079**
Bekar (n=30)	3,2 $\pm$ 2,3		
Gelir Getiren İşte Çalışma Durumu			
Evet (n=41)	3,4 $\pm$ 2,3	- 1,495	0,135**
Hayır (n=99)	4,0 $\pm$ 2,0		
Doğum Sayısı			
0 (n=29)	3,9 $\pm$ 2,3	7,708	0,052*
1 (n=39)	4,5 $\pm$ 1,8		
2 (n=51)	3,6 $\pm$ 1,7		
3 (n=21)	3,2 $\pm$ 2,6		
Psikiyatrik Hastalık Öyküsü			
Var (n=25)	2,7 $\pm$ 2,2	- 2,937	<b>0,003**</b>
Yok (n=115)	4,1 $\pm$ 2,0		
İntihar Öyküsü			
Var (n=8)	3,1 $\pm$ 1,9	- 1,307	0,191**
Yok (n=132)	3,9 $\pm$ 2,1		
Ailede Obezite Öyküsü			
Var (n=82)	4,0 $\pm$ 1,9	-0,526	0,599**
Yok (n=58)	3,7 $\pm$ 2,2		
Çocuklukta Obezite Öyküsü			
Var (n=70)	3,9 $\pm$ 1,9	<b>- 0,278</b>	0,781**
Yok (n=70)	3,8 $\pm$ 2,2		
İdrar Kaçırma Öyküsü			
Var (n=20)	2,5 $\pm$ 2,3	- 2,853	<b>0,004**</b>
Yok (n=120)	4,1 $\pm$ 1,9		
Menopoz Öyküsü			
Var (n=15)	2,5 $\pm$ 2,3	- 2,258	<b>0,024**</b>
Yok (n=125)	4,0 $\pm$ 2,0		

Katılımcıların yaş grubu, VKİ grubu, medeni durum, gelir getiren işte çalışma durumu, doğum sayısı, psikiyatrik hastalık öyküsü, intihar öyküsü, ailede obezite öyküsü, çocuklukta obezite öyküsü, idrar kaçırma öyküsü, menopoz durumuna göre “cinsel ağrı” alt boyut puanları karşılaştırıldığında; VKİ değeri 30,00-34,99 arasında

olan grup 40 ve üzerinde olan kadınlardan istatistiksel olarak anlamlı yüksek puanlara sahip bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Menopoz öyküsü pozitif olan kadınların ise öyküleri negatif olan kadınlardan “cinsel ağrı” alt boyut puanları istatistiksel olarak anlamlı düşük bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Ayrıntılar Tablo-14’te sunulmuştur.

**Tablo-14** Katılımcıların Bazı Özelliklerine Göre Cinsel Ağrı Alt Boyutu Puanları Karşılaştırmaları (n=140)

	Ortalama $\pm$ SS	z/Ki-kare	p
Yaş Grup			
20-30 (n=36)	3,9 $\pm$ 2,0		
31-39 (n=70)	4,4 $\pm$ 2,0	3,268	0,195*
40 ve üstü (n=34)	3,5 $\pm$ 2,6		
VKİ Grup			
30-34,99 (n=96)	4,3 $\pm$ 2,0 <sup>a</sup>		
35-39,99 (n=30)	3,7 $\pm$ 2,5	6,178	<b>0,046*</b>
40 ve üstü (n=14)	2,7 $\pm$ 2,4 <sup>b</sup>		
Medeni Durum			
Evli (n=110)	4,1 $\pm$ 2,0		
Bekar (n=30)	3,6 $\pm$ 2,5	-0,614	0,539**
Gelir Getiren İşte Çalışma Durumu			
Evet (n=41)	3,9 $\pm$ 2,5		
Hayır (n=99)	4,1 $\pm$ 2,0	0,255	0,799**
Doğum Sayısı			
0 (n=29)	4,0 $\pm$ 2,4		
1 (n=39)	4,3 $\pm$ 1,8	-2,018	0,569*
2 (n=51)	4,2 $\pm$ 2,0		
3 (n=21)	3,2 $\pm$ 2,6		
Psikiyatrik Hastalık Öyküsü			
Var (n=25)	3,5 $\pm$ 2,5		
Yok (n=115)	4,2 $\pm$ 2,1	- 1,126	0,260**
İntihar Öyküsü			
Var (n=8)	4,4 $\pm$ 1,9		
Yok (n=132)	4,0 $\pm$ 2,2	0,152	0,879**
Ailede Obezite Öyküsü			
Var (n=82)	4,2 $\pm$ 2,2		
Yok (n=58)	3,8 $\pm$ 2,3	0,751	0,453**
Çocuklukta Obezite Öyküsü			
Var (n=70)	4,2 $\pm$ 2,0		
Yok (n=70)	3,9 $\pm$ 2,3	<b>-0,826</b>	0,409**
İdrar Kaçırma Öyküsü			
Var (n=20)	3,2 $\pm$ 2,7		
Yok (n=120)	4,2 $\pm$ 2,0	-1,244	0,213**
Menopoz Öyküsü			
Var (n=15)	2,3 $\pm$ 2,2		
Yok (n=125)	4,2 $\pm$ 2,1	- 3,117	<b>0,002**</b>

Katılımcıların yaş, VKİ, gelir getiren işte çalışma ve medeni durum, doğum sayısı, psikiyatrik hastalık, intihar, ailede obezite, çocuklukta obezite öyküsü, idrar kaçırma ve menopoz durumuna göre “Kadın Cinsel İşlev” ölçek puanları karşılaştırıldığında; yaşı 20-30 arasında olan kadınlar 40 yaş ve üstü gruptan, VKİ

değeri 35'in altında olan grup diğer 2 grupta yer alan kadınlardan istatistiksel olarak anlamlı yüksek puanlara sahip bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Psikiyatrik hastalık, menopoz ve idrar kaçırma öyküsü pozitif olan kadınların ise öyküleri negatif olan kadınlardan "Kadın Cinsel İşlev" ölçek puanları istatistiksel olarak anlamlı düşük bulunmuştur( $p<0,05$ ).Ayrıntılar Tablo-15'te sunulmuştur.

**Tablo-15** Katılımcıların Bazı Özelliklerine Göre "Kadın Cinsel İşlev" Ölçek Puanları Karşılaştırmaları (n=140)

	Ortalama $\pm$ SS	z/Ki-kare	p
Yaş Grup 20-30 (n=36) 31-39 (n=70) 40 ve üstü (n=34)	24,9 $\pm$ 9,2 <sup>a</sup> 23,1 $\pm$ 8,7 18,0 $\pm$ 11,4 <sup>b</sup>	9,381	<b>0,009*</b>
VKİ Grup 30-34,99 (n=96) 35-39,99 (n=30) 40 ve üstü (n=14)	24,4 $\pm$ 8,6 <sup>a</sup> 18,8 $\pm$ 10,9 <sup>b</sup> 15,9 $\pm$ 11,5 <sup>b</sup>	14,907	<b>0,001*</b>
Medeni Durum Evli (n=110) Bekar (n=30)	22,9 $\pm$ 9,2 20,2 $\pm$ 11,9	-0,470	0,638**
Gelir Getiren İşte Çalışma Durumu Evet (n=41) Hayır (n=99)	20,9 $\pm$ 11,4 22,9 $\pm$ 9,1	- 0,110	0,912**
Doğum Sayısı 0 (n=29) 1 (n=39) 2 (n=51) 3 (n=21)	22,8 $\pm$ 11,6 24,3 $\pm$ 7,8 22,0 $\pm$ 8,3 18,7 $\pm$ 13,3	4,294	0,231*
Psikiyatrik Hastalık Öyküsü Var (n=25) Yok (n=115)	17,8 $\pm$ 11,1 23,3 $\pm$ 9,3	- 2,463	<b>0,014**</b>
İntihar Öyküsü Var (n=8) Yok (n=132)	21,5 $\pm$ 10,8 22,4 $\pm$ 9,8	- 0,287	0,774**
Ailede Obezite Öyküsü Var (n=82) Yok (n=58)	23,5 $\pm$ 9,4 20,7 $\pm$ 10,3	-1,779	0,075**
Çocuklukta Obezite Öyküsü Var (n=70) Yok (n=70)	23,0 $\pm$ 9,0 21,6 $\pm$ 10,6	- <b>0,288</b>	0,774**
İdrar Kaçırma Öyküsü Var (n=20) Yok (n=120)	15,9 $\pm$ 12,4 23,4 $\pm$ 9,0	- 2,692	<b>0,007**</b>
Menopoz Öyküsü Var (n=15) Yok (n=125)	14,1 $\pm$ 10,3 23,3 $\pm$ 9,3	- 3,541	<b>&lt;0,001**</b>

Çayan ve arkadaşları (2004) Türk kadınlarında cinsel işlev bozukluğu görülme sıklığı ile cinsel işlevleri bozabilecek potansiyel risk faktörlerini araştırdıkları çalışmalarında Kadın Cinsel İşlev Ölçeğini kullanmışlardır. Cinsel işlev bozukluğu olduğunu söyleyebilmek için toplam ölçek puanının  $\pm 22,7$  olması gerektiğini söz konusu çalışmalarında hesaplamışlardır. Çalışma grubumuzdaki kadınların %35,7'sinin (n=50) KCIÖ toplam puanı 22,7'nin altında bulunmuştur. Bu kesme puanı dikkate alınarak, kadınlara ait bazı özelliklere göre cinsel işlev bozukluğu sıklığının farklı olup olmadığı incelenmiştir. Katılımcıların yaş grubu, VKİ grubu, medeni durum, gelir getiren işte çalışma durumu, doğum sayısı, psikiyatrik hastalık öyküsü, intihar öyküsü, ailede obezite öyküsü, çocuklukta obezite öyküsü, idrar kaçırma öyküsü, menopoz durumuna göre "Cinsel İşlev Bozukluğu" görülme sıklıkları karşılaştırıldığında, VKİ, psikiyatrik hastalık, idrar kaçırma ve menopoz öyküsü karşılaştırmalarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Cinsel işlev bozukluğu sıklığı VKİ değeri 40 ve üzerinde olan kadınlarda 30-34,99 aralığındaki kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Psikiyatrik hastalık, menopoz ve idrar kaçırma öyküsü pozitif olan kadınlarda öyküleri negatif olan kadınlara göre cinsel işlev bozukluğu varlığı istatistiksel olarak anlamlı yüksektir ( $p<0,05$ ). Ayrıntılar Tablo-16'da sunulmuştur.

**Tablo-16** Katılımcılarda Bazı Özelliklere Göre Cinsel İşlev Bozukluğu Sıklığının Dağılımı (n=140)

	Cinsel İşlev Bozukluğu Yok (n=90) n (%)#	Cinsel İşlev Bozukluğu Var (n=50) n (%)#	Ki-kare	p
Yaş Grubu 20-30 31-39 40 ve üstü	27 (75,0) 45 (64,3) 18 (52,9)	9 (25,0) 25 (35,7) 16 (47,1)	3,706	0,157*
VKİ Grup 30-34,99 35-39,99 40 ve üstü <sup>b</sup>	70 (72,9) 15 (50,0) 5 (35,7)	26 (27,1) <sup>a</sup> 15 (50,0) 9 (64,4) <sup>b</sup>	10,759	<b>0,005*</b>
Gelir Getiren İşte Çalışma Durumu Evet Hayır	24 (58,5) 66 (66,7)	17 (41,5) 33 (33,3)	0,835	0,361*
Medeni Durum Evli Bekar	71 (64,5) 19 (63,3)	39 (35,5) 11 (36,7)	0,015	0,902*
Doğum sayısı 0 1 2 3	20 (69,0) 27 (69,2) 32 (62,7) 11 (52,4)	9 (31,0) 12 (30,8) 19 (37,3) 10 (47,6)	2,041	0,564*
Psikiyatrik Hastalık Öyküsü Var Yok	11 (44,0) 79 (68,7)	14 (56,0) 36 (31,3)	5,455	0,020*
İntihar Öyküsü Var Yok	4 (50,0) 86 (65,2)	4 (50,0) 46 (34,8)		0,456**
Çocuklukta Obezite Öyküsü Var Yok	46 (65,7) 44 (62,9)	24 (34,3) 26 (37,1)	0,124	0,724*
Ailede Obezite Öyküsü Var Yok	57 (69,5) 33 (56,9)	25 (30,5) 25 (43,1)	2,355	0,125*
İdrar Kaçırma Öyküsü Var Yok	7 (35,0) 83 (69,2)	13 (65,0) 37 (30,8)	8,716	0,003*
Menopoz Öyküsü Var Yok	5 (33,3) 85 (68,0)	10 (66,7) 40 (32,0)	7,010	<b>0,008*</b>

Katılımcıların VKİ değerleri ile “Kilo Açısından Kendini Damgalama” ölçek puanları arasındaki korelasyonlar incelendiğinde; VKİ değerleri ile “Kendini

Değersizleştirme” alt boyut ve “Kilo Açısından Kendini Damgalama” ölçek toplam puanları arasında pozitif yönde, zayıf düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı korelasyonlar bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Ayrıntılar Tablo-17’de sunulmuştur.

**Tablo-17** Katılımcıların VKİ İle Kilo Açısından Kendini Damgalama Ölçek Puanları Arasındaki Korelasyonları (n=140)

	Kendini Değersizleştirme	Etiketleme Korkusu	Kilo Açısından Kendini Damgalama
VKİ	r	<b>0,279</b>	<b>0,205</b>
	p	<b>0,002</b>	<b>0,023</b>

Katılımcıların VKİ değerleri ile “Kadın Cinsel İşlevi” ölçek puanları arasındaki korelasyonlar incelendiğinde VKİ ile “lubrikasyon ve doyum” alt boyut ve KCI toplam ölçek puanları arasında negatif yönde, zayıf düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı korelasyonlar bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Ayrıntılar Tablo-17’de sunulmuştur.

**Tablo-18** Katılımcıların VKİ İle Kadın Cinsel İşlevi Ölçek Puanları Arasındaki Korelasyonları (n=140)

	Cinsel İstek	Uyarılma	Lubrikasyon	Orgazm	Doyum	Cinsel Ağrı	KCI toplam
VKİ	$r_s$	-0,149	-0,160	<b>-0,202</b>	-0,155	<b>-0,209</b>	-0,122
	p	0,095	0,074	<b>0,023</b>	0,082	<b>0,019</b>	0,175

Katılımcıların “Kilo Açısından Kendini Damgalama” ile “Kadın Cinsel İşlevi” ölçek puanları arasındaki korelasyonlar incelendiğinde, “Kendini Değersizleştirme” alt boyut puanı ile “cinsel istek” alt boyut puanı arasında, “Etiketleme Korkusu” alt boyut puanı ile “orgazm” alt boyut puanı arasında ve “Kilo Açısından Kendini Damgalama” toplam ölçek puanı ile “orgazm” alt boyut ve “Kadın Cinsel İşlevi” toplam ölçek puanı arasında negatif yönde, zayıf düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı korelasyonlar bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Ayrıntılar Tablo-19’da sunulmuştur.

**Tablo-19** Katılımcıların Kilo Açısından Kendini Damgalama Ve Kadın Cinsel İşlevi Ölçek Puanları Arasındaki Korelasyonlar (n=140)

		Cinsel İstek	Uyarılma	Lubrikasyon	Orgazm	Doyum	Cinsel Ağrı	KCİToplam
Kendini Değersizleştirme	$r_s$	<b>0,180</b>	0,105	-0,127	0,158	-0,169	0,019	0,169
	p	<b>0,045</b>	0,244	0,157	0,078	0,060	0,835	0,059
Etiketleme Korkusu	$r_s$	-0,101	0,082	0,151	<b>0,205</b>	0,155	0,019	0,152
	p	0,262	0,363	0,093	<b>0,022</b>	0,084	0,831	0,091
Kilo Açısından Kendini Damgalama	$r_s$	-0,144	-0,105	-0,161	<b>0,208</b>	0,154	0,002	<b>0,180</b>
	p	0,109	0,247	0,074	<b>0,020</b>	0,088	0,981	<b>0,046</b>

Ölçek ve alt boyutların Cronbach alfa katsayıları

Kendini Değersizleştirme	0,744
Etiketleme Korkusu	0,828
Kilo Açısından Kendini Damgalama	0,840
Cinsel İstek	0,876
Uyarılma	0,963
Lubrikasyon	0,903
Orgazm	0,910
Doyum	0,980
Cinsel Ağrı	0,970
Kadın Cinsel İşlevi	0,976

## SONUÇ

Obez kadınlarda cinsel işlev bozukluğu ile kilo açısından kendini damgalama arasındaki ilişkinin incelendiği bu çalışma literatürdeki ilk çalışmadır. Araştırmamız obezite cerrahisine başvuran hastaların dahil olduğu sosyal medya grupları ile diyetisyenler aracılığı ile ulaşılan İstanbul ilindeki 140 obez kadının iştiraki ile gerçekleştirilmiştir. 20-66 yaş aralığında ve evli ya da aktif cinsel yaşama sahip obez kadın olmak katılımcı olabilme kriteri olarak belirlenirken, gebelik sürecinde olan kadınlar çalışma haricinde bırakılmıştır. Çalışma verileri anket yoluyla toplanmış ve SPSS istatistik programı aracılığı ile analize tabi tutulmuştur. Araştırmada elde edilen bulgulara yönelik değerlendirmeler müteakip maddelerde sunulmuştur.

Araştırmaya vücut kitle indeksi 30 ve üzerindeki, aktif cinsel yaşamı olan 140 kadın katılmıştır. Katılımcıların yaş ortalaması 35,7 yıldır. Kadınların Vücut Kitle İndeksi ortalaması ise 34,8 kg/m<sup>2</sup> olarak hesaplanmıştır. Çalışma grubunun öğrenim yılı ortalaması ise 11,4 olarak bulunmuştur. Yaş grubu olarak %50,0 ile 31-39 yaş grubu, Vücut Kitle İndeksi grubunda ise %68,6 ile 35'in altında değeri olanlar en kalabalık gruplardır. Kadınların %78,6'sı evlidir ve %92,2'si ailesi birlikte yaşamaktadır. Katılımcıların %29,3'ü gelir getiren bir işte çalışmaktadır. Gelir durumuna göre orta düzeyde gelire sahip olduğunu bildirenler %62,1 ile, doğum sayısına göre ise 2 doğumu olanlar %36,4 ile en büyük gruplardır.

Araştırmamızda obez kadınlarda cinsel işlev bozukluğu görülme sıklığı %35,7'dir. Literatüre bakıldığında Çayan ve arkadaşlarının 179 kadınla yaptıkları araştırmada, kadın cinsel işlev bozukluğu sıklığı %49 olarak bulunmuştur.<sup>168</sup> 518 kadın katılımcı ile Türkiye'de yapılmış en geniş çalışmanın sonuçlarında ise kadınlarda cinsel işlev bozukluğu görülme sıklığı %48,3'tür.<sup>169</sup> Araştırma sonuçlarındaki farklılıklar araştırmamızdaki örneklem sayısının azlığından kaynaklanıyor olabilir. Bununla birlikte örneklemimiz obez kadınlardan oluşmaktadır. Örneklem niteliği farklı sonuçlara neden olabilir.

Araştırmamızın sonuçlarına göre cinsel işlevler yaştan etkilenmektedir. Cinsel işlev bozukluğu yaşlanma ile prevalansı artan sağlık sorunlarından biridir. Kadınlarda ilerleyen yaşla birlikte cinsel işlev bozukluğu daha fazla görülmektedir. Özellikle menopoz dönemi ile birlikte hormonlarda meydana gelen değişikliklerin cinsel işlevleri olumsuz etkilediği

<sup>168</sup> Selahittin Çayan vd., "Kadınlarda cinsel fonksiyon bozuklukları prevalansı ve risk faktörleri." P1, 4. **Ulusal Androloji Kongresi**, Ankara, 2001.

<sup>169</sup> Ergun Öksüz ve Simten Malhan, "Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction in Turkish women." **The Journal of Urology**, 2006, Volume: 175, Issue: 2, s.654.



bilinmektedir. Menopoz dönemi ile birlikte uzun süreli azalma gösteren östrojen hormonu vajinada kuruluk ve somatik değişiklikler, uyku ve duyu durum bozuklukları gibi sorunların ortaya çıkmasına yol açar. Kadın cinsel işlev bozukluğunu inceleyen araştırmalar ilerleyen yaşın cinsel fonksiyonları bozduğunu, cinsel istekte, uyarılmada ve lubrikasyonda azalma olduğunu ortaya koymuştur.<sup>170</sup> Bazı araştırmalara göre artan yaşla birlikte kendini gösteren kronik rahatsızlıklar ve bu rahatsızlıkların tedavisine yönelik kullanılan ilaçlar, santral ve periferik sinir sisteminde ve kaslardaki zayıflama da cinsel işlev bozukluğuna yol açmaktadır. Bizim araştırmamızın bulguları da mevcut literatürle uyumludur. Bu araştırma sırasında elde edilen bulgulara göre, artan yaş ile birlikte cinsel istek, uyarılma, lubrikasyon, orgazm ve doyumun azalmakta olduğu, cinsel ağrının ise yaştan etkilenmediği sonucuna ulaşılmıştır. İlerleyen yaş ile birlikte doğum sayısında ve vücut kitle indeksinde artış, menopoz ve evlilik süresinin uzaması gibi etkenler de cinsel işlevlerin bozulmasına katkıda bulunuyor olabilir. Literatürde cinsel işlev bozukluğu ile yaş arasında ilişki olmadığını iddia eden araştırmalar da vardır. Bu sonuç kadınlarda cinsel işlev bozukluğunu araştıran çalışmalarla ters düşmektedir. Böyle bir sonucun elde edilmesinin nedeni araştırma yapılan örnekleme ait farklılıklardan kaynaklanabilir.

Araştırmamız sonucunda vücut kitle indeksi ile cinsel işlev bozukluğu arasında ilişki olduğu görülmüştür. Bulgularımıza göre vücut kitle indeksi arttıkça Cinsel istek, orgazm, lubrikasyon, doyum ve uyarılma düzeyi azalmaktadır. Literatürde Vücut Kitle İndeksi ile Cinsel İşlev Bozukluğu arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmaların sonuçları çelişkilidir. Günümüzde obezitenin kadın cinsel yaşamına etki eden bağımsız bir faktör olup olmadığı halen belirsizdir. Nitekim literatürde yer alan çalışmalar incelendiğinde; obez kadınlarda cinsel işlev bozukluğuna yönelik olarak farklı sonuçlara ulaşıldığı görülmektedir. Carrilho ve diğerlerinin Brezilyalı kadınlar üzerinde gerçekleştirdiği araştırmada obez kadınlarda CİB görülme düzeyinin % 25.8 olduğu ve VKİ'nin CİB ile ilişkili olmadığı saptanmıştır.<sup>171</sup> Benzer şekilde Bajos ve diğerlerinin Fransa'da kadınlar üzerinde gerçekleştirdiği çalışmada da obez kadınlarda VKİ ile CİB arasında ilişki bulunmadığı bildirilmiştir.<sup>172</sup> Bununla birlikte bu çalışmada ulaşılan sonucu destekleyen ve obezite ile CİB ilişkisini ortaya koyan çalışmalar da bulunmaktadır. Esposito ve diğerleri yaptığı araştırma sonucunda VKİ ve CİB arasında korelasyon bulunduğunu

---

<sup>170</sup> L Dennerstein vd., "Are changes in sexual functioning during midlife due to aging or menopause?" *Fertil Steril*, 2001; 76: 456-60.

<sup>171</sup> Paulo José Faria Carrilho vd., "Sexual dysfunction in obese women is more affected by psychological domains than that of non-obese." *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia*, 2015, 37:12, 552-558.

<sup>172</sup> Nathalie Bajos vd., "Sexuality and obesity, gender perspective: results from French national random probability survey of sexual behaviour." *BMJ*. 2010 Jun 15, 340, c2573.

belirtmiştir.<sup>173</sup> Cinsel işlev bozukluğunun yaygınlığının obez kadınlarda daha fazla olduğunu söyleyen Kolotkin ve arkadaşları, çalışmalarında obezite hastalarının, kilolarına istinaden daha sık cinsel güçlük yaşadıklarını bildirdikleri, yüksek VKİ' nin cinsel fonksiyonların daha fazla bozduğunu, kadın cinsel fonksiyonlarının erkeklere nazaran obeziteden daha fazla etkilendiğini saptamışlardır.<sup>174</sup> Dilek'in, diyabetli kadınlarla yürüttüğü bir araştırmasındaki sonuca göre, normal kilolu kadınlara nazaran obez kadınların cinsel fonksiyonlarında bozulma daha fazla görülmektedir.<sup>175</sup>

Bu araştırmanın elde ettiği bulgulardan biri de doğum sayısının kadınlarda cinsel işlev bozukluğu ile ilişkili olduğudur. Literatüre baktığımızda araştırmaların bulguları doğum sayısındaki artışın cinsel işlevlerde bozulmaya neden olduğunu göstermektedir. Cayan ve arkadaşları tarafından yapılan araştırmada doğum sayısının cinsel işlevleri bozduğu tespit edilmiştir. Bu araştırmaya göre doğum sayısı 0 ile 3 arasında olan kadınlarda cinsel işlev bozukluğu görülmezken, 4 ve üzerinde doğum yapan kadınlarda cinsel işlev bozukluğu görülmektedir.<sup>176</sup> Bizim araştırmamızda da bu bulgulara uygun olarak doğum sayısındaki artışın cinsel işlevlerde bozulmaya, özellikle de cinsel istekte azalmaya yol açtığı anlaşılmıştır. Bu bulgulardan farklı olarak Güvel ve arkadaşları yaptıkları çalışmada fazla doğum sayısının kadınlarda cinsel işlev bozukluğu ile ilişkili olmadığını iddia etmektedirler.<sup>177</sup>

Araştırmamızda menopozun kadınlarda cinsel işlev bozukluğuna yol açtığı tespit edilmiştir. Menopoz dönemi vajinal atrofi, kuruluk, idrar kaçırma, enfeksiyon gibi durumların görüldüğü, seksüel aktivitenin azaldığı bir dönemdir. Menopoz döneminde görülen hormonal sorunlar vücuttaki östrojen değerlerindeki düşme ve testosteron değerlerindeki dalgalanmalardır.<sup>178</sup> Bu değişiklikler kadınlarda sıcak basması, psikiyatrik sorunlar, sinirlilik, yorgunluk, baş ağrısı gibi durumların ortaya çıkmasına neden olarak yaşam kalitesini düşürmekte ve cinsel işlevleri bozmaktadır.<sup>179</sup> Literatüre bakıldığında menopozun kadın cinsel işlevlerini bozduğunu tespit eden araştırmaların çoğunlukta

---

<sup>173</sup> Katherine Esposito vd., "Association of body weight with sexual function in women". *Int J Impot Res.* 2007 JulAug; 19(4):353-7..

<sup>174</sup> R.L. Kolotkin vd., "Obesity and sexual quality of life." *Obesity* 2006;14(3):472-9.

<sup>175</sup> Emel Dilek, "Diyabetli Kadınlarda Cinsel İşlev Bozukluğunun İncelenmesi." İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Ege Üniversitesi İzmir, 2007,s.74 (**Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi**)

<sup>176</sup> Selahattin Çayan vd., "The prevalence of female dysfunction and potential risk factors that may impair sexual function in Turkish women." *Urologia Internationalis*, 2004; 72 (1): 52-57.

<sup>177</sup> Güvel S vd., "Evli Kadınlarda Cinsel Fonksiyonlara Etkin Faktörler." *Türk Üroloji Dergisi*, 2003, 29(1): 43-48

<sup>178</sup> J.E. Blumel vd., "Impairment os sexual avtivity in middle-aged women in Chile." *Menopause*, 2004; 11: 78-81. 22.

<sup>179</sup> G. Ertem, "Kadınlarda Menopoz Sonrası Yaşam Kalitelerinin İncelenmesi." *Uluslar arası İnsan Bilimleri Dergisi* 2010; 7: 469-483

olduğu görülmektedir.<sup>180</sup> Bizim araştırmamızda elde edilen bulgular da literatüre uygunluk göstermektedir. Kadınlarda menopozun cinsel istek, lubrikasyon, uyarılma, orgazm ve doyumunu azalttığı tespit edilmiştir. Arslan ve Altınsoy'un 40-75 yaş arasındaki 300 kadınla yaptığı çalışmada kadınların %44,7'si cinsel isteksizlikten, %6,7'si cinsel ağrıdan, %2'si kuruluştan şikayet etmiştir.<sup>181</sup> Bizim araştırmamızda menopoz dönemindeki kadınlar cinsel ağrı şikayeti menopoz döneminde olmayan kadınlardan daha azdır. Bunun sebebi araştırmamızın örnekleminde menopozlu kadın sayısının düşük olması olabilir.

Araştırmamızın idrar kaçırma ve cinsel işlev bozukluğu arasındaki ilişkiye dair bulguları şöyledir: İdrar kaçıran kadınlarda cinsel istek, uyarılma, orgazm ve doyum azalmıştır. Mevcut literatüre göre cinsel işlevleri etkileyen problemlerden biri de idrar kaçırma veya aşırı aktif mesane durumuna sahip olmaktır. Salonia'ya göre bu durumda olan kadınlarda cinsel işlev bozukluğu görülme sıklığı %46'dır.<sup>182</sup> Cinsel ilişki sırasında idrar kaçırma durumu, ıslaklık nedeniyle sürekli ped kullanma gibi sorunlar nedeniyle idrar kaçırma problemi olan kadınların cinsel işlevleri bozulmaktadır. Literatürde idrar kaçırma problemi yaşayan kadınların utanma ya da cinsel ilişki sırasında idrar kaçırmadan kaynaklanan cinsel işlev bozukluğu yaşadıklarını tespit eden birçok çalışma mevcuttur. İosif ve arkadaşları yaptıkları bir çalışmada kadınların %32'sinde cinsel işlev bozukluğu tespit etmişlerdir.<sup>183</sup> Bu sonuçlara benzer şekilde Clark ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada idrar kaçıran kadınların %56'sının cinsel işlev bozukluğu olduğu görülmüştür.<sup>184</sup> Oskay ve arkadaşları tarafından postmenopozal dönemdeki idrar kaçıran kadınlarda yaptığı araştırmada bu kadınların, uyarılmada, orgazm olmada ve cinsel tatminde azalma sorunu yaşadıklarını tespit etmiştir.<sup>185</sup> Bu araştırmalardaki bulgular, çalışmamızın bulguları ile uyumludur.

Araştırmamızda psikiyatrik hastalığı olduğunu bildiren tüm kadınlar aynı zamanda psikiyatrik ilaç kullandıklarını ifade etmişlerdir. Bu araştırmada psikiyatrik bozukluklar ve psikiyatrik ilaçların cinsel işlev bozukluğuna yol açtığı anlaşılmıştır. Psikiyatrik

---

<sup>180</sup> N. Hotun Şahin ve A. Coşkun, "The Menopausal Age, Related Factors And Climacteric, Complaints In Turkish Women." *J.Revista Reference* 2007; 4:91-99

<sup>181</sup> H. Arslan ve N. Altınsoy, "Klimakterik Dönemde Vazomotor Bozukluklar Ve Cinsel İşlevleri İle İlgili Yakınmalarda Hemşirelik Danışmanlığının Etkisi." *Androloji Bülteni*, 2004;19: 21.

<sup>182</sup> Salonia vd., "Sexual dysfunction is common in women with lower urinary tract symptoms and urinary incontinence: result of a crosssektional study." *Eur Urol*, 2004; 45: 642-8.

<sup>183</sup> C.S. İosif, "Sexual function after colpo-urethrocytostomy in middle-aged women." *Urol Int* 1988;43(4):231-3.

<sup>184</sup> A. Clark ve J. Romm, "Effect of urinary incontinence on sexual activity in women." *J Reprod Med* 1993;38(9):679-83.

<sup>185</sup> U.Y. Oskay vd., "A study on urogenital complaints of postmenopausal women aged 50 and over." *Acta Obstet Gynecol Scand*, 2005;84(1):72-8.

bozukluklar ile psikiyatrik ilaçların cinsel işlevlerle olan ilişkisini araştıran çalışmalar mevcuttur. Bu araştırmaların sonuçlarında psikiyatrik hastalıklar ile cinsel işlev bozukluklarının sıklıkla birlikte görüldüğü anlaşılmaktadır. Bununla birlikte psikiyatrik bozukluklar ile cinsel işlev bozukluğu arasındaki ilişki karmaşıktır.<sup>186</sup> Literatürde özellikle depresif bozuklukların cinsel işlevleri bozduğu belirtilmektedir.

Araştırmamızda elde ettiğimiz bulgulara göre vücut kitle indeksi arttıkça kendini değersizleştirme puanı artmaktadır. Bununla birlikte vücut kitle indeksi 30 ila 35-35.99 arasında kendini değersizleştirme puanı artarken, 35-35.99 ile 40 üzeri kadınlarda fark görülmemiştir. Lillis ve arkadaşları yaptıkları araştırmada vücut kitle indeksi ile kilo açısından kendini damgalama ölçeği toplam puanları ve alt ölçeklerinin ilişki içinde olduğunu tespit etmişlerdir.<sup>187</sup> Hain ve arkadaşlarının çalışmasında ise vücut kitle indeksi ile kilo açısından kendini damgalama ölçeği toplam puanı arasında anlamlı bir ilişki bulamamıştır.<sup>188</sup> Yine ölçeğin Çince versiyonunun çevirisi de VKİ ile kendini damgala arasında ilişki olduğunu tespit etmiştir.<sup>189</sup> Ölçeğin Türkçe versiyonunun çevirisinde elde edilen sonuçlar araştırmamızı destekler niteliktedir.<sup>190</sup> Farklı sonuçlar kültürler arası farklardan kaynaklanabilir.

Etiketlenme korkusu ile vücut kitle indeksindeki artış arasında anlamlı bir ilişki görülmemiştir. Ölçeğin Türkçe versiyonunun geçerlilik güvenirlik çalışmasında vücut kitle indeksi ile etiketleme korkusu arasında korelasyon olduğu görülmüştür.<sup>191</sup> Bu farklılık araştırma örnekleminin vücut kitle indekslerinin farklılığından kaynaklanıyor olabilir.

Araştırmamıza psikiyatrik bozukluklar ve psikiyatrik ilaç kullanımının kendini değersizleştirme alt ölçeği ile ilişkili olduğunu gördük. Psikiyatrik bozukluğu olduğunu ifade eden katılımcıların kendini değersizleştirme alt ölçeğinden aldıkları puanlar diğer katılımcılara göre daha yüksektir. Bununla birlikte etiketleme korkusunun psikiyatrik hastalıklarla ilişkili olmadığını gördük. Bulgularımızla uyumlu olarak Palmeira ve arkadaşları kendini değersizleştirmenin psikopatoloji ile ilişkili olduğunu iddia etmektedirler. Etiketlenme korkusunu ise daha çok yaşam kalitesinin azalması ile ilişkili

<sup>186</sup> S.N. Seidman ve S.P. Roose, "Sexual dysfunction and depression." *Curr Psychiatry Rep.* 2001;3:202-208.

<sup>187</sup> J. Lillis vd., "Measuring weight self-stigma: the Weight Self-Stigma Questionnaire." *Obesity.* 2010;18(5):971-976.

<sup>188</sup> B. Hain vd., "Translation and validation of the German version of the Weight Self-Stigma Questionnaire (WSSQ)." *Obes Surg.* 2015;25(4):750-753.

<sup>189</sup> K.P. Lin ve M.L. Lee, "Validating a Chinese version of the Weight Self-Stigma Questionnaire for use with obese adults." *Int J Nurs Pract.* 2017;23(4):1-7.

<sup>190</sup> Guzin M. Sevincer vd., "Reliability, validity, and factorial structure of the Turkish version of the Weight Self-Stigma Questionnaire (Turkish WSSQ)" *ORCID* Icon Pages 386-392 | Received 16 Aug 2017, Accepted 08 Sep 2017,

<sup>191</sup> Sevinçer vd., a.g.e., s.391

olduğunu söylemektedirler.<sup>192</sup> Hain ve arkadaşlarının çalışma bulguları da ölçek puanlarının depresyonla istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki içinde olduğunu göstermektedir.<sup>193</sup>

Araştırmamızın bir diğer sonucu intihar ile kendini değersizleştirme arasındaki pozitif korelasyondur. İntihar ettiğini belirten katılımcıların kendini değersizleştirme düzeyleri diğer katılımcılara göre daha yüksektir.

Araştırmamızda yaş ile kendini değersizleştirme arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Ancak etiketleme korkusunun yaş ile negatif yönlü bir ilişki içinde olduğunu, yaş arttıkça etiketlenme korkusunun azaldığını ortaya koyulmuştur. Bununla birlikte ölçeğin Türkçe geçerlik güvenirlik çalışmasında yaş değişkeninin alt ölçeklerle ilişkisi bulunmamıştır.<sup>194</sup> İçselleştirilmiş ağırlık önyargısı ile ilgili yapılmış çalışmalarda ise yaşla birlikte algılanan ağırlık damgalanmasının azaldığı ifade edilmektedir.<sup>195</sup> Bu sonuçlar örneklerden kaynaklanan farklardan ortaya çıkabilir.

Çocukluk obezitesi olan katılımcıların, çocukluk obezitesi bildirmeyen katılımcılara göre kendini değersizleştirme ve etiketlenme korkusu düzeyleri daha yüksektir. Araştırmamızda çocukluk obezitesi ile alt ölçekler arasında pozitif korelasyon tespit edilmiştir. Kilo ile ilgili ayrımcılığın çocukluk döneminden itibaren başladığını, uzun zaman ayrımcılığa maruz kalan kişilerin benlik saygısının azaldığını ve depresyona açık hale geldiğini ifade eden çalışmalar literatürde mevcuttur.<sup>196</sup> Üstelik obez bireylerin kendilerinin de içinde bulunduğu obez gruplara karşı var olan ön yargılarını tespit eden araştırmalar vardır<sup>197</sup> Bu nedenle araştırmamızın sonuçları beklentilerimizi desteklemektedir. Araştırmamızda ailesinde obez bireyler bulunan kadınların da etiketlenme korkusunun diğer katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmüştür.

- Obez kadınlarda cinsel işlev bozukluğu görülme sıklığı %35,7'dir.
- Yaş arttıkça cinsel işlevler bozulmaktadır.
- Yaş arttıkça cinsel istek, uyarılma, lubrikasyon, orgazm, doyum azalır.
- Vücut kitle indeksi arttıkça cinsel işlevler bozulmaktadır.

---

<sup>192</sup> L. Palmeira vd., "The role of weight self-stigma on the quality of life of women with overweight and obesity: a multi-group comparison between binge eaters and non-binge eaters." *Appetite*. 2016;105:782-789.

<sup>193</sup> B. Hain vd., a.g.e., s.751

<sup>194</sup> Sevinçer vd., a.g.e., s.391

<sup>195</sup> R.M Puhl vd., "Internalizing weight stigma: prevalence and sociodemographic considerations in US adults", *Obesity (Silver Spring)*, 2017.

<sup>196</sup> İbrahim Balcıoğlu ve Zeynep Başer, "Obezitenin Psikiyatrik Yönü" *Türkiye'de sık karşılaşılan psikiyatrik hastalıklar Sempozyum Dizisi* No:62 Mart 2008 S:341-348

- Vücut kitle indeksi arttıkça cinsel istek, uyarılma, lubrikasyon, orgazm, doyum azalmaktadır.
- Doğum sayısı arttıkça cinsel istek azalır.
- Psikiyatrik hastalıklar ve psikiyatrik ilaçların varlığında uyarılma, orgazm ve doyum azalır.
- Menopoz döneminde cinsel istek, uyarılma, lubrikasyon, orgazm ve doyum azalır.
- İdrar kaçırma varlığında doyum, orgazm, uyarılma, cinsel istek azalır.
- Vücut kitle indeksi arttıkça kendini değersizleştirme düzeyi artar.
- Psikiyatrik hastalığı olan kadınlarda kendini değersizleştirme düzeyi daha yüksektir.
- İntihar hikayesi olan kadınlarda kendini değersizleştirme düzeyi daha yüksektir.
- Çocukluk obezitesi olan kadınlarda kendini değersizleştirme düzeyi daha yüksektir.
- Yaş arttıkça etiketleme korkusu azalır.
- Çocukluk obezitesi olan kadınlar ve ailesinde obez olan kadınlarda etiketleme korkusu düzeyi daha yüksektir.
- Obez kadınlarda kilo açısından kendini damgalama düzeyi arttıkça cinsel istek azalır ve cinsel işlevler bozukluğu düzeyi artar
- Kendini değersizleştirme düzeyi arttıkça cinsel istek azalır.
- Etiketleme korkusu düzeyi arttıkça orgazm düzeyi azalır.

Elde ettiğimiz bulgular obezite ve cinsel işlev bozukluğunun tedavisinde yeterince araştırılmamış olan kilo açısından kendini damgalama durumuna dikkat çekmektedir. Obezite tedavisinde bireyin kendini damgalama düzeyine dikkat edilmemesi halinde tedavi süreci beklentileri karşılamayabilir. Obezitenin altında yatan psikolojik sebeplerin anlaşılması ve tedavi edilmesi , obeziteden kurtulma sürecini hızlandıracaktır. Yine kadınlardaki cinsel işlev bozukluğunun nedenlerini tespit ederken biyolojik sebeplerin ortaya konulduğu kadar psikolojik sebeplerin de anlaşılması gerekmektedir. Obezite ve kilo açısından kendini damgalama düzeyi cinsel işlevleri de olumsuz etkilemektedir. Cinsel işlev bozukluğu şikayeti olan obez kişilerin kilo açısından kendini damgalama düzeylerine dikkat edilmelidir.

Araştırmamızın örneklem sayısının az oluşu, vücut kitle indeksinin en yüksek 40 olması zayıf tarafıdır.

Gelecek araştırmalarda örneklem sayısının daha fazla olması ve vücut kitle indeksi açısından daha yüksek değere sahip kadınların örnekleme dahil edilmesi araştırmanın sonuçlarının güvenirliği açısından daha faydalı olabilir.



## KAYNAKÇA

### Kitaplar

- BİLGİN Nuri, **Sosyal Psikoloji Sözlüğü**. Ankara: Bağlam Yayıncılık, 2007.
- BİLGİN Nuri, **Sosyal Psikoloji**. İzmir: Ege Üniversitesi Basımevi, 2013
- BRANCA Francesco, NIKOGOSIAN Haik and LOBSTEIN Tim, **The Challenge Of Obesity In The WHO European Region and the Strategies For Response: Summary**. World Health Organization, 2007.
- CONLEY Dalton and GLAUBER Rebecca, **Gender, Body Mass And Socioeconomic Status: New Evidence From The PSID, The Economics of Obesity**. Emerald Group Publishing Limited, 2006..
- DART Hank ve COLDITZ Graham A., **Epidemiology and health and economic consequences of obesity**. İçinde: Handbook of obesity treatment. (ed. T. A. Wadden ve A. J. Stunkard), New York: The Guilford Press. 2002.
- DSM-V, **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. Fifth Edition DSM-5, American Psychiatric Association, 2013
- FALK Gerhard, **STIGMA: How We Treat Outsiders**. New York: Prometheus Books; 2001.
- GOFFMAN Erving, **STIGMA: Notes On The Management Of Spoiled Identity**. New York: Prentice-Hall, 1963.
- GOFFMAN Erving, **STIGMA: Notes On The Management Of Spoiled Identity**. Simon and Schuster, 2009.
- HEATHERTON Todd F., **The Social Psychology Of Stigma**. Guilford Press, 2003.
- İNCESU Cem, **Cinsel Sağlık ve Üreme Alanında Ulusal ve Yerel Medya Yoluyla Savunuculuk Projesi Bilgilendirme Dosyası 1**. İçinde: Cinsel Yaşam ve Sorunları. (Eds) Şimşek F, Seyisoglu H, Sahin D. Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği Yayını, 2007.



- JONES Edward E., FARINA Amerigo, HASTROF Albert H., MARKUS Hazel, MİLLER Dale T., SCOTT Robert A., ***Social stigma: The psychology of marked relationships***. W.H. Freeman & Company 1984.
- KAPLAN Harold I. and SADOCK Benjamin J., ***Sexual Disorders***. In Comprehensive Textbook of Psychiatry. Sixth Edition. 1999.
- KAPLAN Helen Singer, ***New Sex Therapy: Active Treatment Of Sexual Dysfunctions***." Routledge, 2013.
- KARASAR Niyazi, ***Bilimsel araştırma yöntemi***. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım, 2013.
- MASTERS William H. and JHONSON Virginia E., ***Human sexual inadequacy***. Boston: Little, Brown, 1970.
- PETERSON Debbie, BARNES Alex Hotere and DUNCAN Chloë, ***Fighting With Shadows: Self-stigma And Mental Illness***. 1st ed. Auckland: Mental Health Foundation of New Zealand; 2008.
- SADOCK Benjamin J., SADOCK Virginia A., ***Normal insan cinselliği, cinsel işlev ve cinsel kimlik bozuklukları***. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. (Ed. Aydın, H., Bozkurt, A.), 8. Baskı. Ankara: Güneş, 2007.
- SADOCK Benjamin J., SADOCK Virginia A., and RUIZ Pedro, ***Comprehensive textbook of psychiatry***. 7th ed. Philadelphia: Williams and Wilkins, 2000.
- SAĞLIK BAKANLIĞI, ***Türkiye Obezite (Şişmanlık) ile Mücadele ve Kontrol Programı (2010-2014)***. Ankara: Kuban Matbaacılık Yayıncılık, 2010
- SLEAP Mike and WARBURTON Peter, ***Physical activity patterns of primary school children: an interim report. Londres (Royaume-Uni)***. Health Education Authority, 1990.
- SUNGUR Mehmet Z., ***Cinsel işlev Bozuklukları***, Cengiz Güleç & Ertuğrul Köroğlu, (Ed.), Psikiyatri Temel Kitabı (Cilt 2). Ankara: Hekimler Yayın Birliği. 1998.
- ŞAHİN Doğan, ŞİMŞEK Ferruh ve SEYİSOĞLU Hakan, ***Kadın cinselliği***. Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği (CETAD) Yayını, 2006.

TAŞKIN Emin Oryal, ***İçselleştirilmiş damgalama ve damgalama algısı. Stigma ruhsal hastalıklara yönelik tutumlar ve damgalama.*** (Ed. E. O. Taşkın), İzmir: Meta Basım ve Matbaacılık, 2007.

TUĞRUL Ceylan ***Cinsel İşlev Bozukluklarının Psikolojik Nedenleri. Cinsel Sorunlara Genel Yaklaşım.*** Roche Müstahzarları Sanayi AŞ, İstanbul, 2001.

TÜBER, ***Türkiye Beslenme Rehberi-2015***, (TÜBER) T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Ankara. 2016.

TÜZÜN Mehmet, ***Obezite Tanım, Sıklık, Tanı, Sınıflandırma, Tipleri, Dereceleri ve Komplikasyonları.*** (Ed.Yılmaz C) Obezite, s. 1-20 Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti, 1995.

WALLACE Ruth A., WOLF Alison, ***Çağdaş Sosyoloji Kuramları***, Çev. Leyla Elburuz ve M. Rami Ayas. Doğubatı Yayınları, 2004.

WATSON Amy and CORRIGAN Patrick, ***The impact of stigma on service access and participation. A guideline developed for the behavioral health recovery management project.*** 1st ed. Chicago: Behavioral Health Recovery Management; 2001

WHO, ***Technical records of the World Health Organization***, World Health Organization, Geneva, 1975

WING Rena R. and PHELAN Suzanne, ***Obesity.*** In Handbook of health psychology, 1. Edition, A. Baum, T. Revenson, & J. Singer (Eds.), New York: Psychology Press. 2012

ZILBERGELDE Bernie, ***“The man behind the broken penis: social and psychological determinants of erectile failure”.*** Erectile Disorders: Assessment and Treatment. 1. Edition, Rosen RC, Liblum SR, editors. London: The Guild ford Press, 1992

## **Makaleler**

AGRAWAL Praween, KAMLA Gupta, VINOD Mishra & Sutapa Agrawal, "The psychosocial factors related to obesity: A study among overweight, obese,

and morbidly obese women in India." *Women & Health*, 2015, 55.6, 623-645.

AKBULUT Mehmet Fatih, ÜÇPINAR Muhammet Burak ve Zafer Gökhan Gürbüz, "Kadınlarda Cinsel Fonksiyon Bozukluklarının Sınıflaması ve Tedavisi". *Türkiye Klinikleri Journal of Urology Special Topics*, 2015, 8(3), 10-15.

AKIN Ayşe, "Toplumsal cinsiyet (gender) ayrımcılığı ve sağlık." *Toplum Hekimliği Bülteni*, 2007, 26.2, 1-9, s.7.

AKTENER Ahmet Yiğit, DÜLGER Hatice İkbal, ERKAYHAN Gülsüm Egemen, GÖRMELİ Gökay, KAFADAR Fatma Sercan, Yarı Kırsal Bir Bölgede 20-64 Yaş Üreme Çağı Ve Menopoz Sonrası Kadınlarda Şişmanlık Sıklığı. *Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2006, 23:119-26.

ASHMOREA Jamile A., FRIEDMAN Kelli E., REICHMANN Simona K., MUSANTE Gerard J., "Weight-based stigmatization, psychological distress, & binge eating behavior among obese treatment-seeking adults". *Eating Behaviors*, 2008, 9(2), 203-209.

AYGİN Dilek, ASLAN ETİ Fatma, "Kadın Cinsel İşlev Ölçeği'nin Türkçeye Uyarlaması." *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 2005, 25.3, 393-399.

BAJOS Nathalie, WELLINGS Kaye, LABORDE Caroline, MOREAU Caroline, "Sexuality and obesity, gender perspective: results from French national random probability survey of sexual behaviour". *BMJ*. 2010 Jun 15, 340, c2573.

BAKASHI E., ESHRAGHIAN M.R., MOHAMMAD K., Sociodemographic and smoking associated with obesity in adult women in Iran: Result from the National Health Survey. *J Public Health*, 2008;30:429-35.

BELAHSEN Reikia and RGUIBI Mohamed, "Population health and Mediterranean diet in southern Mediterranean countries." *Public health nutrition*, 2006, 9.8A, 1130-1135.

BINIK Yitzchak M., REISSING Elke, PUKALL Caroline, FLORY Nicole, PAYNE Kimberley A., Samir Khalifé. "The female sexual pain disorders: Genital pain or sexual dysfunction?." *Archives of Sexual Behavior*, 2002, 31.5i 425-429.

- BLUMEL J.E., CASTELO-BRANCO C., CANCELO M.J., "Impairment of sexual activity in middle-aged women in Chile." *Menopause*, 2004; 11: 78-81. 22.
- BOZDEMİR Nafiz ve ÖZCAN Sevgi, "Cinselliğe ve cinsel sağlığa genel bakış." *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 2011, 4, 37-46.
- BRODY Stuart, "Slimness is associated with greater intercourse and lesser masturbation frequency". *J Sex Marital Therapy*, 2004; 30: 251–261.
- BRYAN Janet, and TIEGEMANN M., "The effect of weight-loss dieting on cognitive performance and psychological well-being in overweight women." *Appetite*, 2001, 36.2, 147-156.
- CARPENTER K.M., HASIN D.S., ALLISON D.B., FAITH M.S., "Relationship between obesity and DSM-IV major depressive disorder, suicide ideation, and suicide attempts; results from a general population." *AM J Public Health*, 90: 251-257.
- CARRILHO Paulo, FARIA José, VIVACQUA Carla Almeida, PAIVA DE GODOY Eudes, BRUNO Selma Sousa, BRIGIDO Alexandra Régia Dantas, BARROS Felipe Chaves Duarte and CORDERIO DE SOUSA Maria Bernardete, "Sexual dysfunction in obese women is more affected by psychological domains than that of non-obese." *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia*, 2015, 37(12), 552-558.
- CHEN Y., JIANG Y., MAO Y.J., "Association between obesity and depression in Canadians." *Womens Health (Larchmt)*, 2009, 18: 1687- 1692
- CHRISTAKIS Nicholas A. and James H. Fowler. "The spread of obesity in a large social network over 32 years." *New England journal of medicine*, 2007, 357.4, 370-379, s.377.
- CORDERO Alberto, LEON Montse, ANDRES Eva, ORDONEZ Beatriz, LACLAUSTRA Martín, GRIMA Alberto, PASCUAL Isaa, LUENGO Emilio, CIVEIRA Fernando, POCIVI Miguel, ALEGRIA Eduardo Alegría, José A.Casasnovas. "Gender differences in obesity related cardiovascular risk factors in Spain." *Preventive medicine*, 2009, 48.2, 134-139.

- CORRIGAN Patrick W., LARSON Jonathon E. and RUESCH Nicolas, "Self-stigma and the "why try" effect: impact on life goals and evidence-based practices". **World Psychiatry**, 2009, 8, 75-81
- CROCKER Jennifer and QUINN Diane M., "Psychological consequences of devalued identities" **Blackwell handbook of social psychology: Intergroup processes**, 2001, 4, 238-257.
- CROCKER Jennifer and MAJOR Brenda, "Social stigma and self-esteem: The self protective properties of stigma". **Psychological Review**, 1989; 96, 608-630.
- CROCKER Jennifer, MAJOR Brenda, STEELE Claude, "Social stigma: the psychology of marked relationships." **The handbook of social psychology**, 1998, 2, 504-553.
- CROSNOE Robert. "Gender, obesity, and education." **Sociology of education**, 80.3 (2007): 241-260.
- ÇAYAN Selahittin, AKBAY Erdem, CANPOLAT Bülent, "Kadınlarda cinsel fonksiyon bozuklukları prevalansı ve risk faktörleri." **4. Ulusal Androloji Kongresi**, Ankara, 2001.
- ÇAYAN Selahittin, AKBAY Erdem, BOZLU Murat, CANPOLAT Bülent, ACAR Deniz, ULUSOY Ercüment., "The prevalence of female dysfunction and potential risk factors that may impair sexual function in Turkish women." **Urologia Internationalis** 2004; 72 (1): 52-57.
- ÇAYIR Aliye, ATAK Nazlı , KÖSE Serdar, "Beslenme ve Diyet Kliniğine Başvuranlarda Obezite Durumu ve Etkili Faktörlerin Belirlenmesi." **Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası**, 2011, 64 (01), 13-19. Retrieved from <http://dergipark.org.tr/autfm/issue/3251/45352>
- DEVECİ Artuner, DEMET M. Murat, ÖZMEN Bilgin, ÖZMEN Erol, HEKİMSOY Zeliha, "Obez hastalarda psikopatoloji, aleksitimi ve benlik saygısı." **Anadolu Psikiyatri Dergisi**, 2005, 6, 84-91.
- DENNERSTEIN L., DUDLEY E., BURGER H., "Are changes in sexualfunctioning during midlife due to aging or menopause?" **Fertil Steril**, 2001; 76: 456-60.

- DOĞAN Sultan ve ÖZKORUMAK Evrim, "Ağrılı Genital Cinsel Aktivite ve Vajinismus Tanısında Yaşanan Güçlükler" *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 2008, 11.3, 135-142.
- DURSO Laura E. and LATNER Janet D., "Understanding self-directed stigma: development of the weight bias internalization scale". *Obesity*, 2008, 16, 80-86.
- DUVAL Karine, MARCEAU Picard, PERUSSE Louis & LACASSE Yves, "An overview of obesity-specific quality of life questionnaires." *Obesity reviews*, 2006, 7(4), 347-360, s.355.
- EREN İbrahim and ERDİ Özlem, "Obez hastalarda psikiyatrik bozuklukların sıklığı." *Klinik Psikiyatri*, 2003, 6.3, 152-157.
- ERER Onur Fevzi, "Tüberküloz ve Damgalanma: Toplumsal Bakış". *Toraks Bülteni*, 2014; (6), 54-57.
- ERKOL Aysun ve KHORSHID Leyla, "Obezite; Predispozan Faktörler ve Sosyal Boyutun Değerlendirilmesi", *Tepecik Eğitim Hastanesi Dergisi*, 2004, Cilt: 14, Sayı:2: s. 104.
- ESPOSITO Katherine, CIOTOLA Myriam, GIUGLIANO Francesco, BISGONI C., SCHISANO Bruno, AUTORINO Riccardo, COBELLIS Luigi, SIO De Marco, COLACURCI Nicola, GIUGLIANO Dario, "Association of body weight with sexual function in women". *Int J Impot Res.*, 2007 JulAug; 19(4):353-7.
- ESPOSITO Katherine, GIUGLIANO Francesco, CIOTOLA Myriam, DE SIO Marco, Massimo D'armiento & Dario Giugliano. "Obesity and sexual dysfunction, male and female". *International Journal of Impotence Research*, 2008, 20(4), 358-365.
- FLATT J.P., "Importance of nutrient balance in body weight regulation" *Diabetes Metab Rev.*, 4: 571-581,1988.
- FOUAD M.F., RASTAM S., WARD K.D., MAZĀK W., "Prevalence of Obesity and Its Associated Factors in Aleppo, Syria." *Prev Control*, 2006;2:85-94

- FRABLE Deborah E. S., "Dimensions of marginality: Distinctions among those who are different." *Personality and Social Psychology Bulletin*, 1993, 19.4, 370-380.
- FUNG Kelvin M. T., HECTOR W. H. Tsang, CORRIGAN Patrick W., LAM Chow S., CHEUNG Wai-ming, "Measuring self stigma of mental illness in china and its implications for recovery". *International Journal of Social Psychiatry*, 2007, 53, 408-18
- GAVIN Amelia R., SIMON Greg E. and LUDMAN Evette J., "The association between obesity, depression, and educational attainment in women: the mediating role of body image dissatisfaction." *Journal of psychosomatic research* **2010**, 69.6, 573-581.
- GÜVEL Sezgin, YAYCIOĞLU Özgü, BAĞIŞ Tayfun, SAVAŞ Nurten, BULGAN Esra ve ÖZKARDEŞ Hakan, "Evli Kadınlarda Cinsel Fonksiyonlara Etkin Faktörler." *Türk Üroloji Dergisi*, 2002, 29:1, 43-48.
- HA W.M., RABKIN J.G, EHRHARDT A.A., STEWART J.W., MCGRATH P.J., ROSS D., QUITKIN E.M., "Effects of antidepressant medication on sexual function: a controlled study." *J Clin Psychopharmacol*, 1986:6, 144-149
- HASLAM David, Gender-specific aspects of obesity. *Journal of mens Health and Gender*, 2005, 179: (2): 179–185.
- HAYWARD Peter and BRIGHT A. Jennifer, "Stigma and mental illness: A review and critique". *Journal of Mental Health*, 1997:6, 345-54.
- İNCESU Cem, "Cinsel işlevler ve cinsel işlev bozuklukları". *Klinik Psikiyatri Dergisi*. **2004**, 3-13.
- JAMES W. Philip, "A public health approach to the problem of obesity." *International journal of obesity and related metabolic disorders*, 1995, 19, 37-45, s.39.
- JENG Cherng-Jye "The pathophysiology and etiology of vaginismus." *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2004, 43.1, 10-15.
- KADIOĞLU Pınar, ÖZGİL Demet, ŞANLI Öner, YALIN Ayşe Serap, ÖNEM Kadir ve KADIOĞLU Ateş, "Obesity might not be a risk factor for female sexual dysfunction". *BJU Int.*, 2010, 106:1357-61.

- KALAN Işıl ve YEŞİL Yusuf, "Obezite ile ilişkili kronik hastalıklar." **Diyabet ve obezite**, 2010, 23-24, 78-81.
- KANTER Rebecca and CABALLERO Benjamin, "Global gender disparities in obesity: a review." **Advances in nutrition**, 2012, 3.4, 491-498, s.496.
- KELLY Mary P., STRASSBERG Donald S. and TURNER Charles M., "Communication and Associated Relationship Issues in Female Anorgasmia". **Journal of Sex & Marital Therapy**, 2004, 30:4, 263-276.
- KELLY Mary P., STRASSBERG Donald S. and TURNER Charles M., "Behavioral Assessment of Couples' Communication in Female Orgasmic Disorder." **Journal Of Sex & Marital Therapy**, 2006, 32:2, 81-95.
- KIRAÇ Deniz, "Obeziteyle İlişkili Beslenme Alışkanlıklarının Araştırılmasında Yeni Bir Yöntem "Üç Faktörlü Beslenme Anketi"", **MÜSBED**, 2015, Cilt: 5, Sayı: 3, s. 164.
- KINGSBERG Sheryl A. and ALTHOF Stanley E., "Satisfying sexual events as outcome measures in clinical trial of female sexual dysfunction." **The journal of sexual medicine**, 2011, 8:12, 3262-3270
- KIRCHENGAST Sylvia, HARTMANN Berta, GRUBER Doris, HUBER Johannes, "Decreased sexual interest and its relationship to body build in postmenopausal women". **Maturitas** 1996; 23: 63–71.
- KLESGES Robert C., STEIN Risa J., ECK Linda H., ISABELL Terry R., and KLESGES Lisa M., "Parental influence on food selection in young children and its relationships to childhood obesity." **The American journal of clinical nutrition**, 1991, 53.4, 859-864.
- KOLOTKIN Ronette L., ZUNKER Christie and OSTBYE Truls, "Sexual functioning and obesity: a review." **Obesity**, 2012, 20.12, 2325-2333.
- KOPELMAN P.G., FINER N., FOX K.R. "Consensus statement on obesity" **Int J Obesity**, 18 (4):189-191,1994.
- KORA Kaan ve KAYIR Arşaluy, "Cinsel Roller ve Cinsel Mitler." **Düşünen Adam**. 1996,2, 55-58.



- KULIE Teresa, SLATTENGREN Andrew, REDMER Jackie, COUNTS Helen, EGLASH Anne and SCHRAGER Sarina, "Obesity and women's health: an evidence-based review" *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 2011, 24.1, 75-85.
- KUŞ-SAILLARD Elif, Ruhsal Hastalara Yönelik Damgalamaya İlişkin Psikiyatrist Görüşleri ve Öneriler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2010, 21(1), 14–24.
- LAUMANN E.O., PAIK A., ROSEN R.C., "Sexual dysfunction in the United States: Prevalence and predictors." *JAMA*, 281: 537-544, 1999
- LEYENS Jacques-Philippe, DESERT Michel, CROIZET Jean-Claude, DARCIS Catherine, "Stereotype threat: Are lower status and history of stigmatization preconditions of stereotype threat?." *Personality and Social Psychology Bulletin*, 2000, 26.10, 1189-1199
- LIEF Harold I., "Comments On Current Thinking On The Orgasm Experience". *Medical Aspects of Human Sexuality*, 1980, 14:7, 55-62.
- LILLIS Jason, THOMAS J. Graham, LEVIN E. Michel & WING R. Rena, "Self-stigma and weight loss: The impact of fear of being stigmatized". *Journal of Health Psychology*, 2017, 1359105317739101
- LILLIS Jason, LUOMA B. Jason, LEVIN E. Michael and HAYES C. Steven, "Measuring weight self-stigma: the weight self-stigma questionnaire". *Obesity*, 2010, 18(5), 971-976.
- LINK Bruce G. and PHELAN C. Jo, "Conceptualizing Stigma". *Annual Review Sociology*, 2001, 27(1), 363–85.
- LINK Bruce G., STRUENING L. Elmer, NEESE-TODD Sheree, ASMUSSEN Sara, PHELAN C. Jo, "On describing and seeking to change the experience of stigma". *Psychiatric Rehabilitation Skills*, 2002, 6, 201-31
- MA J. and XIAO L., "Obesity and depression in US women: results from the 2005-2006 National Health and Nutritional Examination Survey." *Obesity*, 18: 347-353.
- MARIA Resch, HAASZ Peter & SIDO Zoltan, "Obesity as psychosomatic disease". *Eur Psychiatry*, 1998; 13: 315.

MESTON Cindy M., BRADFORD Andrea, "Sexual dysfunctions in women." **Annu. Rev. Clin. Psychol.**, 2007, 3, 233-256.

MOND Jonathan, VAN DEN BERG Patricia, BOUTELLE Kerri, HANNAN Peter, and NEUMARK-SZTÄINER Dianne, "Obesity, body dissatisfaction, and emotional well-being in early and late adolescence: findings from the project EAT study". **Journal of Adolescent Health**, 2011, 48, 373-378.

MONTEJO-GONZALEZ AL Liorca G., IZOQUERDO J.A., LEDESM A., BOUSONO M., CALCEDO A., CARRASCO J.L., CIUDAD J., DANIEL E., GANDARA J., DERECHO J., FRANCO M., GOMEZ M.J., MACIAS J.A., MARTIN T, PEREZ V., SANCHEZ J.M., SANCHES S., VICENS E., "SSRI-induced sexual dysfunction: fluoxetine, paroxetine, sertraline and fluvoxamine in a prospective, multicenter, and descriptive clinical study of 344 patients." **J Sex Marital Ther**, 1997;23:176-193.

O'SULLIVAN Karl, "Observations on vaginismus in Irish women." **Archives of general psychiatry**, 1979, 36.7, 824-826.

ÖKSÜZ Ergun, MALHAN Simten, "Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction in Turkish women." **The Journal of Urology**, 2006, Volume: 175, Issue: 2, s.654.

ÖZDEL Osman, SÖZERİ-VARMA Gülfizar, FENKÇİ Semin, DEĞİRMENCİ Taner, KARADAĞ, OĞUZHANOĞLU- KALKAN Nalan, ATEŞÇİ Figen, "Obez kadınlarda psikiyatrik tanı sıklığı." **Klinik Psikiyatri**, 2011, 14:4, 210-217.

ÖZMEN Dilek, ÖZMEN Erol, ERGİN Dilek, ÇETİNKAYA ÇAKMAKÇI Aynur, SEN Nesrin, DÜNDAR ERBAY Pınar and TAŞKIN E. Oryal. "The association of self-esteem, depression and body satisfaction with obesity among Turkish adolescents." **BMC Public Health**, 2007, 7.1, 80.

ÖZMEN H Ercan, "Cinsel mitler ve cinsel işlev bozuklukları". **Psikiyatri Dünyası**, 1999, 3 (2):49-53.

PALMEIRA Lara, PINTO-GOUVEIA José, and CUNHA Marina, "The role of weight self-stigma on the quality of life of women with overweight and obesity: A multi-group comparison between binge eaters and non-binge eaters." **Appetite** 2016, 105, 782-789.

PAULO José Faria Carrilho, VIVACQUA Carla Almeida, PAIVA DE GODOY Eudes, BRUNO SOUSA Selma, BRIGIDO DANTAS Alexandra Régia, BARROS DUARTE Felipe Chaves and CORDERIO DE SOUSA Maria Bernardete, Sexual dysfunction in obese women is more affected by psychological domains than that of non-obese. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia*, 2015, 37(12), 552-558.

PEEYANANJARASSRI Krantarat, LIABSUETRAKUL Tippawan, SOONTHORNPUN Karanrat, CHOOBUN Thanapun, MANOPSILP Penchit, "Sexual functioning in postmenopausal women not taking hormone therapy in the Gynecological and Menopause Clinic, Songklanagarind Hospital measured by Female Sexual Function Index questionnaire", *Medical journal of the Medical Association of Thailand*, 2008, 91.5, 625-632.

PUHL Rebecca M. and HEUER Chelsea A., "The stigma of obesity: a review and update". *Obesity*, 2009, 17, 941-964.

RAINA Rupesh, PAHLAJANI Geetu, GUPTA Shazia Khan Sajal, AGRAWAL Ashok, ZIPPE Craig D., "Female sexual dysfunction: classification, pathophysiology, and management." *Fertility and sterility*, 2007, 88.5, 1273-1284.

RAJAN Uma, "Management of childhood obesity—Singapore perspective." Proceedings of the First Scientific Meeting on Obesity. Kuala Lumpur (Malaisie), *Malaysian Society for the Study of Obesity (MASSO)*. 1996, Vol. 1, 131-137.

RATCLIFFE Denise and ELLISON Nell., "Obesity and internalized weight stigma: A formulation model for an emerging psychological problem." *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 2015, 43.2, 239-252.

REDMAN Leanne M., "Physical activity and its effects on reproduction." *Reproductive Biomedicine Online*, 2006, 12:5, 579-586.

RESNICOW Ken, "School-based obesity prevention." *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1993, 699:1, 154-166.

ROSEN Raymond C. and LEIBLUM R. Sandra, "Treatment of sexual disorders in the 1990s: An integrated approach." *Journal of consulting and clinical psychology*, 1995, 63:6, 877-890, s.887.

- ROSEN Raymond, BROWN C., HEIMAN J., LEIBLUM S., MESTSON C., SHABSÍGH R., FERGUSON D., D'AGOSTINO R., "The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function". ***Journal of sex & marital therapy***, 2000, 26:2, 191-208.
- RUSCH Nicolas, ANGERMEYER C. Matthias and CORRIGAN W Patrick, "Mental illness stigma: concepts, consequences and initiatives to reduce stigma" ***European Psychiatry***, 2005, 20, 529-39.
- SALONIA Zanni G and R.E Nappi, Sexual dysfunction is common in women with lower urinary tract symptoms and urinary incontinence: result of a crosssektional study. ***Eur Urol***, 2004; 45: 642-8.
- SEACAT Jason D. and MICKELSON D. Kristin, "Stereotype threat and the exercise/dietary health intentions of overweight women". ***Journal of Health Psychology***, 2009, 14, 556-567.
- SELTZER Carl C. and MAYER Jean, "An effective weight control program in a public school system." ***American Journal of Public Health and the Nations Health***, 1970, 60:4, 679-689.
- SEVİNÇER Güzin M., "Türkiye'de obezite cerrahisinde psikiyatrik değerlendirme: Uzlaşma ve kılavuz gereksinmesi". ***Anadolu Psikiyatri Dergisi***, 2016, 17:2. 5-45.
- SEVİNÇER Güzin Mukaddes, KAYA Ayşenur, BOZKURT Süleyman, AKIN Ercan, KÖSE Samet, "Reliability, validity, and factorial structure of the Turkish version of the Weight Self-Stigma Questionnaire (Turkish WSSQ)." ***Psychiatry and Clinical Psychopharmacology***, 2017, 27:4, 386-392.
- SILVA Benedito Martins E, REGO Lerika Moreira, GALVAO Márcio Almeida, TOLEDO Florêncio Telma Maria de Menezes, CAVALCANTE Jairo Calado, "Incidence of sexual dysfunction in patients with obesity and overweight". ***Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões***, 2013, 40:3, 196-202.
- SMITH Rachel A., "Segmenting an audience into the own, the wise, and normals: A latent class analysis of stigma-related categories." ***Communication Research Reports***, 2012, 29:4, 257-265, s.263.

- SOBAL Jeffery and STUNKARD J. Albert, "Socioeconomic status and obesity: a review of the literature." *Psychological bulletin*, 1989, 105.2, s.260-275.
- STEEGE John F., ZOLNOUN A. Denniz. "Evaluation and treatment of dyspareunia." *Obstetrics & Gynecology*, 2009, 113.5, 1124-1136.
- SUNGUR Mehmet Z. and GUNDUZ Anil, "Critiques and Challenges to Old and Recently Proposed American Psychiatric Association's Website DSM 5 Diagnostic Criteria for Sexual Dysfunctions". *Bulletin of Clinical Psychopharmacology*, 2013, 23(1), 113-128.
- ŞAHİN Sevil, İLCİOĞLU Kevser and ÜNSAL Alaettin. "Evaluation of Sexual Dysfunction, Depression and Quality of Life Among Married Women Presented to a Gynecology Polyclinic of a Training and Research Hospital in Sakarya" *Clinical and Experimental Health Sciences*, 2018, 8:3 182-190.
- TELCH Christy F. and AGRAS W. Stewart, "Obesity, binge eating and psychopathology: are they related?." *International Journal of Eating Disorders*, 1994, 15:1, 53-61.
- TORUN Fuat, TORUN Sebahat Dilek ve ÖZAYDIN A. Nilüfer, "Erkeklerde Cinsel Mitlere İnanma Oranları ve Mitlere İnanmayı Etkileyen Faktörler". *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 2011, 24-31.
- VERHAEGHE Mieke, BRACKE Piet and BRUYNOOGHE Kevin, "Stigmatization and self-esteem of persons in recovery from mental illness: the role of peer support". *International Journal of Social Psychiatry*, 2008, 54, 206-18.
- WADDEN Thomas A. and STUNKARD J. Albert, "Social and psychological consequences of obesity." *Annals of Internal Medicine*, 1985, 1062-1067.
- WEINER Rudolf, ENGERT Rafael Blanco, WEINER Sylvia, MATKOWITZ Ralf, SCHAEFER Liliane & POMHOFF Ingmar, "Outcome after laparoscopic adjustable gastric banding—8 years experience". *Obesity surgery*, 2003, 13:3, 427-434.
- WERRIJ M.Q., MULKEN S, HOSPERS HJ ve ark., "Overweight and obesity: the significance of a depressed mood." *Patient Educ.Couns*, 2006, 62:126-131

WIEGEL Markus, MESTON Cindy and ROSEN Raymond, "The female sexual function index (FSFI): cross-validation and development of clinical cutoff scores." *Journal of sex & marital therapy*, 2005, 31:1, 1-20.

YAYLALI G. F., TEKELİOĞLU S. ve AKIN F., "Sexual dysfunction in obese and overweight women". *Int J Impot Res*, 2010, 220-6.

YETKİN Nesrin ve İNCESU Cem, "Cinsel İşlev Bozuklukları.", *Roche*, 2001, 16-17.

### **Tezler**

ALKAN Emel, Cinsel İşlev Bozuklukları ve Kişilerarası Tarz, Öfke, Kendilik Algısı. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara Üniversitesi, Ankara, 2008, **(Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi).**

BOZKURT Ali, Erkek cinsel işlev bozukluklarında psikopatolojinin araştırılması. Askeri Tıp Fakültesi, Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Ankara, 1996, s.1 **(Yayımlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi).**

ÇAVAŞ Şengül, Cinsel İşlev Bozuklukları Polikliniğine Başvuran Vajinismus ve Prematür Ejakülasyon Olgularında Psikiyatrik Komorbiditenin Araştırılması. Bakırköy Ord. Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul. 2008, s.55 **(Yayımlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi).**

DİLEK Emel, Diyabetli Kadınlarda Cinsel İşlev Bozukluğunun İncelenmesi. İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Ege Üniversitesi İzmir, 2007,s.74 **(Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi)**

KARADEMİR Mustafa, Depresif ve cinsel işlev bozukluğu bulunan hastaların temel patolojilerinin tanımlanması ve karşılaştırılması. Askeri Tıp Fakültesi, Gülhane Askeri Tıp Akademisi Ankara. 2005, s.1 **(Yayımlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi).**

ZORLU Kocagöz Sevilay. Cinsel İşlev Bozukluğu Tipleri ve Cinsel Mitler Arasındaki İlişki. Tıp Fakültesi, Uludağ Üniversitesi, Bursa. 2008, **(Yayımlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi).**

## İnternet Kaynakları

MACMILLAN, "Stigma", Macmillan Dictionary, <https://www.macmillandictionary.com/dictionary/british/stigma> (Erişim Tarihi 12.11.2018).

MERRIAM-WEBSTER. "Stigma", Merriam-Webster Sözlüğü, [https://www.merriam-webster.com/dictionary/stigma?utm\\_campaign=sd&utm\\_medium=serp&utm\\_source=jsonld](https://www.merriam-webster.com/dictionary/stigma?utm_campaign=sd&utm_medium=serp&utm_source=jsonld)(Erişim Tarihi 12.11.2018).

ÖZDEL Osman, Cinsel İşlev Bozukluklarının Anksiyete ve Depresyonla İlişkisi ile Organisme Ayırımında Nörofizyolojik İnceleme Yöntemlerinin Rolü. Tıp Fakültesi Pamukkale Üniversitesi, Denizli, 2001, s.44, (Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi).

TASHBULATOVA Dinara, İnfertil Kadınlarda Cinsel Fonksiyonlara Etki Eden Faktörler. Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı, Çukurova Üniversitesi, Adana. 2007, s.48 (Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi).

TDK, "Damga", Büyük Türkçe Sözlüğü, Türk Dil Kurumu. Ankara, 2015. [http://tdk.gov.tr/index.php?option=com\\_bts&view=bts](http://tdk.gov.tr/index.php?option=com_bts&view=bts), (Erişim Tarihi 12.11.2018).

VURAL, Erol. "Obezite Neden Cinsel Fonksiyon Bozukluğu Yapar?", 11 Aralık 2015, <http://www.drerolvural.com/obezite-neden-cinsel-fonksiyon-bozuklugu-yapar/> (Erişim Tarihi: 12.11.2018).

WHO, "Obesity and overweight", world Health Organization, 16 February 2018, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>, (Erişim Tarihi: 12.11.2018)

WHO Technical records of the World Health Organization, World Health Organization, Geneva, 1975

**EK 1. KATILIMCI BİLGİLENDİRME FORMU**

Değerli katılımcı,

Bu anket “Obez Kadınlarda Kilo Açısından Kendini Damgalama Ve Cinsel İşlev Bozukluğu Arasındaki İlişki” isimli yüksek lisans tezindeki araştırma bölümünde kullanılmak üzere hazırlanmıştır. Anket formu ile elde edilecek sadece bilimsel bir araştırma amacıyla kullanılacaktır. Araştırmada gizlilik ilkesi gereğince isim istenmemekte olup, vereceğiniz yanıtlar gizli tutulacaktır. Zaman ayırdığınız için teşekkür ederim.

Öğrencinin Adı SOYADI



## EK 2. SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

Vaka no:

Tarih:

Telefon No:

Adı-Soyadı:

1) Cinsiyet:  Erkek ....  Kadın....

2) Doğum tarihi : ...../...../..... yaş:

3) Doğum Yeri :

4) Toplam öğrenim yılı: \_\_\_\_\_ yıl

5) Boyunuz: \_\_\_\_\_ cm

6) Şimdiki Kilonuz: \_\_\_\_\_ kg

7) Sosyo-ekonomik durum : Kendi gelir düzeyinizi nasıl değerlendiriyorsunuz

 Çok yetersiz  Yetersiz  Orta  İyi 

Çok İyi

8) Gelir getiren bir işte çalışıyor musunuz ?

 Çalışıyor  Çalışmıyor  Emekli

9) Medeni durum:

 Bekar  Evli  Boşanmış  Dul Ayrı yaşıyor

10) Kiminle yaşıyorsunuz ?

 Yalnız  Aile  Aile dışı kişilerle )Yurt Diğer

11) Tanı konmuş bir psikiyatrik hastalık var mı?:

 Yok  Var \_\_\_\_\_(adını yazınız)

12) Kullandığınız psikiyatri ilacı var mı?:

 Yok  Var \_\_\_\_\_(adını yazınız)

13) Ailede tanısı konulmuş Psikiyatrik Hastalık var mı?

 Yok  Var \_\_\_\_\_(adını yazınız)

14) Mevcut tıbbi bir hastalığınız var mı?:

 Yok  Var \_\_\_\_\_(adını yazınız)15) Hiç intihar ettiniz mi?:  Hayır  Evet ....kez16) Ailede Obezite Var Mı?  Evet  Hayır17) Çocukluk Döneminde Obezite Probleminiz Var Mıydı?  Evet  Hayır

18) Kaç yıldır kilo ile ilgili problem yaşıyorsunuz?

 Bildim bileli  ..... zamandır.19) İdrar kaçırma probleminiz var mı?  Evet  Hayır

EK 2. ANKET FORMU (DEVAM)

20) Menapoza girdiniz mi?

( ) Evet

( )

Hayır

21) Doğum yaptınız mı?

( ) Evet .....tane

( ) Hayır



## EK 2. ANKET FORMU (DEVAM)

## Kısım-2: Kilo Açısından Kendini Damgalama Ölçeği

Aşağıda bir dizi ifade bulacaksınız. Lütfen her ifadenin sizin için ne kadar uygun olduğunu derecelendiriniz. Seçiminizi yaparken aşağıdaki ölçeği kullanınız.

1	2	3	4	5
Hiç Katılmıyorum	Çoğu Kez Katılmıyorum	Ne katılıyorum Ne Katılmıyorum	Çoğu Kez Katılıyorum	Tümüyle Katılıyorum

NU	İFADE	1	2	3	4	5
1	Aşırı kilolu halime her zaman geri döneceğim.					
2	Kilo sorunlarıma ben sebep oldum.					
3	Kilo sorunlarım yüzünden suçlu hissediyorum.					
4	Zayıf bir kişiliğim olduğu için aşırı kiloluyum					
5	Eğer daha güçlü biri olsaydım kilomla ilgili asla sorunlarım olmazdı					
6	Sağlıklı bir kiloda kalmak için yeterince iradeli değilim.					
7	Başkalarının benim hakkımda düşüncelerinden dolayı güvensiz hissederim.					
8	Kilo sorunlarım olduğu için insanlar bana karşı ayrımcılık yapıyorlar.					
9	Kilo sorunları olmamış insanların benimle ilişki kurması zordur					
10	Başkaları kilo sorunlarım nedeniyle kendini denetleme eksikliğim olduğunu düşünecek.					
11	İnsanlar kilo sorunlarım için suçlanacak kişinin ben olduğunu düşünüyor.					
12	Başkaları kilom yüzünden etrafımda olmaktan utanç duyarlar.					

## EK 2. ANKET FORMU (DEVAM)

## Kısım-3: Kadın Cinsel İşlev Ölçeği

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 uyanılma**: Sevişme, şehvet duygu ve düşüncelerin belirmesi ile vajinanın ıslanması ve benzeri durumlar  
\*\*\*\* **Orgazm** : Bıdır,hazne, rahim, makat ve alt karn 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 uyanıldığınızı 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 uyanılma düzeyinizi nasıl derecelendirirsiniz?

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

5. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite\* veya cinsel ilişki\*\* sırasında cinsel bakımdan uyanılacağınızdan 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 uyanılma 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 sıklıkta 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

## EK 1. ANKET FORMU (DEVAM)

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 ilişkide\*\* 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 orgazma\*\*\*\* 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 orgazma\*\*\*\* ulaşmanız ne kadar tatminkardı?

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- Çok tatminkardı
- Genellikle tatminkardı
- Yarısında tatminkardı, yarısında 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
- Yarısında tatminkardı, yarısında 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
- Yarısında tatminkardı, yarısında 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
- Yarısında tatminkardı, yarısında 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