

**T. C.
İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

Psikoloji Anabilim Dalı

**COVID-19 PANDEMİ SÜRECİNDE KADINLARDA
DURUMLUK VE SÜREKLİ KAYGI İLE CİNSEL
FONKSİYONLAR ARASINDAKİ İLİŞKİ**

Yüksek Lisans Tezi

Meryem DEMİR

Danışman

Dr. Öğr. Üyesi Fatih BAL

İstanbul – 2022

TEZ TANITIM FORMU

- Yazar Adı Soyadı** : Meryem DEMİR
- Tezin Dili** : Türkçe
- Tezin Adı** : Covid-19 Pandemi Sürecinde Kadınlarda Durumluk Ve Sürekli Kaygı İle Cinsel Fonksiyonlar Arasındaki İlişki
- Enstitü** : İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
- Anabilim Dalı** : Psikoloji
- Tezin Türü** : Yüksek Lisans
- Tezin Tarihi** : 20.01.2022
- Sayfa Sayısı** : 132
- Tez** : Dr. Öğr. Üyesi Fatih BAL
- Danışmanları**
- Dizin Terimleri** : Kaygı, durumlu kaygı, sürekli kaygı, cinsel fonksiyonlar, lubrikasyon, orgazm, ağrı, doyum, istek, uyarılma.
- Türkçe Özet** : Covid-19 Pandemi döneminde, İstanbul'da yaşayan, 20-55 yaş aralığında bulunan 420 cinsel hayatı aktif kadından anket yolu ile alınan veriler değerlendirilmiş, durumluk ve sürekli kaygılarının cinsel fonksiyonlarını etkilemesi ve arasında bulunan ilişkiler, bilimsel çerçevede incelenmiştir. Durumluk kaygı ile cinsel fonksiyonlar arasında anlamlı veri elde edilemezken, sürekli kaygının; orgazm ve lubrikasyonu etkilediği alınan örnekleme göre saptanmıştır.
- Dağıtım Listesi** : 1. İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsüne
2. YÖK Ulusal Tez Merkezine

MERYEM DEMİR

**T. C.
İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

Psikoloji Anabilim Dalı

**COVID-19 PANDEMİ SÜRECİNDE KADINLARDA
DURUMLUK VE SÜREKLİ KAYGI İLE CİNSEL
FONKSİYONLAR ARASINDAKİ İLİŞKİ**

Yüksek Lisans

Meryem DEMİR

Danışman

Dr. Öğr. Üyesi Fatih BAL

İstanbul – 2022

BEYAN

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

MERYEM DEMİR

.../.../ 2022



İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Meryem DEMİR'in "Covid-19 Pandemi Sürecinde Kadınlarda Durumluk Ve Sürekli Kaygı İle Cinsel Fonksiyonlar Arasındaki İlişki" adlı tez çalışması, jürimiz tarafından Psikoloji anabilim dalı, Psikoloji bilim dalında YÜKSEK LİSANS tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan Dr. Öğr. Üyesi Fatih BAL
(Danışman)

Üye Dr. Öğr. Üyesi Esra SAVAŞ

Üye Dr. Öğr. Üyesi Ömer AKGÜL

ONAY

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

.../.../ 2022

Prof. Dr. İzzet GÜMÜŞ
Enstitü Müdürü

ÖZET

Bu araştırma Covid-19 Pandemi sürecinde kadınlarda durumluk ve sürekli kaygı ile cinsel fonksiyonlar arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir. Araştırmada ayrıca katılımcıların tanımlayıcı özelliklerine (yaş, medeni durum, vb.) göre pandemi sürecinde; durumluk, sürekli kaygı ve cinsel fonksiyon düzeylerinde farklılık olup olmadığı da incelenmiştir.

Amaç doğrultusunda kişisel bilgi formu, cinsel fonksiyon indeksi, durumluk ve sürekli kaygı ölçeğinden oluşan veri toplama aracı; 2021 yılında İstanbul'da araştırmaya katılmayı gönüllü kabul eden 20-55 yaş arasında 426 kadına uygulanmıştır.

Elde edilen veriler bilgisayar ortamında SPSS 22.0 istatistik programı aracılığı ile değerlendirilmiştir.

Araştırma sonucunda sürekli kaygı ile lubrikasyon ve orgazm arasında zayıf ilişkiler saptanırken, diğer cinsel fonksiyonlar ile kaygı arasında ilişki bulunmadığı saptanmıştır. Araştırmada ayrıca katılımcıların; beden kitle indeksine, cinsel ilişki sıklığına, gelir düzeyine, yaşa, öğrenim durumuna, alkol kullanımına, kronik hastalık varlığına, kullanılan ilaç varlığına, medeni duruma, sigara kullanma durumuna çalışma durumuna adet döngüsüne, adet süresine göre farklılık gösterdiği belirlenmiştir

Durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin ise; adet döngüsüne, cinsel ilişki sıklığına, gelir düzeyine, yaşa, öğrenim durumuna, adet düzenli olma durumuna, medeni duruma göre farklılık gösterdiği, çalışma durumuna, sigara kullanma durumuna, kullanılan ilaç varlığına, kronik hastalık varlığına, adet süresine, alkol kullanma durumuna göre ise farklılık göstermediği saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Cinsel fonksiyon, durumluk kaygı, sürekli kaygı

SUMMARY

This research was carried out to examine the relationship between state and trait anxiety and sexual functions in women during the Covid-19 Pandemic process. In the study, according to the descriptive characteristics of the participants (age, marital status, etc.), during the pandemic process; It was also investigated whether there was a difference in the levels of state, trait anxiety and sexual function.

In line with the purpose, data collection tool consisting of personal information form, sexual function index, state and trait anxiety scale; It was applied to 384 women between the ages of 20-55 who volunteered to participate in the study in Istanbul in 2021.

The obtained data were evaluated by means of SPSS 22.0 statistical program in computer environment.

As a result of the research, weak relationships were found between trait anxiety and lubrication and orgasm, while there was no relationship between anxiety and other sexual functions. In addition, the participants in the study; It has been determined that it differs according to body mass index, frequency of sexual intercourse, income level, age, education level, alcohol use, presence of chronic diseases, presence of drugs used, marital status, smoking status, employment status, menstrual cycle, and duration of menstruation.

State and trait anxiety levels; It differs according to menstrual cycle, frequency of sexual intercourse, income level, age, education level, regular menstruation, marital status, employment status, smoking status, presence of medication used, presence of chronic disease, menstrual period, alcohol use. Was found not to show.

Keywords: Sexual function, state anxiety, trait anxiety

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	i
SUMMARY	ii
İÇİNDEKİLER	iii
KISALTMALAR	vi
TABLolar LİSTESİ.....	vii
ÖNSÖZ.....	ix
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM

1.1. Araştırmanın Problemi	3
1.2. Araştırmanın Alt Problemleri	3
1.3. Araştırmanın Amacı	5
1.4. Araştırmanın Önemi	5
1.5. Araştırmanın Sayıltıları	6
1.6. Araştırmanın Sınırlılıkları	7

İKİNCİ BÖLÜM

KURAMSAL ÇERÇEVE VE İLGİLİ LİTERATÜR

2.1. Cinsel Fonksiyonlar	8
2.1.1. Cinsellik Kavramı	8
2.1.2. Psikolojik Olarak Cinsellik	8
2.1.3. Kadında Cinsel Yanıt Döngüsü.....	9
2.1.3.1. Cinsel İstek Fazı.....	9
2.1.3.2. Cinsel Uyarılma Fazı	10
2.1.3.3. Plato evresi.....	10
2.1.3.4. Orgazm Fazı.....	11
2.1.3.5. Çözülme Fazı	11
2.1.4. Kadın Cinsel İşlev Bozuklukları	12
2.1.5. Kadın Cinsel İşlev Bozukluklarının Nedenleri	15
2.1.6. Kadın Cinsel İşlevine Etki eden Faktörler	16
2.1.6.1. Yaş	17
2.1.6.2. İlişki Uzunluğu	17
2.1.6.3. İlişki Memnuniyeti.....	17
2.1.6.4. Üreme Hayatı.....	18
2.1.6.5. Eş ile Uyumluluk	18
2.1.6.6. Hamilelik ve Çocuk Sayısı	19

2.1.6.7.	Psikolojik Sorunlar	19
2.1.6.8.	İlaç Kullanımı	21
2.1.6.9.	Alkol	22
2.1.7.	Psikolojik Yardım ve Yaklaşımlar	22
2.2.	Kaygı	24
2.2.1.	Kaygı Kavramı	24
2.2.2.	Kaygı ile İlgili Kuramsal Açıklamalar	29
2.2.2.1.	Psikanalitik yaklaşım	29
2.2.2.2.	Davranışçı yaklaşım.....	31
2.2.2.3.	Bilişsel yaklaşım	32
2.2.3.	Kaygının Nedenleri ve Belirtileri.....	32
2.2.4.	Kaygının Sınıflandırılması	35
2.2.4.1.	Durumluk Kaygı	35
2.2.4.2.	Sürekli Kaygı	37
2.2.5.	Kaygı ve Cinsel Fonksiyonlar İlişkisi	39

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM YÖNTEM

3.1.	Araştırmanın Modeli	41
3.2.	Evren ve Örneklem.....	41
3.3.	Veri Toplama Aracı.....	41
3.3.1.	Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi (Female Sexual Function Index- FSFI) 41	
3.3.2.	Durumluk- Sürekli Kaygı Envanteri (STAI).....	42
3.4.	Verilerin İstatistiksel Analizi.....	43

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM BULGULAR VE YORUMLAR

4.1.	Kadınların Tanımlayıcı Özelliklerine Yönelik Bulgular.....	44
4.2.	Durumluk Kaygı, Sürekli Kaygı ve Cinsel Fonksiyon Puan Ortalamaları .	46
4.3.	Durumluk Kaygı, Sürekli Kaygı ve Cinsel Fonksiyon Arasındaki İlişkiler	47
4.4.	Cinsel FonksiyonlarınTanımlayıcı Özelliklere Göre Karşılaştırılması	49
4.5.	Durumluk Kaygı ve Sürekli Kaygının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Karşılaştırılması	68

TARTIŞMA VE YORUM.....	75
ÖNERİLER	80
KAYNAKLAR	81



KISALTMALAR

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

BKİ : Beden Kitle İndeksi



TABLolar LİSTESİ

Tablo 1. DSM-5'te kadın cinsel işlev bozukluklarının belirtileri (American Psychiatric Association, 2013).....	13
Tablo 2. Normal Dağılım	43
Tablo 3. Kadınların Tanımlayıcı Özelliklere Göre Dağılımı	44
Tablo 4. Kaygı Puan Ortalamaları.....	46
Tablo 5. Cinsel Fonksiyonlar Puan Ortalamaları	46
Tablo 6. Durumluk Kaygı, Sürekli Kaygı ve Cinsel Fonksiyon Puanları Arasında Korelasyon Analizi.....	47
Tablo 7. Durumluk Kaygı, Sürekli Kaygının Cinsel Fonksiyon Üzerine Etkisi	48
Tablo 8. Cinsel Fonksiyon Puanlarının Yaşa Göre Farklılaşma Durumu	49
Tablo 9. Cinsel Fonksiyon Puanlarının Medeni Duruma Göre Farklılaşma Durumu	51
Tablo 10. Cinsel Fonksiyon Puanlarının Öğrenim Durumuna Göre Farklılaşma Durumu	52
Tablo 11. Cinsel Fonksiyon Puanlarının Gelir Düzeyine Göre Farklılaşma Durumu	55
Tablo 12. Cinsel Fonksiyon Puanlarının Kronik Hastalık Varlığına Göre Farklılaşma Durumu	56
Tablo 13. Cinsel Fonksiyon Puanlarının Kullanılan İlaç Varlığına Göre Farklılaşma Durumu	57
Tablo 14. Cinsel Fonksiyon Puanlarının Sigara Kullanma Durumuna Göre Farklılaşma Durumu.....	58
Tablo 15. Cinsel Fonksiyon Puanlarının Alkol Kullanma Durumuna Göre Farklılaşma Durumu.....	59
Tablo 16. Cinsel Fonksiyon Puanlarının Adet Döngüsüne Göre Farklılaşma Durumu	60
Tablo 17. Cinsel Fonksiyon Puanlarının Adet Süresine Göre Farklılaşma Durumu	61
Tablo 18. Cinsel Fonksiyon Puanlarının Adetin Düzenli Olma Durumuna Göre Farklılaşma Durumu.....	62
Tablo 19. Cinsel Fonksiyon Puanlarının Bki Değerine Göre Farklılaşma Durumu..	63
Tablo 20. Cinsel Fonksiyon Puanlarının Cinsel İlişki Sıklığına Göre Farklılaşma Durumu	65

Tablo 21. Cinsel Fonksiyon Puanlarının Çalışma Durumuna Göre Farklılaşma Durumu	67
Tablo 22. Durumluk Kaygı, Sürekli Kaygı Puanlarının Yaşa Göre Farklılaşma Durumu	68
Tablo 23. Durumluk Kaygı, Sürekli Kaygı Puanlarının Medeni Duruma Göre Farklılaşma Durumu.....	68
Tablo 24. Durumluk Kaygı, Sürekli Kaygı Puanlarının Öğrenim Durumuna Göre Farklılaşma Durumu.....	69
Tablo 25. Durumluk Kaygı, Sürekli Kaygı Puanlarının Gelir Düzeyine Göre Farklılaşma Durumu.....	69
Tablo 26. Durumluk Kaygı, Sürekli Kaygı Puanlarının Kronik Hastalık Varlığına Göre Farklılaşma Durumu.....	70
Tablo 27. Durumluk Kaygı, Sürekli Kaygı Puanlarının Kullanılan İlaç Varlığına Göre Farklılaşma Durumu.....	70
Tablo 28. Durumluk Kaygı, Sürekli Kaygı Puanlarının Sigara Kullanma Durumuna Göre Farklılaşma Durumu.....	71
Tablo 29. Durumluk Kaygı, Sürekli Kaygı Puanlarının Alkol Kullanma Durumuna Göre Farklılaşma Durumu.....	71
Tablo 30. Durumluk Kaygı, Sürekli Kaygı Puanlarının Adet Döngüsüne Göre Farklılaşma Durumu.....	71
Tablo 31. Durumluk Kaygı, Sürekli Kaygı Puanlarının Adet Süresine Göre Farklılaşma Durumu.....	72
Tablo 32. Durumluk Kaygı, Sürekli Kaygı Puanlarının Adetin Düzenli Olma Durumuna Göre Farklılaşma Durumu	72
Tablo 33. Durumluk Kaygı, Sürekli Kaygı Puanlarının Bki Değerine Göre Farklılaşma Durumu.....	73
Tablo 34. Durumluk Kaygı, Sürekli Kaygı Puanlarının Cinsel İlişki Sıklığına Göre Farklılaşma Durumu.....	74
Tablo 35. Durumluk Kaygı, Sürekli Kaygı Puanlarının Çalışma Durumuna Göre Farklılaşma Durumu.....	74

ÖNSÖZ

“Covid-19 Pandemi Sürecinde Kadınlarda Durumluk Ve Sürekli Kaygı İle Cinsel Fonksiyonlar Arasındaki İlişki” adlı tez çalışmamda İstanbul metropolünde yaşayan 20-55 yaş aralığında, aktif cinsel hayatı bulunan kadınlara ulaştım. Kadınların cinsel sorunları paylaşmakta ve çözüme ulaşmada yaşadıkları sorunları da gözlemleme, analiz etme ve yeniden yorumlama şansı elde ettim. Edindiğim veriler karışısında konunun hassasiyeti bir kez daha beni etkiledi. Çalışmamda açığa çıkan verilerden biri de, eğitim seviyesindeki yükseliş ile cinsel fonksiyonlardaki yükselişin doğru orantılı olmasıydı. Bu ve daha nice veri kadınlarla ilgili cinsellik alanında farklı bakış açıları elde etmemi sağladı. Bu durum ileride yapmak istediğim yeni proje, makale ve çalışmaların da temelini oluşturacağı inancındayım. Bilime; ülkemizde yaşayan bir kadın olarak, kadın gözü ile, cesaretle, katkı olmaktan gurur duyuyorum.

Ülkemizde zaman zaman göz ardı edilen böylesi müstesna bir konuyu gündeme gettirmeme olanak sağlayan, geliştirilmesinde cesaretlendiren ve tüm süreçlerimde desteğini esirgemeyen değerli hocam Dr. Öğr. Üyesi Fatih Bal’ a teşekkür ederim. Tez çalışmam süresince ve hayatımın her alanında yanımda olan, sevgili annem Nazmiye DEMİR’e ve canım oğlum Doruk Göktürk’e sonsuz teşekkür ederim. Hayatımda en büyük şanslarım olan, destekçim, yoldaşım dostlarıma teşekkürü borç bilirim.

MERYEM DEMİR

GİRİŞ

Cinsellik, kadın yaşamının önemli bir parçasıdır ve ruh sağlığından en önemli sorumlulardan biridir. Kişilerarası iletişimi sürdürmede büyük etkisi vardır ve insan refahını belirler. Tatmin edici bir cinsel yaşamın faydaları arasında zevk almak, cinsel gerilimi azaltmak ve duygusal yakınlığı ifade etmek sayılabilir. İnsan cinselliği, anatomi, hormonlar ve duygular gibi birçok iç ve dış faktör tarafından kontrol edilir (Meston ve ark., 2019; Ventriglio ve Bhugra, 2019).

Kadın cinselliği üzerine modern araştırmalar, 1950'lerde Alfred Kinsey'in çığır açan çalışmasıyla başladı (Kinsey, Pomeroy, Martin ve Gebhard, 1953). O zamandan beri, kadın cinselliğinin farklı yönleri, kadın cinsel işlev bozukluklarının yaygınlığı ve bunların arkasındaki mekanizmalar hakkında çok sayıda çalışma yayınlanmıştır. Genel olarak, kadın cinsel işlev bozukluklarının bildirilen yaygınlık oranları yüksektir ve oranlardaki farklılıklar büyük olsa bile (Hayes, Bennett, Fairley ve Dennerstein, 2006), cinsel işlev bozuklukları erkeklere göre kadınlarda daha sık rapor edilmektedir.

Kadın cinsel işlev bozuklukları doğası gereği karmaşıktır ve bunların arkasındaki mekanizmalar büyük ölçüde bilinmemektedir. Cinsellik, yakın ilişkilerin doğal bir parçasıdır ve bu nedenle cinsel işlev bozuklukları karşılıklı olarak ilişki faktörlerine ve partnere bağlıdır. Şimdiye kadar, genetik ve çevresel faktörlerin kadın cinsel işlevleri üzerindeki etkileri arasındaki dengeye sınırlı bir şekilde odaklanılmıştır. Yine de, kadın cinsel işlevlerini etkileyen faktörlerin genetik ve çevresel olarak bölünmesi, genler ve çevre arasındaki etkileşimler ve korelasyonlar olasılığı nedeniyle karmaşıktır. Ek olarak, kadın cinsel işlev bozukluklarının kavramsallaştırılması biraz belirsizdir ve cinsel işlevdeki varyasyonların işlev bozukluğu olarak etiketlenmesi de eleştirilmiştir (Bancroft, Loftus ve Long, 2003; Graham ve Bancroft, 2006).

Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre; cinsel sağlık kişilik, iletişim ve aşkı arttıran yollarla cinsel varoluşun bedensel, duygusal, entellektüel ve sosyal yönlerinin bütünleşmesidir. Herhangi bir nedenle cinsel sağlıkta meydana gelen bir sorun kadının cinsel yaşamını, evlilik ilişkisini ve yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Yaşanan sorunlar, kadının kendine olan güvenini, kişiler arası ilişkilerini, emosyonel, entellektüel

ve sosyokültürel yönlerini de olumsuz etkilemektedir (Kütmeç, 2009). Kadın cinsel fonksiyon bozukluğu; biyolojik, psikolojik ve kişiler arası etkileşimleri olan çok nedenli ve çok boyutlu bir problemdir (Phillips 2000; Rosen ve ark. 2000; Öksüz ve Malhan 2006).

Daha önce bilinmeyen veya hafife alınan bulaşıcı hastalıklar, özellikle çok hızlı yayılanlar, insan ruhunu etkileyebilir. Dünya Sağlık Örgütü tarafından pandemi olarak ilan edilen Coronavirüs hastalığı (COVID-19), son zamanlarda insanların yaşam tarzına hakim oldu. Günlük yaşamın izolasyonu ve monotonluğu, zamanın önemli ölçüde farklı şekilde akmasına neden olmaktadır. Ayrıca, eşlik eden stres ve kaygı, ruh hali değişimlerine ve depresyona veya cinsel isteğin azalmasına neden olabilir. Ancak, uzaktan çalışma nedeniyle, birçok çift normalden daha fazla birlikte vakit geçiriyor. Bu nedenle, COVID-19'un etkisi cinsel sağlıkla ilgili görünmektedir. Liu ve ark. 2010 yılında Asya'da meydana gelen büyük depremden sonra kadınların üreme sağlığını inceledi. Büyük bir felaketin yaygın cinsel işlev bozukluğuna ve cinsel yaşamdan daha düşük memnuniyete yol açtığı ortaya çıktı.

Kaygı, tehditler karşısında huzursuzluk ve gerginlik duygularıyla ilişkili bir duygudur. Bu tür tehditler dış veya iç tehditler olabilir. Duygusal bir durum olarak tanımlanır. Bu durumda, algılanan tehlikeli bir durumla veya iç tehditle karşı karşıya kalındığında hem fiziksel hem de psikolojik belirtilerin yanı sıra endişe ve korku da görülür.

Anksiyete cinsel doyumunu engelleyebilir ve cinsel işlev bozukluğunun oluşmasında temel etkenlerden biridir. Cinsel işlev bozukluğu da kaygıya neden olabilir. Anksiyete genellikle orgazma ve cinsel ilişkiden zevk alamamaya yol açar. Bu noktada kaygının cinsel sorunlardan mı kaynaklandığı yoksa günlük hayatta karşılaşılan olay ve durumlarla mı ilgili olduğu kontrol edilmelidir (İncesu, 1998). Cinsel sorunlarla ilgili kaygı varsa ayrıntılı olarak açıklanmalıdır.

Cinsel işlev ve davranış bozuklukları, kişisel cinsel tatmin ve kaygı düzeylerini etkiler. Bu tez, cinsel fonksiyon bozuklukları ile kaygı düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemektedir.

BİRİNCİ BÖLÜM

1.1. Araştırmanın Problemi

Pandemi sürecinde kadınlarda durumluk ve sürekli kaygı ile cinsel fonksiyonlar arasındaki ilişkinin incelenmesi bu çalışmanın problemini oluşturmaktadır. Kadınlarda pandemi sürecinde durumluk ve sürekli kaygı ile cinsel fonksiyonlar arasında ilişki var mıdır?

1.2. Araştırmanın Alt Problemleri

- Durumluk ve sürekli kaygının cinsel fonksiyonlar üzerine etkisi var mıdır?
- Yaşa göre cinsel fonksiyon bozukluğu anlamlı farklılık göstermekte midir?
- Medeni duruma göre cinsel fonksiyon bozukluğu anlamlı farklılık göstermekte midir?
- Gelir düzeyine göre cinsel fonksiyon bozukluğu anlamlı farklılık göstermekte midir?
- Kronik hastalık varlığına göre cinsel fonksiyon bozukluğu anlamlı farklılık göstermekte midir?
- Kullanılan ilaç varlığına göre cinsel fonksiyon bozukluğu anlamlı farklılık göstermekte midir?
- Sigara kullanma durumuna göre cinsel fonksiyon bozukluğu anlamlı farklılık göstermekte midir?
- Alkol kullanma durumuna göre cinsel fonksiyon bozukluğu anlamlı farklılık göstermekte midir?

- Adet döngüsüne göre cinsel fonksiyon bozukluğu anlamlı farklılık göstermekte midir?
- Adet süresine göre cinsel fonksiyon bozukluğu anlamlı farklılık göstermekte midir?
- Adetin düzenli olma durumuna göre cinsel fonksiyon bozukluğu anlamlı farklılık göstermekte midir?
- BKİ değerine göre cinsel fonksiyon bozukluğu anlamlı farklılık göstermekte midir?
- Cinsel ilişki sıklığına göre cinsel fonksiyon bozukluğu anlamlı farklılık göstermekte midir?
- Çalışma durumuna göre cinsel fonksiyon bozukluğu anlamlı farklılık göstermekte midir?
- Yaşa göre durumluk ve sürekli kaygı anlamlı farklılık göstermekte midir?
- Medeni duruma göre durumluk ve sürekli kaygı anlamlı farklılık göstermekte midir?
- Gelir düzeyine göre durumluk ve sürekli kaygı anlamlı farklılık göstermekte midir?
- Kronik hastalık varlığına göre durumluk ve sürekli kaygı anlamlı farklılık göstermekte midir?
- Kullanılan ilaç varlığına göre durumluk ve sürekli kaygı anlamlı farklılık göstermekte midir?
- Sigara kullanma durumuna göre durumluk ve sürekli kaygı anlamlı farklılık göstermekte midir?

- Alkol kullanma durumuna göre durumluk ve sürekli kaygı anlamlı farklılık göstermekte midir?
- Adet döngüsüne göre durumluk ve sürekli kaygı anlamlı farklılık göstermekte midir?
- Adet süresine göre durumluk ve sürekli kaygı anlamlı farklılık göstermekte midir?
- Adetin düzenli olma durumuna göre durumluk ve sürekli kaygı anlamlı farklılık göstermekte midir?
- BKİ değerine göre durumluk ve sürekli kaygı anlamlı farklılık göstermekte midir?
- Cinsel ilişki sıklığına göre durumluk ve sürekli kaygı anlamlı farklılık göstermekte midir?
- Çalışma durumuna göre durumluk ve sürekli kaygı anlamlı farklılık göstermekte midir?

1.3. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma Covid-19 Pandemi sürecinde durumluk ve sürekli kaygı ile cinsel fonksiyonlar arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmaktadır. Bununla beraber kadınların bireylerin sosyo-demografik özellikleri ile çalışma değişkenleri olan durumluk, sürekli kaygı ve cinsel fonksiyonlar arasındaki ilişkin incelenmesi de amaçlanmaktadır.

1.4. Araştırmanın Önemi

COVID-19 salgını dünyadaki yaşam biçimini tamamen değiştirdi. Pandemi durumu insanları evde kalmaya zorluyor ve ilişkileri ve ortaklıkları temelden değiştiriyor. İnsanların zihinleri ve bedenleri yeni sürece uyum sağlamadan önce, bu değişiklikler kısa sürede insanları da etkiler. Dünya hastalık ve ölüm görüntülerine

maruz kalmaya devam ederken, herkesin duygusal durumu da olumsuz etkileniyor. Literatürde, genel nüfusun pandemiye karşı psikososyal tepkisini araştıran çeşitli çalışmalar, psikolojik tepkilerin başlıca kaygı, korku, depresyon, öfke, suçluluk, acı ve kayıp ve travma sonrası olduğuna dikkat çekmiştir (Grabovac ve ark., 2019; Li ve ark., 2020). Bununla birlikte, günlük yaşamdaki değişiklikler, herkesin özgürlük ve bağımsızlığının kısıtlanması, evden çalışma, sosyal mesafe, evde çocuk sahibi olma, enfeksiyon korkusu ve başkalarıyla görüşememe çoğu insanın cinsel alışkanlıklarını da değiştiriyor. Psikolojik, sosyal ve biyolojik değişkenlerin etkileşimi ile oluşan cinsel davranışlar ve fonksiyonlar bu süreçten olumsuz etkilenir.

Cinsel yaşam genel sağlığın önemli bir parçasıdır. Cinsel işlev bozukluğu son yıllarda önemli bir sağlık sorunu olarak kabul edilmiş ve giderek artmıştır. Pek çok hasta, utanma ya da çekinme gibi nedenlerle cinsel sorunlarını doktorlarla paylaşmamaktadır. Bu nedenle tanı ve tedavide cinsel işlev bozukluklarının hastalara sorulması önemlidir.

Cinsellik, insanoğlunun en temel içgüdülerinden biridir. Hemen hemen herkes cinsel aktiviteyi arzu eder ve birçok insan sıklıkla cinsel aktivite hakkında hayal kurar. Çoğu insan; eşi, arkadaşı veya sevgilisi veya diğer kişilerle düzenli cinsel ilişkiye girer. Genellikle düzenli cinsel aktivite; seks, ilişki sırasında uyanma ve orgazma ulaşmayı içeren bir döngüyü ifade eder. Cinsel istek ve cinsel ilişki, insanın doğal ve normal aktiviteleridir. Ancak bu normal cinsel döngü sırasında sorunlar ortaya çıkabilir. Cinsel işlev bozukluğu, düzenli cinsel aktivite sırasında ortaya çıkan sorunları ifade eder. Cinsel işlev bozukluğu genellikle cinsel istek, uyarılma veya orgazm ile ilgili sorunları ve ilişki sırasında ağrıyı ifade eder. Cinsel işlev bozukluğu çok fazla ağrıya neden oluyorsa ve cinsel işleve veya kişilerarası işleve müdahale ediyorsa, cinsel işlev bozukluğu bir sorun olarak kabul edilir. Cinsel işlev bozukluğu yaşam boyu veya yeni olabilir ve hafif, orta veya şiddetli şiddette gözlenir (Amerikan Psikiyatri Birliği/APA, 2013).

1.5. Araştırmanın Sayıtları

Araştırmanın sayıtları;

- Araştırmaya katılacak kadınların soruları içtenlikle cevaplayacakları varsayılmaktadır.

- Araştırmamızın evrenini İstanbul ilindeki 20-55 yaş arasında İstanbul'da yaşayan kadınlardan meydana gelmektedir.
- Araştırmamızın ölçekleri kişisel bilgi formu, bölümünde kadın cinsel fonksiyon indeksi, durumluk ve sürekli kaygı ölçeği ile ilgili değişkenler geçerli ve güvenilir olarak ölçmektedir.

1.6. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın sınırlılıkları;

- Bu araştırmanın evreni ve örneklemi İstanbul ilindeki 20-55 yaş arasındaki kadınlar ile sınırlıdır.
- Bu çalışma, kişisel bilgi formu, bölümünde kadın cinsel fonksiyon indeksi, durumluk ve sürekli kaygı ölçeklerinden elde ettiği veriler ile sınırlıdır.
- Bu çalışma yerli ve yabancı olarak ulaşılabilen kaynaklar ile sınırlıdır.

İKİNCİ BÖLÜM

KURAMSAL ÇERÇEVE VE İLGİLİ LİTERATÜR

2.1. Cinsel Fonksiyonlar

2.1.1. Cinsellik Kavramı

Cinsellik, insan yaşamının temel gereksinimlerinden olup, fizyolojik, psikolojik, sosyal, kültürel, ekonomik gibi çeşitli faktörden etkilenebilen çok boyutlu bir kavramdır(Bozdemir ve Özcan, 2011). Cinselliğin olumlu algılanması ve yaşanması bireye mutluluk verirken; olumsuz algılanması ise bireyde acı, hüznün gibi duyguların yaşanmasına neden olabilir (Karakoyunlu ve Öncel, 2009). Sağlıklı birey, sağlıklı ilişkiler, sağlıklı evlilikler ve sağlıklı bir toplum için bireylerin öncelikle kendi bedenlerini tanıması, cinselliklerini fark etmesi ve ortaya çıkabilecek sorunlarda sağlık bakım profesyonellerine danışmaları önemlidir (Yüksel ve Cindoğlu, 2007).

Cinsellik, bireyin doğuştan sahip olduğu cinsel özellikleri, cinsel ilişkiyi, cinsiyeti, cinsiyet kimliğini ve rollerini, yönelimini, pornografisini, hazzını ve üremesini içeren çok kapsamlı bir kavramdır ve ilk kez 19. yüzyılın başlarında ortaya çıkmıştır (Foucault, 2003; Keçe, 2018).

Cinsellik sadece biyolojik faktörlerden etkilenmez, psikolojik, ekonomik, sosyal, politik, kültürel, dini, manevi değer ve inançlardan, yasal haklardan ve diğer faktörlerden etkilenen karmaşık bir kavramdır (WHO, 2006). Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO, 2010) tanımına göre seks, fiziksel, duygusal, entelektüel ve sosyal yönlerin birleşimi, kişiliği zenginleştiren, iletişim ve sevgidir. Herkesin cinsel bilgi edinme ve zevk veya üreme amaçlı cinsel ilişkide bulunma hakkı vardır. Cinsel bir kişi olarak kişi sadece fiziksel değil; duygusal, entelektüel ve sosyal bütünlüğü sağlayan, kişilik gelişimini, iletişimi ve sevginin paylaşımını olumlu yönde zenginleştiren ve teşvik eden bir sağlık durumudur(WHO, 2010).

2.1.2. Psikolojik Olarak Cinsellik

Psikolojik cinsel istek, cinsel arzunun boyutlarından biridir. Birey ve bireyin cinsel davranışı yaşarken hissettiği duygular (kaygı, zevk vb.), tutumlar, duygular ve

bilişsel planlar tarafından kodlanır. Cinsel psikoloji açısından sağlıklı bir beden, sağlıklı cinsel davranışın temelidir. Cinsel doyumun kimlerle, nasıl ve nerede elde edileceği, tutumlar, bilişsel şemalar, geçmiş yaşam deneyimleri, kişilik özellikleri, travmatik deneyimler vb. insanı etkileyecektir(Özmen, 1999).

Bireyin cinsel yaşamının sağlıklı olup olmamasına bağlı olarak etkilenen psikoloji, içinde yaşadığı toplumu da etkileyecektir. Öte yandan bireyin aile ortamı, büyüme ortamı, sosyal yapısı, gelenekleri, dini inançları, ahlakı vb. cinsel tutum ve davranışlarını etkileyerek bireyin cinsel psikolojik boyutunu şekillendirecektir. Özellikle Müslüman ülkelerde iffet ve namus muhafazakarlığı kadın vajinismusunun oluşmasına zemin hazırlamıştır (Özmen, 1999).

2.1.3. Kadında Cinsel Yanıt Döngüsü

İnsan cinsel işlevinin doğasını tanımlamak ve formüle etmek için önemli araştırmalar yapılmıştır. Başlangıçta, cinsel tepki döngüsünün formülasyonu yalnızca erkeklerde tanımlandı ve her iki cinsiyete de uygulandı (Tierney, 2008). 1960'ların sonlarında, Masters ve Johnson (1966), doğrusal bir şekilde deneyimlenen aşamalardan oluşan insan cinsel tepki döngüsünün bir formülasyonunu sağladı ve sıralamayı heyecan, plato, orgazm ve çözülme olarak belirtti. Kaplan (1979) bu lineer formülasyonu sürdürmüş ve onu heyecan ve orgazmın izlediği üç aşamalı bir modelin ilk aşaması olarak arzuyu dahil ederek genişletmiştir. Zilbergeld ve Ellison (1980), tepki döngüsünün son aşaması olarak cinsel karşılaşmanın bilişsel değerlendirmesini eklemiştir. Amerikan Ürolojik Hastalıklar Kurumuna göre (1998) ise cinsel yanıt döngüsü; cinsel istek, uyarılma, orgazm ve çözülme evreleri olarak kabul edilmektedir (Basson ve ark. 2000). Basson (2005), erkeklerde ve kadınlarda cinsel tepki döngülerinin farklı olduğunu savunmaktadır ve kadın cinsel tepkisini doğrusal değil dairesel olarak tanımlamıştır. Tanımlanan kadın cinsel tepkisinin aşamaları, arzu, uyarılma ve tatmini (orgazm olsun veya olmasın) içerir.

2.1.3.1. Cinsel İstek Fazı

Cinsel yanıt döngüsünün ilk basamağıdır. Cinsel aktivite ve cinsel fantezi için istek duyma ile karakterizedir. Bu faz, kadını cinsel uyarılma ve heyecanlanmaya hazırlar. Kadının arzuladığı kişiyi düşünmesi, onunla ilgili fanteziler kurmasını içerir.

Birkaç dakika ile saatler arasında değişebilmekte, çok düşük seviyelerden yüksek derecelere kadar geniş bir aralıkta olabilmektedir. Cinsel aktiviteyle ilişkili tüm düşünceleri ve hayalleri içeren istek fazı, herhangi bir psikolojik ya da fizyolojik uyarı ile ortaya çıkabilir (Yadav ve ark. 2001; Lewis ve ark. 2006).

Cinsel istek, bireyin kişilik özelliklerine, cinsel partnerine, geçmiş deneyimlerine, çevreye ve psikolojik durumuna bağlı olarak etkilenebilmektedir. Bireyin flört sırasında saçıyla oynama veya kaçamak bakışlar gibi davranışlarıyla cinselliği arzuladığını ifade etmesi; iki birey arasında iletişimi güçlendirebilmektedir (Yadav ve ark. 2001; Lewis ve ark. 2006; Akhan 2009).

2.1.3.2. Cinsel Uyarılma Fazı

Uyarılma kavramı genellikle öznel uyarılma ve fizyolojik uyarılmanın toplamı olarak anlaşılır (Janssen , Everaerd, Spiering ve Janssen, 2000). Fizyolojik değişikliklerin en belirgin olduğu dönemdir. Uzunluğu, şiddeti ve durdurulması bireye göre değişkendir (Işıloğlu, 2012). Vazokonjesyon ile karakterize olan bu faz, cinsel uyarıcı algılandıktan sonra 10- 30 saniye içinde başlar. Parasempatik sistem ile aktif, sempatik sistem ile inhibe edilir. Vasküler ve nöromuskuler sistem koordinasyonu ile refleksler vajinal ve klitoral sinir uyarısı yaparak klitoris, labia ve vajinada genişlemeye neden olurlar (Lewis ve ark. 2006; Bilgin, 2009).

Vazokonjesyona bağlı göğüs uçları 1cm kadar büyür, göğüs hacmi artar, labia majörler yukarı ve dışa doğru büyür ve labia minörlerin boyları erekte olarak 2-3 kat artar. Vajinanın 1/3'lük alt kısmının daralması, vajenin iç çapının % 40 azalmasına ve birleşme sırasında penisin iyi bir şekilde kavranmasına yol açar. Vajinanın 2/3'lük üst kısmı yükselir; yukarıya doğru çadırlaşır, uterusun hacmi artar, klitorisin boyu ve duyarlılığı artar (Yadav ve ark. 2001; Akhan, 2009). Taşikardi, kan basıncında artma, hızlı nefes alma, ateş basması, kas gerginliği ve deride renklenme de gözlenmektedir (Işıloğlu, 2012).

2.1.3.3. Plato evresi

Cinsel uyarılmanın ilerlemesiyle plato evresi oluşmaktadır. Bu evrede klitoris, klitoral başlığın altına çekilir, vajinanın üçte ikisi genişler ve çadır görünümünü alır.

Vajinanın tamamının kanlanmasıyla vajina orgazmik platform şeklini alır. Bu evrede memelerde de belirgin büyüme ve meme uçlarında erektil bir hal gözlenmektedir (Carroll, 2012). Plato fazı yalnızca birkaç dakika sürmesine rağmen bireylerin isteyerek uzattıkları plato fazından sonra daha yoğun orgazm yaşandığı bildirilmiştir. Aynı zamanda her plato fazıda orgazm evresi ile sonuçlanmayabilmektedir (Greenberg ve ark., 2011).

2.1.3.4. Orgazm Fazı

Orgazm Psikolojik olarak, cinsel bir zirvenin öznel algısı olarak tanımlanır. Fizyolojik olarak, tırmanan cinsel heyecanın serbest bırakılması olarak tanımlanır. Orgazmın, cinsel uyarılara tepki olarak ve kas kasılmaları yoluyla salınan vazokonjesyon sonucu meydana geldiği düşünülmüştür (Munarriz ve arkadaşları, 2002).

Vajina, anal sfinkter ve uterusun çevresindeki kaslar ritmik olarak kasılır. Kalp atışında, kan basıncında ve solunum sayısında artış zirveye ulaşır (Lewis ve ark. 2006). Yüz kasılmaları dahil olmak üzere kalça, karın ve boyun kas gruplarında istemsiz kasılmalar yaygındır (Atasü, 2001; Alexandar, 2010). Kadın aynı ilişki sırasında veya peşi sıra tekrarlayan ilişkilerde birden çok orgazm olabilir (Mah ve Binik, 2001).

2.1.3.5. Çözülme Fazı

Tüm genital ve ekstra genital değişikliklerin uyarı fazı öncesine dönüştüğü, uzunluğu en çok değişen fazdır. Genital organlardan kanın çekilmesi ve cinsel gerilimin aniden boşalması ile gerçekleşir, bütün vücudu dinlenme konumuna getirir. Uyarılma sırasında oluşan fizyolojik değişiklikler eski halini alır ve gerçekleşen gevşeme ve rahatlama ile bireyde mutluluk hissi oluşur (Alexander ve ark. 2010; Işıoğlu, 2012).

Çözülme (rezolüsyon) evresinde cinsel uyarılmayla ortaya çıkan tüm değişiklikler normal haline dönmektedir. Kadında tüm kaslar gevşemeye başlar, klitoris klitoral başlığın altına geri döner. Uterus, vajina ve labial yapılar cinsel uyarılmadan önceki rengine ve pozisyonuna geri döner. Vücutta kan basıncı, solunum ve kalp hızı normale döner, kas gerginliği azalır (Greenberg ve ark., 2011). Memeler, genellikle 5-10 dakika içerisinde normal boyutlarına geri dönmektedir.

Kadınlar, orgazmdan sonra tekrar cinsel uyarı ile karşılaştıklarında birden fazla orgazm yaşayabilirler; multiorgazmiklerdir. Bu nedenle, kadınlar çözülme fazında cinsel açıdan aktifken, erkekler inaktiftir (Yüksel ve Cindoğlu, 2007).

2.1.4. Kadın Cinsel İşlev Bozuklukları

Cinsel işlev, genellikle cinsel bir partnerle etkileşim bağlamında, cinsel zevk verme ve alma süreci olarak tanımlanabilir (Byers ve Rehman, 2014). Fantezi, sarılma, dokunma, öpüşme, mastürbasyon, oral genital stimülasyon ve cinsel ilişki gibi cinsel aktivitenin çeşitli yönlerini içerebilir (Rissel ve diğerleri, 2014; Tierney, 2008).

Kadın cinsel fonksiyon bozuklukları, biyolojik, psikolojik ve sosyal vb. nedenlere bağlı oluşabilen çok boyutlu bir sağlık sorunudur. Kadınların %50'ye yakını ilgilendiren bu alan yaşam kalitesini düşürmekle birlikte çok boyutlu etkileri olan bir sorundur. Alan dizin çalışmalarında her üç kadından birinde cinsel işlev bozukluğu bulunduğu belirtilmektedir (Demirezen, 2006). Cinsel yanıt döngünün herhangi bir aşamasında ya da birkaç aşamasında oluşabilen sorunlar, kadının kendine olan güvenini, kişiler arası ilişkilerini, evlilik ilişkisini, ruh sağlığını ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilmektedir (Kingsberg ve Althof, 2009). Bu olumsuzluklar yaşam boyu süren ya da sonradan edinilmiş tarzda, genelleşmiş ya da durumsal olabilir (Heman, 2002; Dişsiz, 2012).

Kadın cinsel işlev bozuklukları kadınlar için son derece rahatsız edici, psikolojik etkileri bulunan, duygusal strese, eş ile sorunlara hatta boşanmalara yol açabilen bir sorundur. Kadının kendine olan güveni ve eşinin kadına olan güveni azalmakla birlikte sosyal yönden gelen baskılar kadınlar için yaşamı zorlaştıran etmenler olarak görülebilir (Armağan ve Ergün, 2011).

Cinsel işlev bozuklukları ile ilgili ilk kuramsal çalışmalar Sigmund Freud ile başlamıştır. Freud geliştirdiği psikanalitik kuramda cinsel işlevlerde oluşan bozuklukları erken dönem çocukluk çağı deneyimleri ve ödipal karmaşaya bağlamıştır. Kurama göre erkek çocuk annesine, kız çocuk ise babasına ilgi duymakta ve onu kazanmak için hemcinsi olan ebeveyni ile çatışma ve yarış halindedir. Freud çözümlenmemiş ve ebeveyn ile özdeşim kurulmadan geçilen bir ödipal dönemin ilerleyen yıllarda bilinçaltı çatışmalara, ikili ilişkilerde sorunlar çıkaracağına ve cinsellikte yansımalarının olacağını

belirtmiştir (Çeri ve ark., 2008). Davranışçı terapilerin ortaya çıktığı 20.yüzyılın ortalarından itibaren cinsel işlev bozuklukları davranışçı yaklaşımla, ilerleyen süreçlerde bilişsel davranışçı ekol ile ve günümüze yakın tarihlerde cinsel terapiler ile çözümlenmeye çalışılan bozukluklardır.

Cinsel işlev bozukluğu, cinsel tepki döngüsünün bir veya daha fazla aşamasında (arzu, uyarılma ve orgazm) ve ayrıca cinsel aktivite sırasında önemli düzeyde kişisel sıkıntı veya sakatlıkla sonuçlanan ağrı deneyimi olarak tanımlanır (American Psychiatric Association, 2013; Dünya Sağlık Örgütü, 2004). Bozulmuş veya azalmış cinsel işlevsellik için terminoloji etrafındaki tartışmalar, cinsellik literatüründe öne çıkmaktadır. Cinsel işlev bozukluğu terimi, cinselliği tıbbi hale getirmesi ve “normal” bir cinsel standardın var olduğu anlamına gelmesi nedeniyle eleştirilmiştir (Tiefer, 2010). Sonuç olarak, cinsellik araştırmaları bölünmüştür; bazı çalışmalar "cinsel sorunları" kullanırken, diğerleri ilgi yapısı olarak "cinsel işlev bozukluğunu" kullanır. “Cinsel sorun” terimi, tipik olarak, bireyin rahatsız olduğu veya mutsuz olduğu cinsel bir olayı belirtmek için kullanılmıştır (Laumann ve diğerleri, 2005). Sıkıntı düzeyi ve işlevsellik üzerindeki etki, cinsel şikayet ile işlev bozukluğunu ayırt etmede çok önemlidir (American Psychiatric Association, 2013). Ruhsal Bozukluklar için Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı, Beşinci Baskı – DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), üç cinsel işlev bozukluğu tanımlar: Kadın Cinsel Uyarılma Bozukluğu, Kadın Orgazm Bozukluğu ve Genitopelvik Ağrı/Penetrasyon Bozukluğu. DSM-5, kadınlara birden fazla bozukluk tanısı konması yaygın olduğundan, cinsel işlev bozuklukları arasında var olan önemli komorbiditeleri kabul etmektedir (American Psychiatric Association, 2013).

Tablo 1. DSM-5'te kadın cinsel işlev bozukluklarının belirtileri (American Psychiatric Association, 2013)

Düzensizlik	Belirtiler
Kadın cinsel İlgi / Uyarılma Bozukluğu*	Aşağıdaki özelliklerden en az üçünün olmaması veya önemli ölçüde azalması: <ul style="list-style-type: none">• Cinsel aktiviteye ilgi,• Erotik düşünceler ve fanteziler, <hr/> <ul style="list-style-type: none">• Cinsel aktivitenin başlaması,• Partnerin cinsel aktiviteye başlamasına tepki gösterme,• Cinsel aktivite sırasında cinsel heyecan ve zevk,• İç/dış erotik ipuçlarına ilgi veya uyarılma,• Cinsel aktivite sırasında genital ve genital olmayan duyular

Female Orgasmic Disorder*	Yeterli stimülasyon bağlamında orgazm gecikmesi, sıklığı veya yokluğu veya orgazm duyumlarında belirgin azalma
Genito-pelvic Pain/Penetration Disorder*	Pelvik taban kaslarında ağrı veya gerginlik yaşanması veya ağrı veya vajinal penetrasyon korkusu nedeniyle cinsel ilişkiye girme zorluğu

*Tanıyı garantilemek için semptomlara ek olarak önemli sıkıntıların mevcut olması gerekir.

Bilim adamları arasında cinsel işlev sorunlarının dünya çapında yaygın olduğu konusunda bir fikir birliği vardır (Fugl-Meyer ve Fugl-Meyer, 2006; Kang, Laumann, Glasser ve Paik, 2006; Paik ve Laumann, 2006). Yetişkin kadınlarda cinsel işlev sorunları için sıklıkla bildirilen yaklaşık yaygınlık oranı %40'tır (Abdo, Oliveira, Moreira ve Fittipaldi, 2004; Kadri, Alami ve Tahiri, 2002; Nobre, Pinto-Gouveia ve Gomes, 2006) ve orgazm sorunları (Ponholzer, Roehlich, Racz, Temml ve Madersbacher, 2005; Shokrollahi, Mirmohamadi, Mehrabi ve Babaei, 1999) cinsel işlev sorunlarının en yaygın türleridir. Ayrıca komorbidite sıklıkla bildirilmektedir (Johnson, Phelps ve Cottler, 2004; King, Holt ve Nazareth, 2007). Phillips (2000) ise normal popülasyonda kadın cinsel işlev bozukluğu görülme sıklığının %20-50 arasında değiştiğini rapor etmiştir.

Ülkemizde cinsel eğitimin az olması, cinsel deneyim bulunmaması, cinsellik ile ilgili tekniklerin bilinmemesi, cinsel mitlerin yaygın olması gibi nedenlerle orgazm, vajinismus gibi cinsel işlev bozuklukları sıklıkla görülmektedir (Yetkin ve İncesu, 1999). Demirezen ve arkadaşları (2006) yaptıkları çalışmada 40 yaş altı olan 123 kadında cinsel işlev bozukluğu sıklığının %67,5 olduğunu belirtmiş ve bu durumun yaş, eğitim, ekonomik durum ile anlamlı ilişkisi olduğunu göstermiştir. Çayan ve arkadaşları (2004) ise cinsel işlev bozukluklarının yaş ilerledikçe arttığını ve kadınlarda istek problemlerinin %60, uyarılma problemlerinin %43, lubrikasyon problemlerinin %38, orgazm problemlerinin %46, memnuniyetsizliğin %38 ve disparenoninin %37 civarında olduğunu belirtmiştir.

Bancroft ve arkadaşlarının (2003) sonuçlarında belirtildiği gibi, cinsel sıkıntının ortaya çıkması, partnerle olan ilişkinin kalitesi ile yakından bağlantılıdır. Cinsel sıkıntı deneyimi için duygusal ve ilişki faktörlerinin önemine dair kanıtlar çeşitli çalışmalarda bulunmuştur. King araştırmasında (2007), kadınlar cinsel sorunlarını en çok duygusal ve ilişki zorluklarına bağlamaktadırlar. Hayes ve arkadaşları (2008), cinsel sıkıntının kişinin partneriyle olan zayıf iletişiminden kaynaklandığını bulmuştur.

İnsanların cinsel ilişki sıklıkları birbirinden farklıdır ve bu farklılıkları belirleyen birçok faktör mevcuttur. Kadının menstrual siklusuna bağlı olarak değişen hormon düzeyleri ve özellikle gebeliğin son dönemi cinsel ilişki sıklığını etkileyebilir; ancak kadınlarda bu açıdan da farklılıklar vardır. Bazılarının ovulasyon sırasında, bazılarının da mens kanamalarının hemen ardından, cinsel istekleri en üst düzeye ulaşabilir (Bilen ve Topçuoğlu, 2008).

2.1.5. Kadın Cinsel İşlev Bozukluklarının Nedenleri

2.5.1. Vaskülojenik Nedenler

Pelvik bölgeye kan akımının azalması; vajinal duvar ve klitoral düz kasların incelmeye ve vajinal kuruluğa neden olmaktadır. Bunlara bağlı olarak da dispareni ve cinsel isteksizlik gelişebilmektedir. Genital kan akımının azalması sonucunda iliohipogastrik/ pudental arter yatağının aterosklerozuna bağlı klitoral ve vajinal vasküler yetmezlik sendromu riski görülebilmektedir (Lewis ve ark. 2006; Frank ve ark. 2008).

İleri yaş, sigara, hipertansiyon, menopozda östrojen seviyesinin düşmesi, diyabet, kalp hastalıkları, pudental arter yatağının pelvis fraktürü, künt travma, pelvik cerrahi, kronik perineal basınç başlıca vaskülojenik kaynaklı cinsel fonksiyon bozukluklarına neden olan faktörlerdir (Goldstein ve ark. 2006).

2.5.2. Pelvik Taban Kaslarına İlişkin Nedenler

Pelvik taban kasları, levator ani, bulbokavernosus ve iskiokavernosus kasları cinsel fonksiyona doğrudan katılan anatomik yapılardır. Levator ani kasları, orgazm ve vajinal penetrasyon sırasında motor yanıtı düzenlemektedir. Bu kasların hipotonik olması

kadında anorgazmiye, inkontinansa, vajinal hissin ve uyarılmanın azalmasına neden olur (DeUgarte ve ark. 2004). Literatürde, pelvik taban kaslarının genital uyarılma ve orgazmda aktif olduğu, pelvik taban disfonksiyonunun cinsel fonksiyon bozukluğu ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (Rosenbaum, 2007; Giuseppe ve ark. 2007; Lowenstein ve ark. 2010).

Pelvik taban kaslarının güçlü olması; vajinal lubrikasyonun, cinsel uyarılmanın ve orgazmın artmasında etkili olmaktadır (Goldstein ve ark. 2006). Cinsel ilişki sırasında güçlü levator ani kas kontraksiyonu ile partnerin penisinin daha iyi kavranması, cinsel ilişkide memnuniyeti arttırmakta iken kas hipotonisi ise ilişki sırasında gaz, idrar, dışkı kaçırmalara neden olarak cinsel fonksiyonu olumsuz etkilediği bulunmuştur (Rosenbaum, 2007). Bu olumsuzluklara bağlı olarak pelvik taban kaslarının güçlendirilmesi amaçlanmış ve bu konuda birçok çalışmalar yapılmıştır. Yapılan çalışmalarda pelvik taban kas gücünü arttıran pelvik taban egzersizlerinin kadınlarda cinsel fonksiyonu ve yaşam kalitesini arttırdığı bildirilmiştir. Cinsel ilişki sırasında, penis vajen içerisinde iken, kadının pelvik taban egzersizi yaparak pelvik taban kaslarını istemli kasma, çiftin uyum ve zevkini arttırmaktadır. Düzenli yapılan kegel egzersizleri, ilişkinin olgunlaşmasını ve yeniden yapılanmasını sağlayabilmektedir. Kegel egzersizleri sayesinde kadının hassaslaşan genital bölgesine kendi kilodunun değmesi de kadın için uyarıcı bir etken olabilmektedir. Psikoterapide de davranışçı tedavi içerisinde temel alınan kegel egzersizleri, ilişkideki dokunmak kadar önemli kılınmıştır (Bo ve ark. 2000; Shafik, 2000; Beji ve ark. 2003).

2.1.6. Kadın Cinsel İşlevine Etki eden Faktörler

Cinsel sağlık, kişinin bedensel ve psikolojik bozukluğunun olmaması, cinsel fonksiyon yönünden açık ve pozitif eğilimlerin farkında olması ve cinsellik hakkında doğru bilgi olarak tanımlanır. İnsan cinselliği, fiziksel görünüm, eğilim ve değerler, bilgi ve kalıtsal özellikler ile sosyal öğretilerden davranışlar gibi birçok faktörle ifade edilir (Aydın, 1998). Gebelik, doğum, menopoz, yaşlanma, sistemik ve fiziksel hastalıklar, gebelik tahliyesi, infertilite, cinsel mitler, üreme organlarına yönelik yapılan cerrahi girişimler, sosyokültürel ve sosyo-demografik özellikler kadınlarda fizyolojik, hormonal, yapısal ve psikolojik değişikliklere neden olarak kadın cinsel fonksiyonlarını olumsuz olarak etkileyebilmektedir (Çayan ve ark. 2004). Bu bölümde cinsel işlevler ile yaş, ilişki süresi, ilişki doyumu, eş uyumluluğu, gebelik, çocuk sayısı, psikolojik

sorunlar, ilaç kullanımı ve alkol kullanımı arasındaki ilişkiler araştırılmıştır.

2.1.6.1. Yaş

Cinsel işlev dinamiktir ve ilk cinsel ilişki, hamile kalma, çocuk sahibi olma ve eş bulunması gibi geçişlerle yaşam boyunca değişir. Yaş, nihayetinde menopoza gibi süreçlerle ve artan yaşla birlikte sağlığın azalmasıyla kadın cinsel işlevlerini etkiler (Wince, Bach ve Barlow, 2008). 26-40 yaş arası kadınların 18-25 yaş arası kadınlara göre biraz daha düşük cinsel istek ve daha az ağrı sorunlarına sahip olduğu görülmüştür (Abdo ve ark., 2004), ancak genel olarak, menopoza öncesi kadınlarda yaşın büyük bir etkisi olmadığı görünmektedir. En güvenilir bulgular yaşla birlikte cinsel istek ve ağrı problemlerinde hafif bir azalmadır (Abdo ve ark. 2004; Laumann ve ark. 1999).

2.1.6.2. İlişki Uzunluğu

İlişki süresi ve cinsel işlevler arasındaki ilişkiye ilişkin literatürün az olduğu görülmektedir. İlişki uzunluğunu içeren araştırmaların çoğu, ilişki süresi arttıkça sıklığın azaldığını gösteren ilişki sıklığına odaklanmıştır (Christopher ve Sprecher, 2000; Klusmann, 2002). Daha yüksek cinsel ilişki sıklığının, daha yüksek cinsel ve yaşam doyumu ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Dunn ve ark., 1999), ancak sıklık ayda 3-5 kez ulaştığında, bundan sonra artan sıklık, daha fazla olumlu etki ile ilişkilendirilmemiştir (Dunn ve ark., 1999). Langström & Hanson, 2006).

2.1.6.3. İlişki Memnuniyeti

Cinsellik, yakın ilişkilerde temel bir faktördür (Christopher & Sprecher, 2000; Lawrence & Byers, 1995). Genel ilişki tatmini, cinsel tatmin ile pozitif olarak ilişkilidir (Byers, 2005; Dunn ve diğerleri, 1999; Sprecher, 2002). Ayrıca, düşük cinsel istek, cinsel doyumdan bağımsız olarak evlilik doyumsuzluğu ile ilişkilendirilmiştir (Hurlbert, Apt, Hurlbert ve Pierce, 2000). Evlilikte yaşanan zorluklar uyarılma ve orgazm sorunlarıyla da ilişkilendirilmiştir (Dunn ve diğerleri, 1999; Hurlbert ve diğerleri, 2000). Ayrıca, Meana ve ark. (1997), fiziksel açıklayıcı bulguları olmayan dispareniyenin kadınların daha yüksek düzeyde ilişki uyumsuzluğuna sahip olduğunu belirtmektedir.

2.1.6.4. Üreme Hayatı

Kadınlar üreme yaşamında puberte, gebelik, postpartum ve menapoz gibi değişik dönemlerden geçmektedir. Bu dönemlerin çoğunda cinsel ilginin ve aktivelerin azaldığı belirtilmiştir. Gebelik öncesi, süresi ve sonrasında hormonal, fiziksel değişimler ve bebeğe zarar verme korkuları cinselliğe etki ederken menapozda azalan östrojenin cinsellikten uzaklaşmaya neden olduğu belirtilmiştir (Byers ve Rehman, 2014).

2.1.6.5. Eş ile Uyumluluk

İlişki doyumu, cinsel işlev bozuklukları ve cinsel sıkıntının birbiriyle ilişkili olduğu gösterilmiştir. Büyük olasılıkla bu üç faktör, kişinin eşiyile uyumluluğundan ve eşin cinsel sorunlarından da etkilenir. Örneğin, kadınların kendileri cinsel işlev sorunlarını eşleriyle çatışmaya ve cinsel işlev bozukluklarına bağlamışlardır (Kadri ve ark. 2002). Cinsel tercihlerdeki uyumluluk, kişinin ihtiyaçlarını iletme yeteneği, duyguları ve bilişleri paylaşma ve anlama yeteneğinin hepsinin kadınların cinsel tatmini, motivasyonu ve cinsel işlev bozuklukları ile ilişkili olduğu göstermektedir (Hurlbert ve diğerleri, 2000; Kelly, Strassberg ve Turner, 2006; Offman & Matheson, 2005).

Patrick ve ark. (2005) ve Byers ve Grenier (2003) erken boşalmanın azalmış cinsel tatmin ile ilişkili olduğunu bulmuşlardır. Fisher, Rosen, Eardley, Sand ve Goldstein (2005); kadınların eşlerinde erektil disfonksiyon geliştirdikten sonra cinsel aktivitede bir düşüş, ayrıca cinsel istek, uyarılma ve orgazm işlevinde bir düşüş ve cinsel tatminin azaldığını saptamıştır. Ayrıca erkeklerin erektil disfonksiyonunun şiddeti, kadın için orgazm sıklığı ve cinsel tatmin ile ilişkili bulunmuştur. Eşi de erken boşalmadan muzdarip olan kadınlar daha az orgazm olduklarını belirtmiştir. Bu sonuçlara dayanarak, erektil disfonksiyondan muzdarip bir eşe sahip olmanın, kısmen cinsel aktivitenin azalmasına ve dolayısıyla önemli yakınlık kaybına bağlı olarak cinsel işlev ve cinsel tatminin azalmasına yol açtığı varsayılabılır. Heiman ve diğerleri tarafından belirtildiği gibi (2007) partnerlerin cinsel işlev bozukluğuna yanıt olarak cinsel işlev ve doyumun azalmasının erkeğin geri çekilmesinden veya kadının kendini suçlamasından, daha az çekici ve özgüvenli hissetmesinden veya onun bir ilişkisi olacağından endişe duymasından kaynaklanabileceğini belirtmişlerdir.

2.1.6.6. Hamilelik ve Çocuk Sayısı

Hamile olmak, bir kadının hayatında hem hormonal değişiklikler de dahil olmak üzere fizyolojik hem de psikolojik değişiklikler olmak üzere değişiklikleri etkiler. Bununla birlikte, hamilelik sırasında ve doğumdan birkaç ay sonra uzayan son üç aylık dönemde cinsel ilgi ve aktivitede azalma görülmektedir (Elliott & Watson, 1985; von Sydow, 1999). Çocuk sayısının cinsel işlev üzerindeki etkisini inceleyen az sayıda çalışma vardır. Bir çalışmada, dört veya daha fazla çocuğu olan kadınlarda, daha az çocuğu olan kadınlara göre daha az istekli olduğu görülmüştür (Kadri ve ark., 2002).

Çocuk sahibi olmak, ilişki doyumu ile ilişkisi aracılığıyla dolaylı olarak cinsel işlevle de ilişkilendirilebilir (Guo ve Huang, 2005; Twenge, Campbell ve Foster, 2003). Çocuk sahibi olmak ile ilişki doyumu arasında pozitif ilişki bulunmasıyla birlikte (Guo & Huang, 2005), çocuk sahibi olma ve ilişki doyumu arasında negatif bir korelasyon (Twenge ve diğerleri, 2003) bulunan çalışmaya da rastlanmaktadır.

2.1.6.7. Psikolojik Sorunlar

Kadın cinsel işlev bozukluklarının depresyon gibi psikolojik sıkıntılarla ilişkili olduğu defalarca ortaya konulmuştur (Baldwin, 2001; Bonierbale, Lancon ve Tignol, 2003; Clayton, 2001; Dunn ve diğerleri, 1999; Kennedy, Dickens, Einfeld ve Bagby, 1999). Panik bozukluğu (Figueira, Possidente, Marques ve Hayes, 2001) ve anksiyete bozuklukları (Dunn ve ark., 1999) tanısı konan kadınlarda cinsel sorun oranlarında artış bildirilmiştir. Ayrıca Laumann ve ark. (1999), duygusal veya stresle ilgili sorunların cinsel işlev bozuklukları ile olumlu bir şekilde ilişkili olduğunu bulmuştur.

Depresyon hem kayganlığın azalması hem de cinsel tatminin azalması, cinsel ilişki veya cinsel aktivite sırasında artan ağrı ile ilişkilendirilmiştir (Frohlich & Meston, 2002). Özellikle depresyon kadınlarda azalan arzuyla ilişkilendirilmiştir (Bonierbale, Lancon ve Tignol, 2003; Clayton, 2001; Dunn ve diğerleri, 1999; Kennedy ve diğerleri, 1999).

Azalmış benlik saygısı, kötü beden imajı, anksiyete, depresyon gibi ruhsal sorunlar, eşler arası genel ilişki bozukluğu, kullanılan psikotrop ilaçların yan etkileri cinsel fonksiyon üzerinde olumsuz etki yaratmaktadır. Buna bağlı olarak, kadında cinsel

istekte ve uyarılmada azalma, orgazm olamama gibi cinsel sorunlar görülebilmektedir

(Frank ve ark. 2008). Cinsel fonksiyon bozukluğuna neden olan psikolojik nedenlerin oluşmasında; çocukluk dönemi, yetiştirilme tarzı, zamanla kazanılan çeşitli yaşam deneyimleri, yanlış ve yetersiz cinsel sağlık bilgi temel rol oynamaktadır (Graziottin ve ark. 2006).

Cinsel işleve bir diğer psikolojik engel olarak bilişsel dikkat dağınıklığı görülmektedir. Özellikle sorun olarak kendine odaklanma veya öz bilinç olmak üzere araya giren düşüncelerden oluştuğu varsayılmaktadır(Wiederman, 2001). Birkaç ampirik araştırmada tanımlanan bilişsel dikkat dağınıklığı, seks sırasında yaygın bir deneyimdir (Dove & Wiederman, 2000; Purdon & Holdaway, 2006). Örneğin, bir lisans öğrencisi örneğinin tahmini %92'si yakın zamanda bir cinsel ilişki sırasında en az bir dikkat dağıtıcı düşünce (yani suçluluk, izinsiz girme korkusu, cinsel yolla bulaşan enfeksiyon korkusu, hamilelik korkusu vb.) olduğunu belirtmiştir (Purdon & Holdaway, 2006). Ayrıca, bilişsel dikkat dağınıklığı, daha düşük cinsel tatmin, daha fazla cinsel soruna sebep olmaktadır(Wiederman, 2000).

2008'de Steer ve Tiggemann, kendini nesneleştirmenin kadınlarda görünüş kaygısı ve beden utancı ile ilişkili olduğunu bulmuştur. Ayrıca, görünüş kaygısı ve vücuttan utanma, cinsel aktivite sırasında öz-bilinç ve bazı durumlarda cinsel aktivitede azalma ile ilişkilendirilmiştir(Steer ve Tiggeman (2008). Araştırmacılar, genç kızların ve kadınların görünüş odaklı sosyalleşmeleri nedeniyle, kadınların erkeklere göre daha fazla kendini nesnelleştirme eğiliminde olduğunu ileri sürmüşlerdir (Weaver & Byers, 2006).

Anksiyete, depresyon, benlik saygısında azalma, beden imajında bozulma gibi durumlar ve cinsel tacize maruz kalma cinsel sağlığı negatif şekilde etkilemektedir(Laumann E.O. ve ark. 1999). Çocuk yaşta cinsel tacize maruz kalan veya cinsel ilişkiye zorlanan kadınların daha fazla uyarılma problemleri yaşadıkları saptanmıştır. Ayrıca cinsel ilgi ve aktivite azlığının, kadınlarda düşük cinsel istek ve uyarılma bozuklukları riskinin artışına neden olduğu bulunmuştur(Laumann E.O. ve ark. 1999). Sosyokültürel özellikler açısından Türk toplumunda cinsel işlev bozukluğu ciddi bir travma etkeni ve stres faktörüdür. Cinsel işlev bozukluğu sonucu ortaya çıkan anksiyete cinsel açıdan başarısız olma düşüncesini arttırmaktadır. Diğer taraftan cinsel

açından başarısızlık duygusu da anksiyeteye neden olmaktadır. Böylece hasta bir kısır döngü içine girmektedir (Öksüz E. ve Malhan S.2006).

Cinsel işlev bozukluğu etiyojisi açısından dikkate alınması gereken faktörlerden biri de kişilerin kendi bedenleri ve cinsel organları ile ilgili olumsuz imajıdır. Beden imajındaki değişikliğin cinselliğe etkisi kişinin kendisini ve çevresindekilerin onu nasıl algıladığına verdiği öneme bağlıdır. Vücudun bir kısmının anatomik ya da fonksiyonel kaybı; o kısma verilen değer, cinsel işlev bozukluğu öncesi beden imajı ve sosyal faktörler aracılığıyla cinselliği etkiler (Yıldız H. 2008). Beden imajının cinsel fonksiyonları etkilediği bugüne kadar yapılan çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir (Elnashar A.M. ve ark. 2007). Kadınlarda beden imajında bozulma cinsel uyarılmada azalmaya yol açabilmektedir (Cosson E. ve ark. 2006). Stulhofer 2005 ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada beden imajının düşük olmasının kadınlarda uyarılma ve ağrı bozuklukları ile ilişkili olduğu saptanmıştır (Stulhofer A 2005. ve ark.). Speer 2005 ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada beden imajı ile cinsel doyum arasında ilişki olduğu; beden imajı iyileştikçe cinsel doyumun da arttığı saptanmıştır (Speer J.J. 2005 ve ark.). Sertöz 2004 ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada düşük beden imajın cinsel doyumda azalmaya neden olduğu saptanmıştır.

Cinsel yaşamı etkilediği çeşitli araştırmalarla ortaya konulan bir diğer etmen benlik saygısıdır (Taşkın M. Y. 2006). Özellikle kadınlarda benlik saygısında bozulma cinsel uyarılmada azalmaya yol açabilmektedir (Yıldız H.2008). Kılıç ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada benlik saygısı yükseldikçe cinsel açıdan doyumun yükseldiği, cinsel ilişkiden kaçınmanın azaldığı ve cinsel ilişki sıklığının arttığı saptanmıştır (Taşkın M. Y. 2006). Sertöz 2004 ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada benlik saygısı ve cinsel doyum arasında pozitif yönde ilişki olduğu; benlik saygısı arttıkça cinsel doyumunda arttığı saptanmıştır (Sertöz Ö.Ö. 2004 ve ark).

2.1.6.8. İlaç Kullanımı

Cinsel işlevlerin psikolojik sorunlarla ilişkisine ek olarak, antidepresan ilaçlarının cinsel sorunları, özellikle seçici serotonin geri alım inhibitörlerini tetiklediği bilinmektedir (Baldwin, 2001; Clayton, 2002). İlacın etkilerini depresyonun kendisinin etkilerinden ayırmak zor olabilir. Kadın cinsel fonksiyon bozukluğuna neden olabilen ilaçlar arasında, diüretikler, antikonvülzanlar, antiülser ilaçları, astım ve kanser

tedavisinde kullanılan ilaçlar, lipid düşürücü ve kemoterapik ajanlar, antihistaminikler, antikolinergikler, merkezi sinir sistemi üzerine etkili ilaçlar, hormonlara etkili ajanlar, narkotikler, sedatifler, kokain ve opioidler bulunmaktadır. Kadında disparoni, cinsel istekte azalma, uyarılamama veya yetersiz uyarılma, orgazmda gecikme veya orgazm olamama sıklıkla görülen sorunlar arasındadır (Graziottin ve ark. 2006; Kütmeç, 2009).

2.1.6.9. Alkol

Alkol tüketimi, genital yanıtın inhibisyonu nedeniyle cinsel işlevde bir azalma ile doğrudan ilişkili olabilir (George ve Stoner, 2000). Orta düzeyde içicilerin hem hafif hem de ağır içicilere kıyasla daha az cinsel işlev bozukluğuna sahip olduğu bulunmuştur, ağır alkol kullanım kriterlerini karşılayan kadınların orgazm ve cinsel uyarılmanın engellenmesiyle ilgili sorunları belirtmiştir (Johnson ve diğerleri, 2004). Beş yıllık bir boylamsal çalışmada, cinsel işlev bozukluklarının kronik sorunlu içmenin en güçlü yordayıcısı olduğu bulunmuştur (Wilsnack, Klassen, Schur ve Wilsnack, 1991). Psikoaktif maddelerin kullanımı merkezi sinir sisteminde bozulmalara neden olmaktadır. Belirli dozlarda cinsel ilgiyi artırdığı bilinmekle birlikte tolerans gelişmesiyle, artan miktarlarda kullanımların cinsel ilgi kaybı ve bazı cinsel işlev bozukluklarının görülmesine neden olduğu bilinmektedir (Leckman, 2000).

2.1.7. Psikolojik Yardım ve Yaklaşımlar

Kadının genel yaşam evreleri içerisinde cinselliğinin gelişimsel durumu, gebelik, yaş, menopoz gibi çeşitli faktörlerden etkilenebilir. Bu değişkenlere karşı kadının kendi yaşam davranış biçimini geliştirmesi gereklidir. Esnek düşünce tarzı oluşturma, kendi vücudunu tanıma ve özellikle pelvik taban egzersizlerinin günlük yaşama dahil edilmesi ile düşünce ve davranışlarda cinsel fonksiyonun gelişmesi sağlanabilir (Karakoyunlu ve Öncel, 2009; Reese ve ark. 2010).

Cinsel fonksiyon bozukluğu, kadınların yaşam kalitelerini önemli derece etkileyen bir sağlık sorunu olup, bütüncül yaklaşım çerçevesinde değerlendirilmesi gerekmektedir. Cinsel sağlığın korunmasına yönelik eğitimlere daha geniş yer verilerek, eğitimlerde kadın sağlığının korunması ve gelişimine yönelik pelvik taban egzersizlerinin anlatılması, bireylerin teşvik edilmesi önemlidir (Aygin, 2004; Kütmeç, 2009; Lamont ve On, 2012). Cinsel işlev bozukluklarının ortadan kaldırılmasında

uzmanların hasta değerlendirmesinde kendilerine rehber olabilecek çeşitli modelleri kullanmaları ve sorunların çözümünde de kanıtı dayalı girişimleri uygulamaları, danışanın yaşam kalitelerinin artmasını da sağlayacaktır (Karakoyunlu ve Öncel, 2009; Kütmeç, 2009; Oskay ve ark. 2011; Lamont ve On, 2012). Yapılan kanıtı dayalı araştırmalarda, bireyin cinsel fonksiyonlarındaki değişimin ancak kadının kendini ifade etmesi ile tedavi edilebileceği bildirilmiştir (Lamont ve On, 2012). Bu amaçla uzmanların, hastanın öyküsünü alırken, rutin olarak cinsel yaşamlarını sorgulaması ve mevcut olan sorunundan etkilenme düzeyini değerlendirmesi, kadına özel tedavi yaklaşımında başarının artmasını sağlayacaktır.



2.2. Kaygı

2.2.1. Kaygı Kavramı

Kaygı söylemi üzerine araştırmalar 1940'ların sonlarında başladı. Bunu ilk açıklayan ve kullanan Sigmund Freud olmuştur (Ünal, 2006).

Olumsuz durum ve olaylara (hoş olmayan duygular veya öfke ve üzüntü gibi) verilen tepki kaygı olarak kabul edilir (olak, 2009). Craske (2009) ise kaygıyı, yaklaşan olumsuz bir olaya hazırlıklı olma durumuyla ilgili ileriye dönük bir duygu olarak tanımlamaktadır. Kaygı doğal bir motivasyon olmasına rağmen, kaygının kaynağı doğru anlaşılmadığında kişi savunmasız hale gelebilir ve çaresiz hissedebilir. Kaygı, bilinmeyenden kaynaklanan bir duygudur. Belirsizlik olduğunda kaygı artar. Özellikle korku ve kaygı birlikte ortaya çıkar ve benzerlikler gösterir, ancak birbirlerinden farklıdırlar. Korkunun açık bir nedeni varken, kaygının nedeni belirsizdir. Depremlerin belirsiz bir tarafı var. Ne zaman ve nasıl olduğunu, hasarın ciddiyetini bilmeden korkudan çok kaygıya neden olur (Örnek, 1992).

Kaygı, çevresel ve psikolojik olaylara bilinçli olarak verilen duygusal bir tepkidir ve bu olaylarda fizyolojik değişiklikler görülebilir. İnsanlarda kaygı, endişe ve gerginlik duygularına neden olabilir. Doğal tehlike ile ilgili olarak, kaygı bilinçsizce ortaya çıkabilir. Kaygı, olası tehlikelerle yüzleşen bir duygudur. Tehlike ortadan kalktığında kaygı sona erer. Anksiyete, zihinsel ve fiziksel dahil olmak üzere birçok semptom gösterebilir. Anksiyetenin neden olduğu zihinsel ve fiziksel belirtiler; “kaygı, gerginlik, güvensizlik, korku, panik, kafa karışıklığı, huzursuzluk, ağız kuruluğu, baş ağrısı, baş dönmesi, mide bulantısı, çarpıntı, halsizlik, halsizlik, iştahsızlık, kan basıncının düşmesi veya artması, kas gerginliği, Gastrointestinal rahatsızlık, artan solunum sıklığı, terleme, titreme ve uykusuzluk” (Kaya ve Varol, 2004).

Kaygı kavramının kökü eski Yunanca "anxietas" kelimesinden gelmektedir. Anxietas terimi kaygı, korku ve merak anlamına gelmektedir (Kaya ve Varol, 2004). Anksiyete, birçok davranışa ve semptomlara yol açabilen çok yönlü bir duygusal durumdur. Kaygı kişinin hayatta olumlu duygu ve davranışlar sergilemesine neden olabilse de bazı durumlarda kişinin olumsuz duygu ve davranışlar sergilemesine de neden olabilir. Kaygı, genel olarak kabul edilen bir duygudur. Kaygının temeli tehlike, kaygı ve korku duygusudur. şahsen karşılaşacağı olay ve durumların kendi

iradesi dışında gerçekleşebileceğini düşünüyorum ve bu durum kişiyi kaygıdan kaynaklanan duyguları yaşamaya sevk ediyor (Aydın, 2017).

Kaygı oluşumunda sosyal ve kültürel faktörlerin önemli bir etkisi vardır. Kaygı, insanların önemli bir duygusal durumudur. İnsanların hayatını olumsuz etkileyen duygu ve olayların kişisel kaygıya neden olduğu söylenebilir. Barınma, beslenme ve kişisel iş arama gibi öngörülemeyen ve belirsiz durumlar kaygıyı artırabilir ve kişisel kaygıyı ortaya çıkarabilir. Uzun süreli ve aşırı kaygı, kişilerin sağlık sorunları gibi olumsuz sonuçlara yol açabilir. Kaygı durumsal veya kalıcı olabilir (Pamuk, Hamurcu ve Armağan, 2014).

Kaygı, sözel-bilişsel, davranışsal ve fizyolojik bileşenlerden oluşan karmaşık bir psikolojik yapıdır (Ezrati-Vinacour ve Levin, 2004; Menzies ve ark., 1999). Aynı zamanda hem geçici (durumluk) yönleri hem de daha genelleştirilmiş ve kararlı (sürekli) özellikleri içerdiği düşünülmektedir (Menzies ve ark., 1999).

Kaygı, temel olarak doğuştan gelen özelliklere (sürekli kaygı) yönelik olmakla birlikte, geçici koşullar ve durumlardan da etkilenir (durumluk kaygı) (March ve ark., 1997). Kaygı bileşenleri tanımlamasında; kişiliğin nispeten kalıcı (kararlı) bir özelliğine kronik (sürekli) kaygı, andan ana ve günden güne değişen bir durum olan kaygıya ise geçici veya akut (durumluk) kaygı denilmektedir (Rocha ve ark., 2019).

Spielberger'e göre kaygı çoğunlukla zamanla değişen geçici bir duruma karşı verilen karmaşık bir tepkiyi belirtmek için kullanılmaktadır. Aynı zamanda insanların çeşitli durumlara karşı gösterdiği bireysel ölçüdeki farklılıklar olarak tanımlanabilmektedir (Spielberger, 1966; Shedletsky ve Endler, 1974).

Sürekli kaygı faktörü belirli karakteristik özelliklerle bağlantılı bulunmuşken; durumluk kaygı faktörü, ölçüm periyotları boyunca değişen bir dizi değişkene dayanmakta, böylece zaman içinde değişen fizyolojik değişkenlerle bağlantılı olmaktadır (Shedletsky ve Endler, 1974).

Spielberger (1972) geçici ya da durumluk kaygıyı sinir sisteminin uyarılması ile verilen karmaşık ve benzersiz bir duygusal durum yada tepki olarak kavramsallaştırmaktadır. Spielberger (1966), özellik kaygısı veya sürekli kaygının ölçümlerinde, kişinin belirli durumlar için kaygıya yatkınlığının veya bireysel

farklılıklarını içeren kaygı durumları ölçümlerinin yapılması gerektiğini vurgulamaktadır. Aynı zamanda Spielberger (1972), erken çocuklukta deneyimlerin sürekli kaygıdaki bireysel farklılıkların gelişimini etkilediğini ve değerlendirmenin önemini vurgulamaktadır (Shedletsky ve Endler, 1974).

Kaygı deneyimi, olumsuz olaylarla ilgili düşünceleri ve beklentileri, korkulan durumlardan kaçış veya kaçınmayı ve kas gerginliği ve kalp çarpıntısı gibi fiziksel duyuları içerebilmektedir (Iverach ve ark., 2011; Kraaimaat ve ark., 2002; Menzies ve ark., 1999).

Kaygı kavramını ilk defa tanımlayan Freud'a göre (1984) kaygı, içgüdü ve dürtülerin bastırılması sonucu ortaya çıkmıştır. Freud'a göre insan doğum deneyimi esnasında ilk gerilim ve kaygısını yaşamış ve bu olay bireylerin ilerleyen yaşamlarındaki kaygılarına zemin oluşturmuştur. Nedeni olmayan kaygının amacı; sıkıntı ve bunaltı altındaki bedeni harekete geçirip savunma mekanizmalarının devamlılığını sağlamaktır (Cüceloğlu, 2005; Büyükyılmaz, 2009).

Endişe ve korku, kaygıyı tetikleyen duygulardır. Endişe ve korku, bir durumun oluşup oluşmadığı ile ilgilidir. Kaygıyı tetikleyen bir diğer duygu ise sanrıdır, yani insanlar bilinçsiz bir durumu sanki olmuş gibi kabul ederler. Kaygı, insanların en büyük sorunlarından biridir (Ceyhan ve Akmaz, 2009).

Kaygı, tehlikeli durumlar karşısında duyulan endişe ve korku hissidir. Hızlı kalp atışı, soğuk terleme, panik ve aşırı duygusallık gibi duygular kaygı göstergesi olabilir. Anksiyete, aşırı rahatsızlık halidir. Kaygının nedeni kişi üzerinde olumlu ya da olumsuz bir etki gösterebilir. Bir kişinin endişelerine odaklanmak, onun üstesinden gelmesine ve olumlu bir etkisi olmasına yardımcı olabilir. Ancak kaygı verici bir sorun nedeniyle kendini üzgün veya aşırı duygusal hisseden bir kişi, o kişiyi olumsuz etkileyebilir (Baştürk, 2007).

Kaygı, yaklaşan bir tehlikeye karşı tedbir alınmasını sağlayan bir alarm özelliği taşır. Korku ise bilinen ve dış dünyadan bireye yöneltilmiş bir tehdide karşı cevap iken, kaygı bilinmeyen, içten gelen, içgüdüsel kaynağı içsel bir çatışma olan bir tehdide cevaptır. Kaygı, beraberinde gelen belirsizlik nedeniyle sıkıntılı bir bekleyişe sebep olurken, korku ise baskın duygular ve fiziksel duyuların var ettiği dona kalım durumları dışında tehdide yönelik bir hareket başlatır. Kaygı, bozucu bir etki

oluşturur, buna karşılık olarak korku kişinin uyum sağlamasına yardımcı olur (Şenol, 2006).

İnsanın temel duygularından biri kaygıdır. Kaygı, tüm canlılarda var olan bir duygudur. Bireylerin kurdukları tüm ilişkilerde belirsizlik yaratan kontrol edilemeyen durumlar kaygıya yol açar. Yüzyıllardır kaygı, psikolojinin en önemli araştırma konularından biri olmuştur. Endişeli bir kişi genellikle sorunun ne olduğunu bilmez. İnsanlar korkmuş, rahatsız ve acılı hissederler. Bazı durumlarda kaygı, tehlikeye karşı bir önlem veya bir uyum aracıdır (Kartopu, 2012).

Kaygı insan yaşamını büyük ölçüde etkiler. Bir insanın hayatında belirli zamanlarda, hayatı çok streslidir. Bazı durumları olumsuz olaylara neden olarak ele almak ve güvensiz hissetmek bu duyguya yol açabilir. Kaygı çocuklukta başlayabilir. Kişisel cinsiyet, eğitim düzeyi, ailenin ekonomik durumu, aile üyelerinin eğitim düzeyi vb. Bu nedenler, bireysel kaygının derecesini belirleyen faktörler olarak sayılabilir. Kişisel yaşamındaki olumsuz deneyimler, yaşamı boyunca kendisini olumsuz ve endişeli hissetmesine neden olacaktır. Ekonomik durumu ve eğitim düzeyi düşük ailelerin çocuklarının kaygı yaşama olasılığının yüksek, ekonomik durumu ve eğitim düzeyi yüksek ailelerin çocuklarının ise kaygı yaşama olasılığının düşük olduğu söylenebilir. Kaygının temeli bireyin çevresidir (Erözkan, 2004).

Kaygı, insanlar için gerekli ancak huzursuz ve acı veren bir duygu olarak tanımlanmaktadır. İnsan tehlikesi olasılığı veya herhangi bir tehlike endişeye neden olabilir. Bir kişinin çevresinin yarattığı tehlikeler hakkında endişelenmesi doğaldır. Kaygı duyguları, insanların düşünme becerilerini geliştirmelerini ve kendilerini korumak için keşifler yapmalarını sağlar. Kaygıyı abartan kişiler normal durumları tehdit olarak görebilir ve bu durum kişisel mutsuzluğa yol açabilir. Son derece kaygılı olan kişilerin karamsar ve savunmasız hale geleceği görülebilir. Kişisel aşırı kaygının başlıca nedenleri arasında kişilerin yakın çevrelerindeki aşırı kaygılı davranışları neden olabilir. Anne baba, öğretmen gibi çevresinde aşırı kaygılı olan kişiler, bireyin aşırı kaygısını etkileyebilir (Demiriz ve Ulutaş, 2003).

İnsanların tehlikeyle uğraştığı temel duygulardan biri kaygıdır. Kaygı, tehditler veya potansiyel tehditler karşısında yaşanan bir duygudur. Kaygı duygusu her ne kadar olumsuzluk, karamsarlık, kaygı gibi duygularla ilişkili olsa da çok amaçlı bir duygudur ve aynı zamanda insanları tehlikeye karşı uyarma, insanları motive etme

gibi olumlu duygulara da sahiptir. Bireyin kaygı düzeyi, gelişimsel yaş ortamına bağlıdır. Kişilerin kaygı düzeyi, olayı algılama ve algılama düzeyini doğrudan etkiler (Ehtiyar ve Üngüren, 2008).

Kaygı, bireyin tehlikeli gördüğü ve bireyi olumsuz etkileyen duygulara yol açtığı durumlarda da ortaya çıkabilir. Kaygı yaşayan kişilerde stres, gerginlik gibi hoş olmayan duygular gözlemlenebilir ve tehdit edici durumlarda ortaya çıkabilir. Kaygı duygusu bilimsel olarak aşırı olmadığı sürece birey için motivasyon sağlayacaktır. Kaygının tetikleyicilerinden biri, bireyin kaygılarına karşı önleyici tedbirler alması ve eksikliklerini gidermeye çalışmasıdır. Kaygının abartılması kişinin fizyolojisini ve fizyolojisini etkileyebilir, kişilerin iş ve sorumluluklarının kesintiye uğramasına ve gecikmesine neden olabilir ve başarısızlığa neden olabilir (Ekşi ve Dilmaç, 2010).

Anksiyete, bir duygu olarak korkuya benzer olabilir, ancak kaygının kaynağını veya sorununu, kaygının şiddetini ve süresini bilmemesi bakımından korkudan farklıdır. Kaygılı bir kişi, davranışlarında kaygıya neden olan olay veya durumlardan kaçınabilir ve kaygıya neden olan durumdan olumsuz düşünceler veya kuruntular ortaya çıkacaktır. Kaygının gelişmesinde ve kaygının ortaya çıkmasında bireyin yakın çevresi, özellikle anne babanın tutum ve davranışları önemli rol oynamaktadır (Koruklu, Öner ve Oktaylar, 2006).

Anksiyete, beklenen tehlikeyle ilgili bir korku ve endişe halidir. Tehlikeli bir durum olasılığı kişiyi tetikte tutar ve kaygının ortaya çıkmasında etkilidir ve kişi sürekli kötü bir şey olacaktı gibi hisseder. Kişinin kaygı düzeyine göre hafif bir huzursuzluk ve gerginlik durumunda bile şiddetli bir kaygı durumu ortaya çıkabilir. Kaygı ve korku iki farklı duygudur. Korku oluşumunda kesin ve bilinen bir tehlike, kaygı oluşumunda ise bilinmeyen ve fark edilmeyen bir tehdit vardır (Yenilmez ve Özbey, 2006).

Kaygı tarafından tanımlanan olumsuz durum kaygıdır. Yüksek stresin neden olduğu, baş ağrısı, kas krampları, yüksek tansiyon, aşırı terleme veya soğuma ve diğer fiziksel belirtilerle kendini gösteren, yorgunluk ve bitkinliğe yol açan ve çoğu zaman depresyonla aynı zamanda ortaya çıkan bir hastalıktır. Anksiyete bozukluğu olan çocuklar, günlük aktivitelerini ciddi şekilde etkileyebilecek yoğun bir korku, üzüntü veya tükenmişlik yaşarlar (Briggs ve Alikor, 2010).

Kaygı ile ilgili diğerk bir fenomen, kişisel performansla ilgilidir. Performans kaygısı, sınavlar, akademik performans, sözlü İngilizce gibi çeşitli performans gerektiren alanlarda ortaya çıkan psikolojik bir bozukluk olarak tanımlanmaktadır (Tokinan, 2013).

Kaygının durumsal mı yoksa kalıcı mı olduğu da önemlidir. Durumluk kaygı, tehditlere veya tehlikeli durumlara yanıt vermeye çalışırken olumsuz veya tehdit edici bir bilişsel değerlendirmedir (Tovilovic ve diğerkleri, 2009).

Sürekli kaygı ise, bireylerin kaygı yaşama eğilimi ve bireysel farklılıkların performansı ile belirginleşir. Durumları stres olarak algılama veya yorumlama eğilimi olarak da tanımlanır. Durum tehdit edici olarak görüldüğünden, sürekli endişe yaşayacaksınız. Diğerklerine kıyasla, sürekli kaygısı yüksek olan kişiler daha sık ve yoğun kaygı yaşarlar (Tovilovic ve ark., 2009).

2.2.2. Kaygı ile İlgili Kuramsal Açıklamalar

Kişilik yapısını ve davranışını inceleyen tüm teoriler, yapılarında kaygı içerir. Birincisi psikanalitik teoridir. Varoluşçu yöntemleri benimseyen araştırmacılar kaygıyı varlığımızın en önemli unsurlarından biri olarak görmekte ve varoluşun doğal bir parçası olarak nitelendirmektedir. Birey kendi hayatını yaşıyorsa farkındalığı artacaktır ve bu farkındalığın önemi bireyin hayata verdiği anlamla ilgilidir. Çeşitli nedenlerle hayata anlam vermede ve kendi özgünlüğünde sorunlar yaşanabilir, kaygıya neden olabilir. Bu kişi kendi anormal davranışını veya durumunu hissettiğinde endişeli hissetmeye başlar. Bekleme sürecinde bu tutum ve davranışlara ilişkin belirtiler; korku ve kaygı dönemi yaşamaktır (Tüzün, 1993).

2.2.2.1. Psikanalitik yaklaşım

Anksiyete kavramı, psikanalitik kuramda önemli bir yer tutar. İlk olarak, psikanalizin kurucusu Freud, kaygı kavramını benimsemiş ve kaygının benliğin bir işlevi olduğuna dikkat çekmiştir. Freud, egonun id'in isteklerini yerine getirmesi, nesnel gerçekliğe göre hareket etmesi ve görevi tamamlarken süperegounun katı kurallarına dikkat etmesi gerektiğine dikkat çekmiştir. Bunlar egoya yönelik tehditlerin kaynaklarıdır. Ego bu tehdit kaynaklarıyla karşılaştığında kaygıyla karşılık verir. Ardından, bireylerin kendilerini yüksek düzeyde kaygıdan korumak için kullandıkları savunma mekanizmasını tanımlar. Freud, üç tür kaygıdan bahsetmiştir. Bunlar gerçeklik kaygısı, nörolojik kaygı ve ahlaki kaygıdır (İnanç ve Yerlikaya, 2017).

Gerçeklik kaygısı: Dış dünyanın gerçek tehlikesi veya tehdidi hissedildiğinde ortaya çıkan duygusal bir tepki olarak tanımlanır. Bireylerin dış dünyadaki tehlikelere karşı önleyici tedbirler almasını sağlayarak koruyucu işlevler gerçekleştirir. Ayrıca kaynak dış dünyada olduğu için bireylerin bu tehdit kaynağından uzak durması mümkündür. Ancak nevrotik kaygı ve ahlaki kaygı için bu imkansız görünmektedir (İnanç ve Yerlikaya, 2017).

Nörolojik kaygı: Egonun benliğın tehlikeli dürtülerini kontrol edememesi nedeniyle bu istenmeyen dürtülerin bilince ulaşması tehdidine verilen duygusal tepki. Çocukluğunda dürtülerini kabul edilemez bir şekilde açığa vurduğunda, birey bir otorite figürü tarafından cezalandırılacağını bilecektir. Bu nedenle bu kaygı çocuklukta verilen cezalarla ve yetişkin olarak otorite figürlerinin karşısına çıkan bireylerin aklını yitireceği korkusuyla ilişkilidir (İnanç ve Yerlikaya, 2017).

Ahlaki kaygı: Ego ve süperegö arasındaki çatışmanın sonucudur. Kimliğin kabul edemediği dürtüyü ifade etmeye çalışırken, süperegöden gelen suçlama ve kısıtlama. Bireyin süperegö tarafından cezalandırılacağı suçluluk ve utanıcı içerir (İnanç ve Yerlikaya, 2017).

Karen Horney, herkesin sağlıklı gelişim potansiyeli ile doğduğuna ancak bu gelişimin sağlıklı bir şekilde devam etmesi için uygun çevre koşullarına ihtiyaç duyduğuna dikkat çekti. Ebeveynlerin nevrotik ihtiyaçları nedeniyle çocuklarına karşı ihmalkar, aşırı korumacı, baskıcı veya hoşgörölü tavırlar sergilediklerine ve bunun da çocuklar arasında düşmanlık yaratabileceğine dikkat çekti. Bu düşmanlık, çocuk tarafından bastırılır ve güçlü bir güvensizlik duygusuna ve temel kaygıya yol açan belirsiz kaygıya yol açar. Honey, bireylerin temel kaygıyla başa çıkmak için dört farklı yol kullandıklarına dikkat çekti: sevilme, itaat etme, güç kullanma ve başkalarından uzak durma (İnanç ve Yerlikaya, 2017).

Psikanalizin temsilcilerinden Otto Rank (Otto Rank), insanların kaygıyla ilk kez doğumda karşılaştıklarına dikkat çekmiştir. Birey bir ortama geldiği için, doğum öncesi rahat koşullardan sonra çok çalışmak zorundadır. Otto Rank, bireylerin yaşadıkları kaygıyı bastırmaya çalıştıklarına, ancak yaşamları boyunca karşılaştıkları kaygı deneyimlerinin başlangıçtaki kaygının bir yansıması olduğuna dikkat çekti. Örneğin, kişilerin ilişkileri sona ererse, başlangıçtaki kaygının bir yansıması olan ayrılık kaygısı yaşayacaklarını bildirmiştir (Manav, 2011).

Sullivan, kaygı gelişiminde anne ile etkileşimin önemini vurguladı. Çocuğun anne kaygısına yönelik empatik tutumunun anne kaygısının çocuklar üzerindeki etkisinde etkili olduğu söylenmektedir. Her annenin çocuklarına bakarken çocuklarına da iyi bakabileceğini, çocuklarını büyütme ve korumakla ilgili kaygılarının olduğunu, bu nedenle her çocuğun bir dereceye kadar endişeleneceğini söyledi (İnanç ve Yerlikaya, 2017) .

Melanie Klein, çocuklarda uygun düzeyde bir kaygının benliği desteklediğine ve zihinsel olgunluk için önemli olduğuna dikkat çekmiştir (Klein, 2015).

2.2.2.2. Davranışçı yaklaşım

Davranışsal yöntemler kaygıyı koşullu ve koşulsuz uyarıların eşleşmesi nedeniyle oluşan koşullu bir tepki olarak tanımlar (Ekşi, 1998). Bu yöntemin temsilcisi kaygıyı, bireyin sempatik sinir sisteminin tehdit edici bir uyarıya karşılaştığında verdiği tepki olarak görür. Bu yöntem kaygının öğrenildiğine inanmakta ve bu durumu uyarı-tepki ilişkisi ile ifade etmektedir (Gürat, 2016). Birey kaygı yaratan uyarılardan kaçınma davranışı sergilediğinde ilk aşamada kaygısı azalacaktır (Ekşi, 1998). Kaçınma davranışı, yüksek düzeyde kaygıyı uzun süre etkili bir şekilde koruyabilir. Çocuk ve ergenlerin kaygıya neden olan uyarılardan veya ortamlardan uzun süre kaçınmaları, ilk aşamada kaygılarını azaltıyor gibi görünmektedir. Uzun vadede aile ve arkadaşlık ilişkisi, akademik başarı, sağlık vb. hayatımızı etkileyecektir. Onları olumsuz etkiler ve yüksek düzeyde kaygıya sahiptir (Karakaya ve Öztop, 2013). Davranışsal yöntemler, anksiyete bozukluklarını tedavi ederken sıklıkla gevşeme egzersizleri, ödüller ve kaygı yaratan uyarılara kademeli olarak maruz kalma kullanır (Öner ve ark., 2008).

Dollard ve Miller, kaygının, vücudun acıdan kaçınma eğilimi ile ortaya çıkan dürtüsel bir sistem olduğuna dikkat çekti. Ağrının belirli bir uyarıya ilk kez yaşandığında, diğer durumlara genelleşecek ve belirli bir uyarıya bir dereceye kadar eşleşecek bir kaygı duygusunu tetikleyeceğini belirtmişlerdir (Duman, 2008). Sosyal öğrenme teorisi, kaygının başkalarını taklit ederek veya taklit ederek öğrenilebileceğine inanan başka bir davranışçı görüştür (Oltmanns, 2003).

2.2.2.3. Bilişsel yaklaşım

Bilişsel yöntemler, duygu oluşumunda etkili olan faktörün bireyin doğrudan yaşantısı değil, yaşantıyı değerlendirme biçimi olduğuna inanmaktadır (Savaşır, Soygüt ve Kabakçı, 2003). Bu yaklaşım, bireylerin durumlar ve olası tehditler hakkında nasıl düşündüklerine odaklanır. Son derece endişeli insanlar, tehlike olasılığını pratik olmayan bir şekilde değerlendirirler. Bu insanlar, maruz kalacakları zararın derecesini ve meydana gelen tehditlerin olasılığını abartırlar. Bu akıl yürütme yöntemi, bireyi her zaman tetikte olan ve tehlike belirtilerine dikkat eden birine dönüştürür (Büyükçapar, 2015). Bireyin abartılı görüşleri kaygıya neden olabilir. Bu sayede bireyin evrimsel geçmişinin deneyimi arttıkça tehditlere karşı koruma sağlayan bir muharebe uçuşu tepkisi ortaya çıkmaktadır. Uyarılma düzeylerindeki değişiklikler, bireylerin bastırılmasına neden olur ve olası tehdit belirtilerini değerlendirmek için seçici dikkat kullanılır (Savaş ve diğerleri, 2003).

2.2.3. Kaygının Nedenleri ve Belirtileri

Anksiyete, zihinsel veya fiziksel semptomları olan kişilerde ortaya çıkar. Psikolojik veya fiziksel kaygı, kişisel memnuniyetsizlik, iletişim eksikliği ve kendini soyutlama duygularına yol açabilir. Bu durum insanların normal hayatını olumsuz etkilemekte ve insanları sosyal hayattan koparmaktadır. Kaygı, insanlara gelecekte kötü deneyimler yaşanacağını hissettirebilir ve insanların hayatında olumsuz süreçlere neden olabilir. Kaygıdan kaynaklanan iletişim eksikliği gibi duygular, bireyin yaşamı boyunca yeni arkadaşlar edinmesine ve tanıştığı insanlarla anlamlı ilişkiler kurmasına engel olabilir. Bu olumsuz durumlar insanların hayatında her geçen gün artacaktır. Kaygı nedeniyle hata yapma korkusu, yaşamda risk alma ve gerektiğinde cesaret gösterme konusunda isteksizliğe yol açar. Bu kötü duygular kalp çarpıntısı, terleme, tuvalete gitme ihtiyacı, terleme gibi sorunlara neden olabilir. Bireyin kaygı derecesine bağlı olarak bu ağrı şiddetli şekillerde ortaya çıkabilir ve bu nedenle bireyin yaşamına büyük bir sınır getirir. Kaygının birçok özelliği olumsuz olmasına ve bireyin yaşamını olumsuz etkilemesine rağmen, zaman zaman kaygı duygusu kişisel motivasyonu harekete geçirebilir ve öğrenme isteğini bir üst düzeye çıkarabilir. Bu süreç birey tarafından doğru yönetilirse bireyin yaşamına büyük başarılar getirebilir (Aktan, 2018).

Bireyin hissettiği kaygı, korku ve stres kaygıya neden olabilir. Bireyin karşılaşacağı durumu kontrol edemeyecek ve üstesinden gelemeyeceği düşüncesinden

kaynaklanmaktadır. Bu nedenle kişi gerginlik, panik, kafa karışıklığı, güvensizlik ve korku gibi duygular gösterecektir. Güçlü kaygıya sahip kişiler, çevreleriyle iletişim kurmaktan kaçınırlar ve sürekli olarak başkaları tarafından olumsuz değerlendirileceklerini düşünürler (Sınanmış ve Kolburan, 2019).

Bir kişinin içsel tehlikesine tepki olarak, genellikle bilinçsizce bir duygudur. Tehdit edici bir durumun oluşabilmesi, kişinin önünde birçok fiziksel engele neden olabilir. Kaygının ortaya çıkmasıyla birlikte kişi kendini güçsüz, korkulu, üzgün ve güvensiz hisseder (Mollaoğulları ve Uluç, 2019).

Anksiyete, birçok fiziksel semptom ve davranışı ortaya çıkaran çok yönlü bir insan duygusal durumudur. Kaygı, bireylerin tehlikeyle başa çıkmasına yardımcı olur. Kaygı görünümü, bir kişinin tehdit altında hissettiği bir duruma yetersiz yanıt verme hissidir. Kaygı, insan hayatındaki belirli durumlarda yaratıcı ve hızlı düşünmeyi sağlar ve bireyin hayatında olumlu etkiler bırakır. Bazı durumlarda kaygının neden olduğu sinirlilik ve kaygı, bireylerin yaratıcı ve hızlı düşünmesini engelleyebilmektedir. Ayrıca kişisel ortamdaki bütünlük ve düzeni bozar, bireyin sosyal hayatını olumsuz etkiler ve olumsuz izler bırakır. Bunun sonucunda bireyler depresyon, korku, stres ve tükenmişlik yaşarlar (Aydın, 2017).

Kişilerin kaygı durumu, fiziksel değişikliklerin yanı sıra psikolojik değişikliklere de neden olabilir. Anksiyete, bir kişinin tehlikeyle başa çıkmaya hazır olmadığı durumlarda tehlikeye hazırlanma ve bekleme durumudur. Kaygının etkileri insan vücudunun düzenini bozabilir (Ümer, 2018).

Anksiyete, birçok insanın zaman zaman yaşadığı duygusal bir durumdur. Endişeli bir kişi, yaşadığı tehlikelere veya sorunlara etkili çözümler sunamaz. Kaygı, insanın olumsuz psikolojik etkilerinin bir sonucudur ve kaygı nedeniyle insanlarda olumsuz psikolojik sorunlara neden olabilir (Karataş ve Çelikkaleli, 2020).

Yüksek düzeyde kaygılı bireyler kaygının etkisi altında pek çok bilişsel, duygusal, fiziksel ve davranışsal belirti sergilerler. Bu belirtilerden bazıları aşağıda verilmiştir.

Bilişsel belirtiler: Kaygı, bireyin sürekli olarak kendisinin veya başkalarının başına gelebilecek olumsuz olayları düşünmesine neden olur (Cüceloğlu, 1990).

Kaygılı çocukların düşüncelerinin başarısızlık beklentisiyle zihinlerinden geçtiği ve dikkatlerini tehdit edici duruma odaklayarak tehdit edici durumla baş edemeyen düşünceler geliştirdikleri söylenmektedir (Friedberg ve McClure, 2002). Ayrıca kaygı düzeyinin yüksek olması çocukların derslere odaklanmasını, hatırlamasını zorlaştırabilir ve derslerin başarı oranını düşürebilir (Weems vd., 2010).

Duygusal belirtiler: Kaygı kişisel kaygıyı artırabilir. Bireyin daha hızlı öfkelenmesine neden olur (Cüceloğlu, 1990). Ayrıca huzursuzluk, güvensizlik, panik, sinirlilik, kaygı, korku ve üzüntü duyguları da kaygının duygusal belirtileridir (Karakaya ve Öztop, 2013).

Fiziksel belirtiler: Kaygının artması bireyin kas gerilimini artıracaktır. Bu durum kasların çatılmasına, gevşeyememeye ve kas titremelerine neden olabilir. Aynı zamanda kaygı, otonom sinir sisteminin yüksek düzeyde çalışmasına neden olabilir. Bu durum bireylerde terleme, tansiyon yükselmesi, hızlı kalp atışı, düzensiz nefes alma, baş dönmesi, mide bulantısı, ishal, ağız kuruluğu, soluk ten gibi belirtiler yaşamasına neden olabilir (Cüceloğlu, 1990).

Davranışsal belirtiler: Sürekli kaygısı yüksek olan bireylerde içe kapanma, kişilerarası ilişkilerden kaçınma, sosyal çevre gibi belirtilerin görüldüğü bildirilmiştir (Weems ve ark. 2010). Ayrıca kaygılı çocuklar parmak emme, tırnak yeme, uykusuzluk, obsesif-kompulsif bozukluk, korkunç durumlardan kaçınma gibi davranışsal belirtiler gösterebilirler (Karakaya ve Öztop, 2013). Kaçınma davranışı, endişe verici durumlarla veya uyaranlarla karşılaşmamaya çalışmaktır. Bireysel kaçınma davranışları kaygılarının devam etmesinde etkilidir (Sungur, 2000).

Kaygı durumu bireyin tüm benliğinde meydana gelen duyguların yaşatmış olduğu belirsizlikler sebebiyle oluşmakta ve bireyin yaşamış olduğu sosyal, fiziksel ya da biyolojik bir olay bu durumu tetikleyebilmektedir. Bu anlamda kaygı durumunun nedenleri olarak;

- Umutsuzluk,
- Tahammül mekanizmalarının sona ermesi,
- Tahammül kabiliyetlerini üzerine çıkan stres düzeyleri,
- Gerçekleşme imkanı olmayan istek ve arzuların giderilememesi,

- Güçsüzlük,
- Uzun süren hastalık karşısında yaşanan tepki
- Psikososyal, fizyolojik, biyolojik ve kültürel faktörler sayılabilir(Sertbaş ve Bahar,2004).

2.2.4. Kaygının Sınıflandırılması

Anksiyete bozukluğu, DSM-5'teki tüm ruhsal bozukluklar arasında en sık görülen ruhsal bozukluktur. Temel kaygı belirtileri gösteren bireylere bir veya birden fazla kaygı bozukluğu tanısı konulması olasıdır. Birincil anksiyete bozukluğu, panik bozukluğu, agorafobi, özgül fobi, sosyal anksiyete bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu, ayrılık anksiyetesi bozukluğu, diğer sağlık durumlarının neden olduğu anksiyete, maddelerin/ilaçların neden olduğu anksiyete ve diğer tanımlanmış anksiyete bozukluğu olarak tanımlanır (Morrison, 2016).

Günümüzde kaygı, herkesi bir ölçüde etkileyen, herkesi kapsayan ve farklı şekillerde ortaya çıkan evrensel bir sorundur. Spielberg, Anksiyete ve Davranış kitabında iki farklı kaygı türü üzerinde çalıştı. Biri durumluk kaygı, diğeri ise sürekli kaygıdır (Spieldberger, 1966). Durumluk kaygı ve sürekli kaygı aşağıda ayrıntılı olarak tartışılmaktadır.

2.2.4.1. Durumluk Kaygı

Öner ve Le Compte'ye (1976) göre, kişinin ağırlı ve stresli anlar nedeniyle yaşadığı kaygı olarak yorumlanır. Durumluk kaygı genellikle geçici ve durumsal gelişim ve deneyim kaygısı olarak tanımlanır ve tehlikeli olayların ve herkesin başına gelmesi muhtemeldir. Ayrıca kişiler bir olay ya da durumun kendileri için tehlikeli olduğunu düşündüklerinde geçici kaygı yaşayacaklardır (Tanrıverdi, 2015). Durumluk kaygının yoğunluğu, bireyin durumu algılaması ve yorumlaması ile ilgilidir. Stres yoğunluğunun kaygı derecesini doğrudan etkilediği görülmektedir (Duman, 2008). Anksiyetenin yoğunluğu da durumdan duruma değişir ve ağrı ve gerginlik ile karakterizedir. Dolayısıyla kişi tehlikeyi algıladığında durumluk kaygı düzeyi yüksek, tehlikeyi algılamadığında ise kaygı düzeyi düşüktür (Bedir, 2008). Otonom sinir sistemi uyarıldığında, terleme, titreme ve kalp çarpıntısı gibi fizyolojik belirtiler de artan kaygı derecesini gösterir.

Durumluk kaygı, bireyin tehlikeli bir durumla karşı karşıya kaldığında gösterdiği bir tür geçici kaygıdır. Öte yandan sürekli kaygı, bireyin içinde bulunduğu, içinde bulunduğu durum nedeniyle tehdit duygusu yaratan ve onu baskı altında hissetmesine neden olan bir tür kaygıdır. Durumluk kaygının neden olduğu korku ve stres, tehdit durumlarının sayısı ve süresi ile ilişkilidir. Yüksek korku ve stres durumunda bireyin durumluk kaygısı artacak, korku ve stres riski ortadan kalktığında ise durumluk kaygısı azalacaktır. Yüksek durumluluk kaygısı sürecinde bireyin hissettiği fiziksel strese bağlı olarak terleme, nefes alma bozuklukları, baş ağrıları gibi fiziksel rahatsızlıklar ortaya çıkabilmektedir. Durumluk kaygı, bireyin belirli bir durumun tehlikeli olduğuna dair inancından kaynaklanan geçici kaygıdır. Sürekli kaygı durumlarında birey genellikle içinde bulunduğu durumu bir tehdit olarak görür. Kalıcı endişe hali, kişisel olarak normal durumların tehdit olarak algılanmasıyla ilgili kişisel mutsuzluk, endişe ve strese yol açabilir. Kötümserlik, genellikle sürekli kaygı yaşayan insanlar arasında çok yaygındır. Sürekli kaygısı olan kişilerin, normal insanlara göre durumluk kaygı yaşama olasılığı daha yüksektir. Sürekli kaygılı olan kişiler, içinde buldukları tehdit edici durumdan bir türlü kurtulamazlar veya bir çözüm bulamazlar ve artık çok geç kalmış gibi hissederler. Algı ve dikkat bozuklukları, kalıcı ya da yoğun kaygı yaşayan kişilerde ortaya çıkar ve kişisel yaşamda huzursuzluğa neden olur (Kaya ve Varol, 2004).

Durumluk kaygı, kişinin belirli koşullar altında bir tehdit algıladığında aniden ortaya çıkan ve tehdit sona erdiğinde ortadan kaybolan bir kaygı türüdür. Sürekli kaygı ise bireyin tüm yaşamını kapsayan, kişisel duygu ve düşüncelerle ortaya çıkan ve bazı durumlarda gerçeklikle ilgisi olmayan bir kaygı durumudur. Sürekli kaygı duyan bir kişi sürekli stresli ve üzgün hissedecektir. Durumluk ve sürekli kaygı gibi kaygı bozuklukları yaygın insan sorunlarıdır(Güçlü, İhtiyaroğlu ve Tulunay Ateş, 2015).

Spielberger'e göre durumluk kaygı durumu, gerçek bir problem karşısında bireyin vermiş olduğu aşırı tepkilerin tanımlanmasıdır. Diğer bir anlamda bireyin var olan problem karşısında yaşadığı stresli ortam nedeniyle algıladığı spesifik korku halidir. Kurama göre bu türde yaşanan bir duygulanım durumu çevresel faktörlerin ortadan kaldırılmasıyla son bulmaktadır. Şiddeti ve yaşanma derecesi farklı zamanlarda değişkenlikler gösterebilmektedir. Ameliyat olacak hastanın yaşamış olduğu kaygının ameliyat olmasıyla beraber sağlık durumunun düzelmesine bağlı olarak azalması durumluk kaygı ile açıklanabilir.

Durumluk kaygı, kişinin içinde bulunduğu durumu tehdit edici bulup yorumlamasıyla beraber ortaya çıkmakta, kişi için hoş olmayan hislere sebebiyet veren bir duygulanım halidir.

Birey sinir sisteminin vermiş olduğu tepkilere karşılık olarak fizyolojik anlamda kan basıncının artışı, ağızda kuruluk, terleme gibi değişimlere uğramaktadır. Bu özellikleri ile hem sürekli hem de kaygı sürecinin ilk basamağı olan durumluk kaygı geçici bir duygulanım hali olup stres yapıcı etken ortadan kalktığında durumluk kaygı belirtileri de ortadan kalkmış olacaktır.

2.2.4.2. Sürekli Kaygı

Bireyin geçici bir tehlikeyle karşı karşıya kaldığında hissettiği kısa süreli kaygıya durumluk kaygı, bireyin genel yaşamdaki stres ve tehlike algısına ise sürekli kaygı denir. Birey iradesine uygun durumluk kaygı sergiler ve tehlike ortadan kalktığında kaygı ortadan kalkar. Sürekli kaygı, bireyin yaşamı boyunca verdiği kararlardan kaynaklanır ve bireyin pişmanlık duygusu, sürekli kaygının ortaya çıkmasına neden olan temel faktördür. Bireyin ilerideki yaşamında iş kaygısı gibi belirsizlikler, kişinin sürekli olarak kaygılı hissetmesine neden olabilir (Ceyhan ve Gül Akmaz, 2009).

Bireyin günlük yaşantısında dış etkenlerden bağımsız olarak yaygın ve devamlı şekilde karamsar, stres karşısında aşırı tepkili, endişeli, sıkıntılı ve mutsuz hissettiği durumun eşlik ettiği duygulanım hali olarak tanımlanabilir. Genellikle yaşanan olay ve durumları karamsar ve gergin anlama eğilimi halinin eşlik ettiği sürekli kaygı durumunda birey, dışarı çevre ve etkenlerin olmaması durumunda bile mutsuzluk ve huzursuzluk halinin devam ettiği durumlardır.

Sıradan durumları tehdit olarak görmek, insanları sürekli endişe ve strese sokabilir. Normal durumları tehdit olarak görmek ve baskı hissetmek, bireyin geçmiş yaşamıyla ilgilidir ve kişinin bazı kişilik özelliklerini ortaya çıkarır. Bu sürekli kaygı bir tehdit ve stres kaynağıdır ve bireyin hayatının mutsuz olmasına neden olabilir. Sürekli kaygı yaşayan kişiler güçlü olumsuz düşüncelere sahip olabilir, bu nedenle normal insanlara göre yoğun ve sık kaygı yaşarlar. Durumluk kaygı ani ve belirli tehditlerle ilişkili olduğu için kalıcı kaygıya göre daha az yaşanan geçici bir kaygıdır (Umuzdaş ve Tök, 2020).

Kaygı, durumluk kaygı ve sürekli kaygı olarak ikiye ayrılabilir. Kişi belirli bir durum ve zamanda kısa süreli veya geçici endişe, korku ve tehlike hissettiğinde, bu bir endişe halidir. Sürekli kaygı ise bireylerin ileriki yaşamlarında karşılaşılabilecekleri tehlikeli durumlara karşı sürekli korku ve kaygı duymaları durumudur. Bireyin gelecek kaygısı içinde olması ve bunu kontrol edememesi bireyin sürekli bir kaygı içinde olmasına neden olur. Bu kişi yaşamı boyunca sonucun kendi isteklerine aykırı olacağına inanmış ve bu nedenle sürekli bir endişe, korku, tehdit ve huzursuzluk hali sürekli bir hal almıştır. Gelecek yaşamını iyi tasarlayamayan ve istedikleri hedeflere ulaşamayanlar içe kapanacak, baskı altında ve çaresiz hissedeceklerdir. Bu durumdan dolayı bir kaygı hali içinde olmuştur (Aydın, 2017).

Durumluk kaygı, bireyin geçici olarak başına gelen ve anlık nedenlere dayanan bir kaygı türüdür. Bireyin hayatındaki tehlikeli durumların oluşturduğu korku ve tehditler, durumluk kaygının ortaya çıkmasına neden olabilir ve durumun ilerlemesi ile kaygı artabilir veya azalabilir. Öte yandan, sürekli kaygı, kişinin yaşamını mutsuz eden dış dünyadan ziyade bireyin iç yaşamıyla ilgilidir. Sürekli kaygı durumunda olan bireyin tepkileri, davranışları ve görüşleri, kişinin hayatındaki durum hakkında sürekli endişe duymasına neden olur (Karadağ ve Diken, 2020).

Durumluk kaygı, bireylerin geçici kaygı durumlarına bağlı olarak tehlike, korku, kaygı, sararma, terleme, titreme gibi değişiklikler yaşadığı bir kaygı türüdür. Sürekli kaygı, bir kişinin yaşamı boyunca kaygılı hissetme eğilimidir. Bu kişiler hayattaki birçok durumu stresli, tehlikeli ve endişe verici olarak yorumlarlar. Sürekli kaygı duyan kişiler kolayca incinir ve çabuk karamsar olurlar, bu nedenle birey mutsuz ve sosyal açıdan zayıf bir yaşam sürer (Çiftçi ve Erbiçer, 2018).

Uzun süreli olması nedeniyle sürekli kaygı bir kişilik eğilimi olarak yorumlanmaktadır (Teachman, 2006). Aslında kişiden kişiye değişen bir kişilik özelliğidir. Spielberg'e göre sürekli kaygı, kişinin kaygıya eğilimi olarak yorumlanır. Kaygıya yatkın kişiler, sürekli olarak yaşadıkları durum veya olayları stres ve tehdit olarak görürler ve durumluk kaygı ile tepki verirler (Kılınç, 2012). Tehdit edici durumların beklentilerinden oluşurlar ve bu tür durumların sürekli kaygısı tehlikelidir. Durumluk kaygıda yaşanan geçici kaygının aksine sürekli kaygı uzun süre devam eder. Ayrıca kaygının derecesi kişiden kişiye değişir (Lazarus, 1991). Sürekli kaygı düzeyi yüksek olan kişiler, tehlikeli durumlarla karşılaştıklarında daha yüksek düzeyde durumsal kaygı yaşarlar (Morales, 2012). Sürekli kaygıya fiziksel belirtiler

eklendiğinde, kişinin mesleki etkinliği azaldığında, işlevler ve kişilerarası ilişkiler bozulmaya başladığında, sürekli kaygının yerine patolojik kaygı kullanılır (Arslan, 2007).

Sürekli kaygı, aşırı kaygılı olan bireylerde görülen, kişinin kaygı yaşantısına olan bağımlılığı olarak isimlendirilen bir durum olarak tanımlanır. Sürekli kaygı oluşturabilecek durum ve olaylar karşısında birey devamlı bir kaygı reaksiyonuyla tepki vermektedir (Toktaş, 2017).

2.2.5. Kaygı ve Cinsel Fonksiyonlar İlişkisi

Birçok araştırmacı, kaygının kadın ve erkeklerde cinsel işlev bozukluğunu etkili bir şekilde uzatabileceğine inanmaktadır. Masters ve Johnson (1970), cinsel işlev bozukluğunun kısa süreli tedavisinde kaygıyı vurgulamanın önemini vurgulamıştır. Özellikle cinsel işlev bozukluğu olan bireyler ve çiftlerde performans sorunlarının önemini vurgulamıştır (Barlow, 1986).

Son zamanlarda yapılan çalışmalar, cinsel işlev bozukluğunda psikosomatik ve emosyonel faktörlerin rolünü ortaya koymuştur. Bu faktörler arasında başarısızlık kaygısı, performans kaygısı, öfke ve çaba kontrolü önemli rol oynamaktadır. Cinsel aktivitelerde başarılı olmayacağı beklentisi ve sonrasında olası olumsuz durumlar (sosyal ve akademik işlev bozukluğu) hakkındaki düşünceler zamanla yoğun kaygıya yol açabilmektedir (Güleç ve Köroğlu, 1998).

Aksine, bazı araştırmacılar seks ve kaygının farklı uçlarda olduğuna inanıyor. Cinsel dürtünün kaygıya neden olduğuna inanılsa da, kaygının insanlarda ve hayvanlarda cinsel uyarılmayı hafifçe artırdığı bulunmuştur. Deneysel ortamda hazırlanan yapay kaygının cinsel isteği artırabilmesine rağmen, cinsel işlev bozukluğu olan bireylerin cinsel tepkilerinde azalmaya yol açabileceği gösterilmiştir (Barlow, 1986).

Cinsel işlev bozukluğu dūřüncesinin olmamasının yarattığı olumsuz dūřüncelerin kişilerin cinsel performansla odaklanmasını zorlaştırdığı ve cinsel işlevi olumsuz etkilediği görölmektedir.

Günümüzde pek çok stres faktörünün cinsel yaşam üzerindeki önleyici etkisi, stres tepkisinin fizyolojik tepkisi ile açıklanabilmektedir. Stres koşulları altında vücudun hormonal dengesi, testislerin işlevini olumsuz yönde etkileyerek testosteron düzeylerinde azalmaya neden olabilir. Stres tepkisinin cinsel tepki döngüsü üzerinde yıkıcı bir etkisi vardır. Özellikle ereksiyon sırasında belirgindir. Ereksiyon otomatik fizyolojik bir olaydır. Bu sırada penise akan kan artar, kanın dışarı akması engellenir ve penis kanla dolar ve sertleşir. Stres tepkisi sırasında, ereksiyon fizyolojik olarak ağrılı hale gelir. Bu durumda sertleşme sorunu varsa, kişi kendini endişeli veya ağrılı hissediyorsa erken boşalma olması muhtemeldir (Tuğrul, 1999). Kockott ve Smith'e göre korku bu tür engellerde kendini güçlendirir (Taştan, Saatçioğlu, Özmen ve Erkmen, 2005).

Cinsellik genellikle gerginlik ve depresyonla sonuçlanır. Bu dönemde anksiyetenin cinsel uyarılma üzerindeki etkisi nedeniyle, kişinin aynı duyguyu tekrar yaşayacağı korkusundan dolayı cinsel uyarılma gerçekteşmez. Bu bir kısır döngü oluşturur. Bu döngünün cinsel işlev bozukluğuna yol açabileceği açıktır. Bu açıdan cinsellik psikosomatik tıbbın önemli konularından biridir (Çeri, Yılmaz ve Soykan, 2008).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Modeli

Bu çalışma Covid-19 pandemi sürecinde İstanbul'da kadınlarda durumluk ve sürekli kaygı ile cinsel fonksiyonlar arasındaki ilişkisinin değerlendirilmesi amacı ile ilişkisel tarama modeli kullanılarak yapılmıştır. Bu çalışmada ilişkisel araştırma yöntemi kullanılacaktır. İlişkisel tarama modeli, iki ve daha fazla sayıdaki değişken arasında birlikte değişimin varlığını belirlemeyi amaçlamakta olan tarama yaklaşımına denir. İlişkisel tarama modelinde, değişkenlerin birlikte değişip değişmediği; değişme varsa bunun nasıl olduğu saptanmaya çalışılır (Karasar, 2011).

3.2. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini 20-55 yaş arasında İstanbul'da yaşayan kadınlar oluşturmaktadır. Homojen bir yapıda olmayan bu evren için % 95 güven aralığında, \pm % 5 örnekleme hatası ile gerekli örneklem büyüklüğü 384 olarak hesaplanmıştır. Örneklem yöntemi, basit bir rastgele örnekleme yöntemi seçilmiştir. Basit tesadüfi örneklemenin seçilmesinin nedeni, basit tesadüfi örneklemenin temel ilkesinin, her bir anakütle elemanının örneğe aynı olasılıkla girebilmesidir (Pamuk, 2017).

3.3. Veri Toplama Aracı

Araştırmada veriler anket yöntemi ile toplanmıştır. Anket üç bölümden oluşmaktadır. Anket formunun ilk bölümünde katılımcıların yaş, cinsiyet vb. tanımlayıcı özelliklerini belirlemeye yönelik sorular bulunmaktadır. Anketin ikinci bölümünde kadın cinsel fonksiyon indeksi ve üçüncü durumluk ve sürekli kaygı ölçeği yer almaktadır.

3.3.1. Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi (Female Sexual Function Index- FSFI)

Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi, kadın cinsel işlevini değerlendirmek için 2000 yılında Rosen ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. 19 maddelik çok boyutlu bir ölçektir. Ölçek, son 4 haftadaki cinsel sorunları veya işlevleri değerlendirir. 6 alt boyutu vardır: arzu, uyarılma, lubrikasyon, orgazm, tatmin ve acı. 1. ve 2. sorularda cinsel istek sıklığı (puan aralığı, 1-5), uyarılma sıklığı, düzeyi, kesinlik ve tatmin 3-6

Sorularda (puan aralığı, 0-5), yağlamanın sıklığı ve zorluğu, bakım Sıklık ve zorluk cinsel ilişki 7-10. Soruda (puan aralığı, 0-5); orgazm sıklığı, zorluğu ve tatmini 11-13. Soruda (puan aralığı, 0-5); memnuniyet 14-16. Problemdede (0-1-5 arası); ağrı, vajinal yerleştirme sırasında ağrı var, yerleştirme sırasında ve sonrasındaki ağrı düzeyi 17-19'dur. Sorular (puan aralığı 0-5) işlenir ve değerlendirilir. Bu nedenle ölçekten alınabilecek en yüksek ham puan 95.0, en düşük ham puan 4.0'dır. Skor ne kadar yüksek olursa, cinsel işlev o kadar iyi olur. Alt boyutların faktör yükü istek için 0,6, uyarılma ve kayganlık için 0,3 ve orgazm, memnuniyet ve ağrı için 0,4 olarak belirlenmiştir. Testin güvenilirliği iki açıdan değerlendirilmiştir; Cronbach's Alpha ile iç tutarlılık ve altı alt boyutun test-tekrar test güvenilirliği 0.82 ve üzerinde bulunmuştur (Aygın ve Aslan, 2005).

Aygın ve Aslan 2005 yılında Türkçe ölçeğin güvenilirlik ve geçerlilik çalışması yapmışlardır. Örneklem en büyük kısmını (%40) 30-70 yaşındaki ev kadınları oluşturmuştur. Meme kanserli kadınların iç tutarlılık katsayısı oranının 0.70 ile 0.96 arasında olduğu, Cronbach's Alpha ortalamasının 0.98 olduğu ve 1 aylık aralıklarla ölçülen test-tekrar test güvenilirliğinin $r=0.75$ olduğu bulundu. Dolayısıyla araştırma sonuçları, Kadın Cinsel İşlev Ölçeği'nin Türk kadınlarının cinsel işlevini ölçmede etkili ve güvenilir olduğunu göstermektedir (Aygın ve Aslan, 2005).

3.3.2. Durumluk- Sürekli Kaygı Envanteri (STAI)

Envanter Spielberger, Gorsuch ve Lushene tarafından geliştirilmiştir. Öner ve Le Compte (1985) tarafından Türkçeye uyarlanmıştır. Envanterde her biri 20 maddelik iki bağımsız ölçek bulunmaktadır (Aydemir ve Köroğlu, 2007).

1-Durumluk Kaygı Ölçeği: Bireyin belirli bir zamanda, belirli koşullar altında nasıl hissettiğini belirler.

2- Sürekli Kaygı Ölçeği: Bireyin içinde bulunduğu durum ve koşullar ne olursa olsun kendini nasıl hissettiğini belirler.

Ölçekte "doğrudan (doğrudan)" ve "ters" ifadeler bulunmaktadır. Olumlu duyguları ifade eden "ters" ifadeler puanlandığında, 1 ağırlıklı olanlar 4'e, 4 ağırlıklı olanlar 1'e dönüştürülür. Olumsuz duyguları ifade eden doğrudan ifadelerde 4 değeri olan bir cevap kaygının derecesini gösterir. Tersine çevrilmiş ifadede 4 değeri düşük kaygıyı, 1 değeri yüksek kaygıyı ifade etmektedir. Durumluk Kaygı Ölçeğinde 10

madde (1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 ve 20), Sürekli Kaygı Ölçeğinde ise 7 madde (21, 26, 27, 30, 33, 36 ve 39. maddeler) ters çevrilmiş cümlelere sahiptir. Doğrudan ifadenin toplam ağırlıklı puanından ters ifadenin toplam ağırlıklı puanını çıkarın ve bu sayıya sabit bir değer ekleyin. Durumluk Kaygı Ölçeği'nin değeri 50, Sürekli Kaygı Ölçeği'nin değeri ise 35'tir. İki ölçekten alınan toplam puan 20 ile 80 arasında değişmektedir. Büyük puan yüksek düzeyde kaygıyı, küçük puan ise düşük düzeyde kaygıyı ifade etmektedir (Aydemir ve Köroğlu, 2007).

3.4. Verilerin İstatistiksel Analizi

Araştırmada elde edilen veriler bilgisayar ortamında SPSS 22.0 istatistik programı aracılığıyla değerlendirilmiştir. Araştırmaya katılan kadınların tanımlayıcı özelliklerinin belirlenmesinde frekans ve yüzde analizlerinden, ölçeğin incelenmesinde ortalama ve standart sapma istatistiklerinden faydalanılmıştır. Araştırma değişkenlerinin normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemek üzere Kurtosis (Basıklık) ve Skewness (Çarpıklık) değerleri incelenmiştir.

Tablo 2. Normal Dağılım

	N	Basıklık	Çarpıklık
Durumluk Kaygı	426	0,954	0,686
Sürekli Kaygı	426	0,854	0,680
İstek	426	-0,609	0,047
Uyarılma	426	-0,903	-0,482
Lubrikasyon	426	-1,229	-0,426
Orgazm	426	-1,213	0,092
Doyum	426	-0,733	-0,719
Ağrı	426	-0,110	0,993

İlgili literatürde, değişkenlerin basıklık çarpıklık değerlerine ilişkin sonuçların +1.5 ile -1.5 (Tabachnick ve Fidell, 2013), +2.0 ile -2.0 (George, ve Mallery, 2010) arasında olması normal dağılım olarak kabul edilmektedir. Kadınların ölçek düzeylerini belirleyen boyutlar arasındaki ilişkiler korelasyon ve regresyon analizleri aracılığıyla incelenmiştir. Kadınların tanımlayıcı özelliklerine göre ölçek düzeylerindeki farklılaşmaların incelenmesinde t-testi, tek yönlü varyans analizi (Anova) ve post hoc (Tukey, LSD) analizlerinden faydalanılmıştır.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR VE YORUMLAR

4.1. Kadınların Tanımlayıcı Özelliklerine Yönelik Bulgular

Araştırmaya kadınların tanımlayıcı özelliklerine yönelik bulgular aşağıda yer almaktadır.

Tablo 3. Kadınların Tanımlayıcı Özelliklere Göre Dağılımı

Yaş		
25-35	105	24,6
Gruplar	Frekans(n)	Yüzde (%)
36-45	222	52,1
46-55	99	23,2
Medeni Durum		
Bekar	120	28,2
Evli	306	71,8
Öğrenim Durumu		
Ortaokul Ve Altı	27	6,3
Lise	60	14,1
Önlisans	30	7,0
Lisans	192	45,1
Lisansüstü	117	27,5
Gelir Düzeyi		
Gelirim Giderimden Az	114	26,8
Gelirim Giderime Eşit	156	36,6
Gelirim Giderimden Fazla	156	36,6
Kronik Hastalık Varlığı		
Evet	93	21,8
Hayır	333	78,2
Kullanılan İlaç Varlığı		
Evet	105	24,6
Hayır	321	75,4
Sigara Kullanma Durumu		
Evet	138	32,4
Hayır	288	67,6
Alkol Kullanma Durumu		
Evet	207	48,6
Hayır	219	51,4
Adet Döngüsü		
Menopoz	30	7,0

26 Ve Altı	156	36,6
27-30	210	49,3
31 Ve Üzeri	30	7,0
Adet Süresi		
1-3 Gün	36	9,1
4-6 Gün	270	68,2
7 Ve Üzeri	90	22,7
Adetin Düzenli Olma Durumu		
Evet	348	81,7
Hayır	78	18,3
Bki		
Zayıf	21	4,9
Normal Kilolu	252	59,2
Fazla Kilolu	114	26,8
I.derece Obez Ve Üzeri	39	9,2
Cinsel İlişki Sıklığı		
Ayda Birkaç Kez	150	35,2
2 Haftada Bir	54	12,7
Haftada Bir Ve Üzeri	222	52,1
Çalışma Durumu		
Çalışıyorum	333	78,2
Çalışmıyorum	93	21,8

Kadınlar yaşa göre 105'i (%24,6) 25-35, 222'si (%52,1) 36-45, 99'u (%23,2) 46-55 olarak dağılmaktadır.

Kadınlar medeni duruma göre 120'si (%28,2) bekar, 306'sı (%71,8) evli olarak dağılmaktadır.

Kadınlar öğrenim durumuna göre 27'si (%6,3) ortaokul ve altı, 60'ı (%14,1) lise, 30'u (%7,0) önlisans, 192'si (%45,1) lisans, 117'si (%27,5) lisansüstü olarak dağılmaktadır.

Kadınlar gelir düzeyine göre 114'ü (%26,8) gelirim giderimden az, 156'sı (%36,6) gelirim giderime eşit, 156'sı (%36,6) gelirim giderimden fazla olarak dağılmaktadır.

Kadınlar kronik hastalık varlığına göre 93'ü (%21,8) evet, 333'ü (%78,2) hayır olarak dağılmaktadır.

Kadınlar kullanılan ilaç varlığına göre 105'i (%24,6) evet, 321'i (%75,4) hayır olarak dağılmaktadır.

Kadınlar sigara kullanma durumuna göre 138'i (%32,4) evet, 288'i (%67,6) hayır olarak dağılmaktadır.

Kadınlar alkol kullanma durumuna göre 207'si (%48,6) evet, 219'u (%51,4) hayır olarak dağılmaktadır.

Kadınlar adet döngüsüne göre 30'u (%7,0) menopoz, 156'sı (%36,6) 26 ve altı, 210'u (%49,3) 27-30, 30'u (%7,0) 31 ve üzeri olarak dağılmaktadır.

Kadınlar adet süresine göre 36'sı (%9,1) 1-3 gün, 270'i (%68,2) 4-6 gün, 90'ı (%22,7) 7 ve üzeri olarak dağılmaktadır.

Kadınlar adet düzenli olma durumuna göre 348'i (%81,7) evet, 78'i (%18,3) hayır olarak dağılmaktadır.

Kadınlar bki değerine göre 21'i (%4,9) zayıf, 252'si (%59,2) normal kilolu, 114'ü (%26,8) fazla kilolu, 39'u (%9,2) I.derece obez ve üzeri olarak dağılmaktadır.

Kadınlar cinsel ilişki sıklığına göre 150'si (%35,2) ayda birkaç kez, 54'ü (%12,7) 2 haftada bir, 222'si (%52,1) haftada bir ve üzeri olarak dağılmaktadır.

Kadınlar çalışma durumuna göre 333'ü (%78,2) çalışıyorum, 93'ü (%21,8) çalışmıyorum olarak dağılmaktadır.

4.2. Durumluk Kaygı, Sürekli Kaygı ve Cinsel Fonksiyon Puan Ortalamaları

Tablo 4. Kaygı Puan Ortalamaları

	N	Ort	Ss	Min.	Maks.
Durumluk Kaygı	426	41,106	5,636	24,000	63,000
Sürekli Kaygı	426	45,134	5,319	33,000	70,000

Kadınların “durumluk kaygı” ortalaması $41,106 \pm 5,636$ (Min=24; Maks=63), “sürekli kaygı” ortalaması $45,134 \pm 5,319$ (Min=33; Maks=70), olarak saptanmıştır.

Tablo 5. Cinsel Fonksiyonlar Puan Ortalamaları

	N	Ort	Ss	Min.	Maks.
İstek	426	3,051	1,137	1,200	5,400
Uyarılma	426	3,516	1,479	0,600	5,700
Lubrikasyon	426	4,164	1,671	1,200	6,000
Orgazm	426	3,639	1,602	1,200	6,000
Doyum	426	4,101	1,586	1,200	6,000
Ağrı	426	1,668	1,060	0,800	4,800

Kadınların “istek” ortalaması orta 3,051±1,137 (Min=1.2; Maks=5.4), “uyarılma” ortalaması 3,516±1,479 (Min=0.6; Maks=5.7), “lubrikasyon” ortalaması 4,164±1,671 (Min=1.2; Maks=6), “orgazm” ortalaması 3,639±1,602 (Min=1.2; Maks=6), “doyum” ortalaması 4,101±1,586 (Min=1.2; Maks=6), “ağrı” ortalaması 1,668±1,060 (Min=0.8; Maks=4.8), olarak saptanmıştır.

4.3. Durumluk Kaygı, Sürekli Kaygı ve Cinsel Fonksiyon Arasındaki İlişkiler

Tablo 6. Durumluk Kaygı, Sürekli Kaygı ve Cinsel Fonksiyon Puanları Arasında Korelasyon Analizi

		Durumluk Kaygı	Sürekli Kaygı	İstek	Uyarılma	Lubrikasyon	Orgazm	Doyum	Ağrı
Durumluk Kaygı	r	1,000							
	p	0,000							
Sürekli Kaygı	r	0,134**	1,000						
	p	0,006	0,000						
İstek	r	0,079	-0,062	1,000					
	p	0,103	0,201	0,000					
Uyarılma	r	-0,042	-0,074	0,653**	1,000				
	p	0,389	0,128	0,000	0,000				
Lubrikasyon	r	-0,047	-0,140**	0,530**	0,747**	1,000			
	p	0,333	0,004	0,000	0,000	0,000			
Orgazm	r	0,009	-0,106*	0,507**	0,781**	0,729**	1,000		
	p	0,859	0,028	0,000	0,000	0,000	0,000		
Doyum	r	-0,051	-0,084	0,533**	0,809**	0,655**	0,783**	1,000	
	p	0,296	0,085	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	
Ağrı	r	-0,074	0,040	-0,194**	-0,200**	-0,282**	-0,244**	-0,090	1,000
	p	0,130	0,411	0,000	0,000	0,000	0,000	0,063	0,000

*<0,05; **<0,01; Korelasyon Analizi

Durumluk kaygı, sürekli kaygı, istek, uyarılma, lubrikasyon, orgazm, doyum, ağrı, puanları arasında korelasyon analizleri incelendiğinde; Sürekli kaygı ile durumluk kaygı arasında $r=0.134$ pozitif ($p=0,006<0.05$), Uyarılma ile istek arasında $r=0.653$ pozitif ($p=0,000<0.05$), Lubrikasyon ile sürekli kaygı arasında $r=-0.14$ negatif ($p=0,004<0.05$), Lubrikasyon ile istek arasında $r=0.53$ pozitif ($p=0,000<0.05$), Lubrikasyon ile uyarılma arasında $r=0.747$ pozitif ($p=0,000<0.05$), Orgazm ile sürekli kaygı arasında $r=-0.106$ negatif ($p=0,028<0.05$), Orgazm ile istek arasında $r=0.507$ pozitif ($p=0,000<0.05$), Orgazm ile uyarılma arasında $r=0.781$ pozitif ($p=0,000<0.05$), Orgazm ile lubrikasyon arasında $r=0.729$ pozitif ($p=0,000<0.05$), Doyum ile istek arasında $r=0.533$ pozitif ($p=0,000<0.05$), Doyum ile uyarılma

arasında $r=0.809$ pozitif ($p=0,000<0.05$), Doyum ile lubrikasyon arasında $r=0.655$ pozitif ($p=0,000<0.05$), Doyum ile orgazm arasında $r=0.783$ pozitif ($p=0,000<0.05$), Ağrı ile istek arasında $r=-0.194$ negatif ($p=0,000<0.05$), Ağrı ile uyarılma arasında $r=-0.2$ negatif ($p=0,000<0.05$), Ağrı ile lubrikasyon arasında $r=-0.282$ negatif ($p=0,000<0.05$), Ağrı ile orgazm arasında $r=-0.244$ negatif ($p=0,000<0.05$), korelasyon bulunmuştur. Diğer değişkenler arasındaki korelasyon ilişkileri istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Tablo 7. Durumluk Kaygı, Sürekli Kaygının Cinsel Fonksiyon Üzerine Etkisi

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	β	t	p	F	Model (p)	R ²
İstek	Sabit	3,026	5,210	0,000	2,488	0,084	0,007
	Durumluk Kaygı	0,018	1,825	0,069			
	Sürekli Kaygı	-0,016	-1,516	0,130			
Uyarılma	Sabit	4,740	6,260	0,000	1,385	0,251	0,002
	Durumluk Kaygı	-0,009	-0,666	0,506			
	Sürekli Kaygı	-0,019	-1,423	0,156			
Lubrikasyon	Sabit	6,443	7,584	0,000	4,395	0,013	0,016
	Durumluk Kaygı	-0,009	-0,594	0,553			
	Sürekli Kaygı	-0,043	-2,799	0,005			
Orgazm	Sabit	4,855	5,935	0,000	2,533	0,025	0,007
	Durumluk Kaygı	0,007	0,477	0,634			
	Sürekli Kaygı	-0,033	-2,244	0,025			
Doyum	Sabit	5,621	6,929	0,000	1,832	0,161	0,004
	Durumluk Kaygı	-0,011	-0,826	0,409			
	Sürekli Kaygı	-0,023	-1,601	0,110			
Ağrı	Sabit	1,832	3,380	0,001	1,692	0,185	0,003
	Durumluk Kaygı	-0,015	-1,644	0,101			
	Sürekli Kaygı	0,010	1,038	0,300			

Lineer Regresyon Analizi

Durumluk kaygı, sürekli kaygı ile istek arasındaki neden sonuç ilişkisini belirlemek üzere yapılan regresyon analizi anlamlı bulunmamıştır ($F=2,488$; $p=0,084>0,050$).

Durumluk kaygı, sürekli kaygı ile uyarılma arasındaki neden sonuç ilişkisini belirlemek üzere yapılan regresyon analizi anlamlı bulunmamıştır ($F=1,385$; $p=0,251>0,050$).

Durumluk kaygı, sürekli kaygı ile lubrikasyon arasındaki neden sonuç ilişkisini belirlemek üzere yapılan regresyon analizi anlamlı bulunmuştur ($F=4,395$; $p=0,013<0.05$). Lubrikasyon düzeyindeki toplam değişim %1.6 oranında durumluk

kaygı, sürekli kaygı tarafından açıklanmaktadır ($R^2=0,016$). Durumluk kaygı lubrikasyon düzeyini etkilememektedir ($p=0.553>0.05$). Sürekli kaygı lubrikasyon düzeyini azaltmaktadır ($\beta=-0,043$).

Durumluk kaygı, sürekli kaygı ile orgazm arasındaki neden sonuç ilişkisini belirlemek üzere yapılan regresyon analizi anlamlı bulunmuştur ($F=2,533$; $p=0,025<0.05$). Orgazm düzeyindeki toplam değişim %0.7 oranında durumluk kaygı, sürekli kaygı tarafından açıklanmaktadır ($R^2=0,007$). Durumluk kaygı orgazm düzeyini etkilememektedir ($p=0.634>0.05$). Sürekli kaygı orgazm düzeyini azaltmaktadır ($\beta=-0,033$).

Durumluk kaygı, sürekli kaygı ile doyum arasındaki neden sonuç ilişkisini belirlemek üzere yapılan regresyon analizi anlamlı bulunmamıştır ($F=1,832$; $p=0,161>0,050$).

Durumluk kaygı, sürekli kaygı ile ağrı arasındaki neden sonuç ilişkisini belirlemek üzere yapılan regresyon analizi anlamlı bulunmamıştır ($F=1,692$; $p=0,185>0,050$).

4.4. Cinsel Fonksiyonların Tanımlayıcı Özelliklere Göre Karşılaştırılması

Tablo 8. Cinsel Fonksiyon Puanlarının Yaşa Göre Farklılaşma Durumu

	Grup	N	Ort	Ss	F	p	Fark
İstek	25-35	105	3,086	1,080	4,932	0,008	1>3 2>3
	36-45	222	3,170	1,090			
	46-55	99	2,746	1,251			
Uyarılma	25-35	105	3,677	1,310	8,702	0,000	1>3 2>3
	36-45	222	3,677	1,407			
	46-55	99	2,982	1,681			
Lubrikasyon	25-35	105	4,449	1,555	4,515	0,011	1>3 2>3
	36-45	222	4,208	1,669			
	46-55	99	3,764	1,735			
Orgazm	25-35	105	3,646	1,551	0,206	0,814	
	36-45	222	3,676	1,585			
	46-55	99	3,552	1,702			
Doyum	25-35	105	4,320	1,566	3,879	0,021	1>3 2>3
	36-45	222	4,162	1,524			
	46-55	99	3,733	1,693			
Ağrı	25-35	105	1,783	1,250	2,542	0,080	
	36-45	222	1,703	1,030			
	46-55	99	1,467	0,872			

Tek Yönlü Varyans Analizi

Kadınların yaşa göre istek puanları anlamlı farklılık göstermektedir($F_{(2, 423)}=4,932$; $p=0,008<0.05$). Farkın nedeni; yaş 25-35 olanların istek puanlarının ($\bar{x}=3,086$), yaş 46-55 olanların istek puanlarından ($\bar{x}=2,746$) yüksek olmasıdır. Yaşı 36-45 olanların istek puanlarının ($\bar{x}=3,170$), yaş 46-55 olanların istek puanlarından ($\bar{x}=2,746$) yüksek olmasıdır.

Kadınların yaşa göre uyarılma puanları anlamlı farklılık göstermektedir($F_{(2, 423)}=8,702$; $p=0,000<0.05$). Farkın nedeni; yaş 25-35 olanların uyarılma puanlarının ($\bar{x}=3,677$), yaş 46-55 olanların uyarılma puanlarından ($\bar{x}=2,982$) yüksek olmasıdır. Yaşı 36-45 olanların uyarılma puanlarının ($\bar{x}=3,677$), yaş 46-55 olanların uyarılma puanlarından ($\bar{x}=2,982$) yüksek olmasıdır.

Kadınların yaşa göre lubrikasyon puanları anlamlı farklılık göstermektedir($F_{(2, 423)}=4,515$; $p=0,011<0.05$). Farkın nedeni; yaş 25-35 olanların lubrikasyon puanlarının ($\bar{x}=4,449$), yaş 46-55 olanların lubrikasyon puanlarından ($\bar{x}=3,764$) yüksek olmasıdır. Yaşı 36-45 olanların lubrikasyon puanlarının ($\bar{x}=4,208$), yaş 46-55 olanların lubrikasyon puanlarından ($\bar{x}=3,764$) yüksek olmasıdır.

Kadınların yaşa göre doyum puanları anlamlı farklılık göstermektedir($F_{(2, 423)}=3,879$; $p=0,021<0.05$). Farkın nedeni; yaş 25-35 olanların doyum puanlarının ($\bar{x}=4,320$), yaş 46-55 olanların doyum puanlarından ($\bar{x}=3,733$) yüksek olmasıdır. Yaşı 36-45 olanların doyum puanlarının ($\bar{x}=4,162$), yaş 46-55 olanların doyum puanlarından ($\bar{x}=3,733$) yüksek olmasıdır.

Kadınların orgazm, ağrı puanları yaşa göre anlamlı farklılık göstermemektedir($p>0.05$).

Tablo 9. Cinsel Fonksiyon Puanlarının Medeni Duruma Göre Farklılaşma Durumu

	Grup	N	Ort	Ss	t	sd	p
İstek	Bekar	120	3,285	1,327	2,682	424	0,017
	Evli	306	2,959	1,042			
Uyarılma	Bekar	120	3,668	1,634	1,330	424	0,214
	Evli	306	3,456	1,412			
Lubrikasyon	Bekar	120	4,193	1,888	0,220	424	0,839
	Evli	306	4,153	1,581			
Orgazm	Bekar	120	3,600	1,767	-0,318	424	0,765
	Evli	306	3,655	1,535			
Doyum	Bekar	120	4,140	1,804	0,314	424	0,772
	Evli	306	4,086	1,495			
Ağrı	Bekar	120	1,500	0,856	-2,052	424	0,022
	Evli	306	1,733	1,124			

Bağımsız Gruplar T-Testi

Kadınların medeni duruma göre istek puanları anlamlı farklılık göstermektedir($t_{(424)}=2.682$; $p=0.017<0.05$). Bekarların istek puanları ($\bar{x}=3,285$), evlilerin istek puanlarından ($\bar{x}=2,959$) yüksek bulunmuştur.

Kadınların medeni duruma göre ağrı puanları anlamlı farklılık göstermektedir($t_{(424)}=-2.052$; $p=0.022<0.05$). Evlilerin ağrı puanları ($\bar{x}=1,733$), bekarların ağrı puanlarından ($\bar{x}=1,500$) yüksek bulunmuştur.

Kadınların uyarılma, lubrikasyon, orgazm, doyum puanları medeni duruma göre anlamlı farklılık göstermemektedir($p>0,05$).

Tablo 10. Cinsel Fonksiyon Puanlarının Öğrenim Durumuna Göre Farklılaşma Durumu

	Grup	N	Ort	Ss	F	p	Fark
İstek	Ortaokul Ve Altı	27	2,267	1,435	5,782	0,000	3>1
	Lise	60	2,730	1,073			4>1
	Önlisans	30	3,120	0,598			5>1
	Lisans	192	3,131	1,082			4>2
	Lisansüstü	117	3,246	1,195			5>2
Uyarılma	Ortaokul Ve Altı	27	1,600	1,039	15,071	0,000	2>1
	Lise	60	3,360	1,375			3>1
	Önlisans	30	3,600	1,142			4>1
	Lisans	192	3,609	1,443			5>1
	Lisansüstü	117	3,862	1,431			5>2
Lubrikasyon	Ortaokul Ve Altı	27	3,433	1,391	3,602	0,007	3>1
	Lise	60	3,675	1,600			4>1
	Önlisans	30	4,530	1,319			5>1
	Lisans	192	4,228	1,776			3>2
	Lisansüstü	117	4,385	1,589			4>2
							5>2
Orgazm	Ortaokul Ve Altı	27	2,622	0,840	3,607	0,007	2>1
	Lise	60	3,580	1,580			3>1
	Önlisans	30	3,800	1,481			4>1
	Lisans	192	3,625	1,692			5>1
	Lisansüstü	117	3,887	1,549			
Doyum	Ortaokul Ve Altı	27	2,889	1,342	4,862	0,001	2>1
	Lise	60	4,080	1,279			3>1
	Önlisans	30	4,200	1,140			4>1
	Lisans	192	4,113	1,790			5>1
	Lisansüstü	117	4,349	1,404			
Ağrı	Ortaokul Ve Altı	27	1,778	0,840	13,571	0,000	2>1
	Lise	60	2,500	1,454			2>3
	Önlisans	30	1,840	1,079			2>4
	Lisans	192	1,519	0,949			2>5
	Lisansüstü	117	1,415	0,797			3>5

Tek Yönlü Varyans Analizi

Kadınların öğrenim durumuna göre istek puanları anlamlı farklılık göstermektedir ($F_{(4, 421)}=5,782$; $p=0,000<0.05$). Farkın nedeni; öğrenim durumu önlisans olanların istek puanlarının ($\bar{x}=3,120$), öğrenim durumu ortaokul ve altı olanların istek puanlarından ($\bar{x}=2,267$) yüksek olmasıdır. Öğrenim durumu lisans olanların istek puanlarının ($\bar{x}=3,131$), öğrenim durumu ortaokul ve altı olanların istek puanlarından ($\bar{x}=2,267$) yüksek olmasıdır. Öğrenim durumu lisansüstü olanların istek

puanlarının ($\bar{x}=3,246$), öğrenim durumu ortaokul ve altı olanların istek puanlarından ($\bar{x}=2,267$) yüksek olmasıdır. Öğrenim durumu lisans olanların istek puanlarının ($\bar{x}=3,131$), öğrenim durumu lise olanların istek puanlarından ($\bar{x}=2,730$) yüksek olmasıdır. Öğrenim durumu lisansüstü olanların istek puanlarının ($\bar{x}=3,246$), öğrenim durumu lise olanların istek puanlarından ($\bar{x}=2,730$) yüksek olmasıdır.

Kadınların öğrenim durumuna göre uyarılma puanları anlamlı farklılık göstermektedir($F_{(4, 421)}=15,071$; $p=0,000<0.05$). Farkın nedeni; öğrenim durumu lise olanların uyarılma puanlarının ($\bar{x}=3,360$), öğrenim durumu ortaokul ve altı olanların uyarılma puanlarından ($\bar{x}=1,600$) yüksek olmasıdır. Öğrenim durumu önlisans olanların uyarılma puanlarının ($\bar{x}=3,600$), öğrenim durumu ortaokul ve altı olanların uyarılma puanlarından ($\bar{x}=1,600$) yüksek olmasıdır. Öğrenim durumu lisans olanların uyarılma puanlarının ($\bar{x}=3,609$), öğrenim durumu ortaokul ve altı olanların uyarılma puanlarından ($\bar{x}=1,600$) yüksek olmasıdır. Öğrenim durumu lisansüstü olanların uyarılma puanlarının ($\bar{x}=3,862$), öğrenim durumu ortaokul ve altı olanların uyarılma puanlarından ($\bar{x}=1,600$) yüksek olmasıdır. Öğrenim durumu lisansüstü olanların uyarılma puanlarının ($\bar{x}=3,862$), öğrenim durumu lise olanların uyarılma puanlarından ($\bar{x}=3,360$) yüksek olmasıdır.

Kadınların öğrenim durumuna göre lubrikasyon puanları anlamlı farklılık göstermektedir($F_{(4, 421)}=3,602$; $p=0,007<0.05$). Farkın nedeni; öğrenim durumu önlisans olanların lubrikasyon puanlarının ($\bar{x}=4,530$), öğrenim durumu ortaokul ve altı olanların lubrikasyon puanlarından ($\bar{x}=3,433$) yüksek olmasıdır. Öğrenim durumu lisans olanların lubrikasyon puanlarının ($\bar{x}=4,228$), öğrenim durumu ortaokul ve altı olanların lubrikasyon puanlarından ($\bar{x}=3,433$) yüksek olmasıdır. Öğrenim durumu lisansüstü olanların lubrikasyon puanlarının ($\bar{x}=4,385$), öğrenim durumu ortaokul ve altı olanların lubrikasyon puanlarından ($\bar{x}=3,433$) yüksek olmasıdır. Öğrenim durumu önlisans olanların lubrikasyon puanlarının ($\bar{x}=4,530$), öğrenim durumu lise olanların lubrikasyon puanlarından ($\bar{x}=3,675$) yüksek olmasıdır. Öğrenim durumu lisans olanların lubrikasyon puanlarının ($\bar{x}=4,228$), öğrenim durumu lise olanların lubrikasyon puanlarından ($\bar{x}=3,675$) yüksek olmasıdır. Öğrenim durumu lisansüstü olanların lubrikasyon puanlarının ($\bar{x}=4,385$), öğrenim durumu lise olanların lubrikasyon puanlarından ($\bar{x}=3,675$) yüksek olmasıdır.

Kadınların öğrenim durumuna göre orgazm puanları anlamlı farklılık göstermektedir($F_{(4, 421)}=3,607$; $p=0,007<0.05$). Farkın nedeni; öğrenim durumu lise olanların orgazm puanlarının ($\bar{x}=3,580$), öğrenim durumu ortaokul ve altı olanların orgazm puanlarından ($\bar{x}=2,622$) yüksek olmasıdır. Öğrenim durumu önlisans olanların orgazm puanlarının ($\bar{x}=3,800$), öğrenim durumu ortaokul ve altı olanların

orgazm puanlarından ($\bar{x}=2,622$) yüksek olmasıdır. Öğrenim durumu lisans olanların orgazm puanlarının ($\bar{x}=3,625$), öğrenim durumu ortaokul ve altı olanların orgazm puanlarından ($\bar{x}=2,622$) yüksek olmasıdır. Öğrenim durumu lisansüstü olanların orgazm puanlarının ($\bar{x}=3,887$), öğrenim durumu ortaokul ve altı olanların orgazm puanlarından ($\bar{x}=2,622$) yüksek olmasıdır.

Kadınların öğrenim durumuna göre doyum puanları anlamlı farklılık göstermektedir($F_{(4, 421)}=4,862$; $p=0,001<0.05$). Farkın nedeni; öğrenim durumu lise olanların doyum puanlarının ($\bar{x}=4,080$), öğrenim durumu ortaokul ve altı olanların doyum puanlarından ($\bar{x}=2,889$) yüksek olmasıdır. Öğrenim durumu önlisans olanların doyum puanlarının ($\bar{x}=4,200$), öğrenim durumu ortaokul ve altı olanların doyum puanlarından ($\bar{x}=2,889$) yüksek olmasıdır. Öğrenim durumu lisans olanların doyum puanlarının ($\bar{x}=4,113$), öğrenim durumu ortaokul ve altı olanların doyum puanlarından ($\bar{x}=2,889$) yüksek olmasıdır. Öğrenim durumu lisansüstü olanların doyum puanlarının ($\bar{x}=4,349$), öğrenim durumu ortaokul ve altı olanların doyum puanlarından ($\bar{x}=2,889$) yüksek olmasıdır.

Kadınların öğrenim durumuna göre ağrı puanları anlamlı farklılık göstermektedir($F_{(4, 421)}=13,571$; $p=0,000<0.05$). Farkın nedeni; öğrenim durumu lise olanların ağrı puanlarının ($\bar{x}=2,500$), öğrenim durumu ortaokul ve altı olanların ağrı puanlarından ($\bar{x}=1,778$) yüksek olmasıdır. Öğrenim durumu lise olanların ağrı puanlarının ($\bar{x}=2,500$), öğrenim durumu önlisans olanların ağrı puanlarından ($\bar{x}=1,840$) yüksek olmasıdır. Öğrenim durumu lise olanların ağrı puanlarının ($\bar{x}=2,500$), öğrenim durumu lisans olanların ağrı puanlarından ($\bar{x}=1,519$) yüksek olmasıdır. Öğrenim durumu lise olanların ağrı puanlarının ($\bar{x}=2,500$), öğrenim durumu lisansüstü olanların ağrı puanlarından ($\bar{x}=1,415$) yüksek olmasıdır. Öğrenim durumu önlisans olanların ağrı puanlarının ($\bar{x}=1,840$), öğrenim durumu lisansüstü olanların ağrı puanlarından ($\bar{x}=1,415$) yüksek olmasıdır.

Tablo 11. Cinsel Fonksiyon Puanlarının Gelir Düzeyine Göre Farklılaşma Durumu

	Grup	N	Ort	Ss	F	p	Fark
İstek	Gelirim Giderimden Az	114	3,158	1,095	1,482	0,228	
	Gelirim Giderime Eşit	156	2,931	1,054			
	Gelirim Giderimden Fazla	156	3,092	1,240			
Uyarılma	Gelirim Giderimden Az	114	3,608	1,375	1,509	0,222	
	Gelirim Giderime Eşit	156	3,352	1,485			
	Gelirim Giderimden Fazla	156	3,612	1,540			
Lubrikasyon	Gelirim Giderimden Az	114	4,042	1,503	2,043	0,131	
	Gelirim Giderime Eşit	156	4,039	1,645			
	Gelirim Giderimden Fazla	156	4,379	1,797			
Orgazm	Gelirim Giderimden Az	114	3,653	1,484	5,742	0,003	3>2
	Gelirim Giderime Eşit	156	3,331	1,530			
	Gelirim Giderimden Fazla	156	3,939	1,705			
Doyum	Gelirim Giderimden Az	114	4,095	1,632	0,669	0,513	
	Gelirim Giderime Eşit	156	4,000	1,548			
	Gelirim Giderimden Fazla	156	4,208	1,593			
Ağrı	Gelirim Giderimden Az	114	1,968	1,192	6,697	0,001	1>2 1>3
	Gelirim Giderime Eşit	156	1,515	0,975			
	Gelirim Giderimden Fazla	156	1,600	0,999			

Tek Yönlü Varyans Analizi

Kadınların gelir düzeyine göre orgazm puanları anlamlı farklılık göstermektedir($F_{(2, 423)}=5,742$; $p=0,003<0.05$). Farkın nedeni; geliri giderinden fazla olanların orgazm puanlarının ($\bar{x}=3,939$), geliri giderine eşit olanların orgazm puanlarından ($\bar{x}=3,331$) yüksek olmasıdır.

Kadınların gelir düzeyine göre ağrı puanları anlamlı farklılık göstermektedir($F_{(2, 423)}=6,697$; $p=0,001<0.05$). Farkın nedeni; geliri giderinden az olanların ağrı puanlarının ($\bar{x}=1,968$), geliri giderine eşit olanların ağrı puanlarından ($\bar{x}=1,515$) yüksek olmasıdır. Geliri giderinden az olanların ağrı puanlarının ($\bar{x}=1,968$), geliri giderinden fazla olanların ağrı puanlarından ($\bar{x}=1,600$) yüksek olmasıdır.

Kadınların istek, uyarılma, lubrikasyon, doyum puanları gelir düzeyine göre anlamlı farklılık göstermemektedir($p>0.05$).

Tablo 12. Cinsel Fonksiyon Puanlarının Kronik Hastalık Varlığına Göre Farklılaşma Durumu

	Grup	N	Ort	Ss	t	sd	p
İstek	Evet	93	2,400	1,147	-6,540	424	0,000
	Hayır	333	3,232	1,068			
Uyarılma	Evet	93	2,758	1,744	-5,797	424	0,000
	Hayır	333	3,727	1,323			
Lubrikasyon	Evet	93	3,319	1,654	-5,716	424	0,000
	Hayır	333	4,400	1,600			
Orgazm	Evet	93	2,994	1,706	-4,496	424	0,000
	Hayır	333	3,820	1,526			
Doyum	Evet	93	3,394	1,852	-5,004	424	0,000
	Hayır	333	4,299	1,445			
Ağrı	Evet	93	1,587	1,009	-0,829	424	0,408
	Hayır	333	1,690	1,074			

Bağımsız Gruplar T-Testi

Kadınların kronik hastalık varlığına göre istek puanları anlamlı farklılık göstermektedir($t_{(424)}=-6.540$; $p=0.000<0.05$). Kronik hastalığı olmayanların istek puanları ($\bar{x}=3,232$), kronik hastalığı olanların istek puanlarından ($\bar{x}=2,400$) yüksek bulunmuştur.

Kadınların kronik hastalık varlığına göre uyarılma puanları anlamlı farklılık göstermektedir($t_{(424)}=-5.797$; $p=0.000<0.05$). Kronik hastalığı olmayanların uyarılma puanları ($\bar{x}=3,727$), kronik hastalığı olanların uyarılma puanlarından ($\bar{x}=2,758$) yüksek bulunmuştur.

Kadınların kronik hastalık varlığına göre lubrikasyon puanları anlamlı farklılık göstermektedir($t_{(424)}=-5.716$; $p=0.000<0.05$). Kronik hastalığı olmayanların lubrikasyon puanları ($\bar{x}=4,400$), kronik hastalığı olanların lubrikasyon puanlarından ($\bar{x}=3,319$) yüksek bulunmuştur.

Kadınların kronik hastalık varlığına göre orgazm puanları anlamlı farklılık göstermektedir($t_{(424)}=-4.496$; $p=0.000<0.05$). Kronik hastalığı olmayanların orgazm puanları ($\bar{x}=3,820$), kronik hastalığı olanların orgazm puanlarından ($\bar{x}=2,994$) yüksek bulunmuştur.

Kadınların kronik hastalık varlığına göre doyum puanları anlamlı farklılık göstermektedir($t_{(424)}=-5.004$; $p=0.000<0.05$). Kronik hastalığı olmayanların doyum

puanları ($\bar{x}=4,299$), kronik hastalığı olanların doyum puanlarından ($\bar{x}=3,394$) yüksek bulunmuştur.

Kadınların ağrı puanları kronik hastalık varlığına göre anlamlı farklılık göstermemektedir($p>0,05$).

Tablo 13. Cinsel Fonksiyon Puanlarının Kullanılan İlaç Varlığına Göre Farklılaşma Durumu

	Grup	N	Ort	Ss	t	sd	p
İstek	Evet	105	2,726	1,062	-3,415	424	0,001
	Hayır	321	3,157	1,142			
Uyarılma	Evet	105	3,060	1,722	-3,689	424	0,001
	Hayır	321	3,665	1,361			
Lubrikasyon	Evet	105	3,574	1,764	-4,249	424	0,000
	Hayır	321	4,357	1,595			
Orgazm	Evet	105	3,200	1,779	-3,275	424	0,003
	Hayır	321	3,783	1,515			
Doyum	Evet	105	3,714	1,859	-2,907	424	0,011
	Hayır	321	4,228	1,467			
Ağrı	Evet	105	1,703	1,126	0,392	424	0,695
	Hayır	321	1,656	1,038			

Bağımsız Gruplar T-Testi

Kadınların kullanılan ilaç varlığına göre istek puanları anlamlı farklılık göstermektedir($t_{(424)}=-3.415$; $p=0.001<0.05$). Sürekli ilaç kullanmayanların istek puanları ($\bar{x}=3,157$), Sürekli İlaç kullananların istek puanlarından ($\bar{x}=2,726$) yüksek bulunmuştur.

Kadınların kullanılan ilaç varlığına göre uyarılma puanları anlamlı farklılık göstermektedir($t_{(424)}=-3.689$; $p=0.001<0.05$). Sürekli İlaç kullanmayanların uyarılma puanları ($\bar{x}=3,665$), Sürekli İlaç kullananların uyarılma puanlarından ($\bar{x}=3,060$) yüksek bulunmuştur.

Kadınların kullanılan ilaç varlığına göre lubrikasyon puanları anlamlı farklılık göstermektedir($t_{(424)}=-4.249$; $p=0.000<0.05$). Sürekli İlaç kullanmayanların lubrikasyon puanları ($\bar{x}=4,357$), Sürekli İlaç kullananların lubrikasyon puanlarından ($\bar{x}=3,574$) yüksek bulunmuştur.

Kadınların kullanılan ilaç varlığına göre orgazm puanları anlamlı farklılık göstermektedir($t_{(424)}=-3.275$; $p=0.003<0.05$). Sürekli İlaç kullanmayanların orgazm puanları ($\bar{x}=3,783$), Sürekli İlaç kullananların orgazm puanlarından ($\bar{x}=3,200$) yüksek bulunmuştur.

Kadınların kullanılan ilaç varlığına göre doyum puanları anlamlı farklılık göstermektedir($t_{(424)}=-2.907$; $p=0.011<0.05$). Sürekli İlaç kullanmayanların doyum puanları ($\bar{x}=4,228$), Sürekli İlaç kullananların doyum puanlarından ($\bar{x}=3,714$) yüksek bulunmuştur.

Kadınların ağrı puanları kullanılan ilaç varlığına göre anlamlı farklılık göstermemektedir($p>0,05$).

Tablo 14. Cinsel Fonksiyon Puanlarının Sigara Kullanma Durumuna Göre Farklılaşma Durumu

	Grup	N	Ort	Ss	t	sd	p
İstek	Evet	138	2,883	1,228	-2,120	424	0,043
	Hayır	288	3,131	1,084			
Uyarılma	Evet	138	3,339	1,631	-1,708	424	0,107
	Hayır	288	3,600	1,395			
Lubrikasyon	Evet	138	3,978	1,795	-1,592	424	0,127
	Hayır	288	4,253	1,604			
Orgazm	Evet	138	3,435	1,702	-1,830	424	0,068
	Hayır	288	3,738	1,545			
Doyum	Evet	138	3,730	1,691	-3,383	424	0,001
	Hayır	288	4,279	1,504			
Ağrı	Evet	138	1,530	0,966	-1,855	424	0,053
	Hayır	288	1,733	1,097			

Bağımsız Gruplar T-Testi

Kadınların sigara kullanma durumuna göre istek puanları anlamlı farklılık göstermektedir($t_{(424)}=-2.120$; $p=0.043<0.05$). Sigara kullanmayanların istek puanları ($\bar{x}=3,131$), sigara kullananların istek puanlarından ($\bar{x}=2,883$) yüksek bulunmuştur.

Kadınların sigara kullanma durumuna göre doyum puanları anlamlı farklılık göstermektedir($t_{(424)}=-3.383$; $p=0.001<0.05$). Sigara kullanmayanların doyum puanları ($\bar{x}=4,279$), sigara kullananların doyum puanlarından ($\bar{x}=3,730$) yüksek bulunmuştur.

Kadınların uyarılma, lubrikasyon, orgazm, ağrı puanları sigara kullanma durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir($p>0,05$).

Tablo 15. Cinsel Fonksiyon Puanlarının Alkol Kullanma Durumuna Göre Farklılaşma Durumu

	Grup	N	Ort	Ss	t	sd	p
İstek	Evet	207	3,409	1,138	6,628	424	0,000
	Hayır	219	2,712	1,030			
Uyarılma	Evet	207	3,796	1,435	3,863	424	0,000
	Hayır	219	3,251	1,474			
Lubrikasyon	Evet	207	4,544	1,606	4,666	424	0,000
	Hayır	219	3,806	1,655			
Orgazm	Evet	207	3,873	1,633	2,945	424	0,003
	Hayır	219	3,419	1,544			
Doyum	Evet	207	4,197	1,578	1,211	424	0,226
	Hayır	219	4,011	1,591			
Ağrı	Evet	207	1,565	1,007	-1,945	424	0,052
	Hayır	219	1,764	1,100			

Bağımsız Gruplar T-Testi

Kadınların alkol kullanma durumuna göre istek puanları anlamlı farklılık göstermektedir($t_{(424)}=6.628$; $p=0.000<0.05$). Alkol kullananların istek puanları ($\bar{x}=3,409$), alkol kullanmayanların istek puanlarından ($\bar{x}=2,712$) yüksek bulunmuştur.

Kadınların alkol kullanma durumuna göre uyarılma puanları anlamlı farklılık göstermektedir($t_{(424)}=3.863$; $p=0.000<0.05$). Alkol kullananların uyarılma puanları ($\bar{x}=3,796$), alkol kullanmayanların uyarılma puanlarından ($\bar{x}=3,251$) yüksek bulunmuştur.

Kadınların alkol kullanma durumuna göre lubrikasyon puanları anlamlı farklılık göstermektedir($t_{(424)}=4.666$; $p=0.000<0.05$). Alkol kullananların lubrikasyon puanları ($\bar{x}=4,544$), alkol kullanmayanların lubrikasyon puanlarından ($\bar{x}=3,806$) yüksek bulunmuştur.

Kadınların alkol kullanma durumuna göre orgazm puanları anlamlı farklılık göstermektedir($t_{(424)}=2.945$; $p=0.003<0.05$). Alkol kullananların orgazm puanları ($\bar{x}=3,873$), alkol kullanmayanların orgazm puanlarından ($\bar{x}=3,419$) yüksek bulunmuştur.

Kadınların doyum, ağrı puanları alkol kullanma durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir($p>0,05$).

Tablo 16. Cinsel Fonksiyon Puanlarının Adet Döngüsüne Göre Farklılaşma Durumu

	Grup	N	Ort	Ss	F	p	Fark
İstek	Menopoz	30	2,760	0,953	1,557	0,199	
	26 Ve Altı	156	2,965	1,025			
	27-30	210	3,129	1,240			
	31 Ve Üzeri	30	3,240	1,064			
Uyarılma	Menopoz	30	3,360	1,449	0,362	0,780	
	26 Ve Altı	156	3,462	1,296			
	27-30	210	3,587	1,609			
	31 Ve Üzeri	30	3,450	1,496			
Lubrikasyon	Menopoz	30	3,030	1,460	5,122	0,002	2>1 3>1 4>1
	26 Ve Altı	156	4,235	1,680			
	27-30	210	4,251	1,659			
	31 Ve Üzeri	30	4,320	1,563			
Orgazm	Menopoz	30	3,280	1,453	0,929	0,426	
	26 Ve Altı	156	3,562	1,651			
	27-30	210	3,726	1,613			
	31 Ve Üzeri	30	3,800	1,389			
Doyum	Menopoz	30	3,880	1,287	1,888	0,131	
	26 Ve Altı	156	3,908	1,571			
	27-30	210	4,229	1,626			
	31 Ve Üzeri	30	4,440	1,570			
Ağrı	Menopoz	30	2,120	1,194	2,110	0,098	
	26 Ve Altı	156	1,608	1,051			
	27-30	210	1,663	0,970			
	31 Ve Üzeri	30	1,560	1,449			

Tek Yönlü Varyans Analizi

Kadınların adet döngüsüne göre lubrikasyon puanları anlamlı farklılık göstermektedir($F_{(3, 422)}=5,122$; $p=0,002<0.05$). Farkın nedeni; adet döngüsü 26 ve altı olanların lubrikasyon puanlarının ($\bar{x}=4,235$), menopoza girenlerin lubrikasyon puanlarından ($\bar{x}=3,030$) yüksek olmasıdır. Adet döngüsü 27-30 olanların lubrikasyon puanlarının ($\bar{x}=4,251$), menopoza girenlerin lubrikasyon puanlarından ($\bar{x}=3,030$) yüksek olmasıdır. Adet döngüsü 31 ve üzeri olanların lubrikasyon puanlarının ($\bar{x}=4,320$), menopoza girenlerin lubrikasyon puanlarından ($\bar{x}=3,030$) yüksek olmasıdır.

Kadınların istek, uyarılma, orgazm, doyum, ağrı puanları adet döngüsüne göre anlamlı farklılık göstermemektedir($p>0.05$).

Tablo 17. Cinsel Fonksiyon Puanlarının Adet Süresine Göre Farklılaşma Durumu

	Grup	N	Ort	Ss	F	p	Fark
İstek	1-3 Gün	36	2,950	1,008	0,481	0,618	
	4-6 Gün	270	3,060	1,148			
	7 Ve Üzeri	90	3,160	1,206			
Uyarılma	1-3 Gün	36	2,975	1,529	2,850	0,059	
	4-6 Gün	270	3,600	1,468			
	7 Ve Üzeri	90	3,530	1,477			
Lubrikasyon	1-3 Gün	36	3,700	1,762	2,291	0,102	
	4-6 Gün	270	4,283	1,747			
	7 Ve Üzeri	90	4,370	1,260			
Orgazm	1-3 Gün	36	3,300	1,853	1,991	0,138	
	4-6 Gün	270	3,636	1,654			
	7 Ve Üzeri	90	3,907	1,337			
Doyum	1-3 Gün	36	3,667	1,613	5,338	0,005	3>1 3>2
	4-6 Gün	270	4,031	1,673			
	7 Ve Üzeri	90	4,560	1,291			
Ağrı	1-3 Gün	36	1,833	1,233	1,717	0,181	
	4-6 Gün	270	1,569	0,998			
	7 Ve Üzeri	90	1,747	1,082			

Tek Yönlü Varyans Analizi

Kadınların adet süresine göre doyum puanları anlamlı farklılık göstermektedir($F_{(2, 393)}=5,338$; $p=0,005<0,05$). Farkın nedeni; adet süresi 7 ve üzeri olanların doyum puanlarının ($\bar{x}=4,560$), adet süresi 1-3 gün olanların doyum puanlarından ($\bar{x}=3,667$) yüksek olmasıdır. Adet süresi 7 ve üzeri olanların doyum puanlarının ($\bar{x}=4,560$), adet süresi 4-6 gün olanların doyum puanlarından ($\bar{x}=4,031$) yüksek olmasıdır.

Kadınların istek, uyarılma, lubrikasyon, orgazm, ağrı puanları adet süresine göre anlamlı farklılık göstermemektedir($p>0,05$).

Tablo 18. Cinsel Fonksiyon Puanlarının Adetin Düzenli Olma Durumuna Göre Farklılaşma Durumu

	Grup	N	Ort	Ss	t	sd	p
İstek	Evet	348	3,083	1,146	1,229	424	0,220
	Hayır	78	2,908	1,094			
Uyarılma	Evet	348	3,484	1,460	-0,939	424	0,348
	Hayır	78	3,658	1,562			
Lubrikasyon	Evet	348	4,174	1,715	0,262	424	0,773
	Hayır	78	4,119	1,466			
Orgazm	Evet	348	3,572	1,610	-1,829	424	0,068
	Hayır	78	3,939	1,542			
Doyum	Evet	348	3,972	1,615	-3,595	424	0,000
	Hayır	78	4,677	1,311			
Ağrı	Evet	348	1,686	1,082	0,765	424	0,445
	Hayır	78	1,585	0,957			

Bağımsız Gruplar T-Testi

Kadınların adetini düzenli olma durumuna göre doyum puanları anlamlı farklılık göstermektedir ($t_{(424)} = -3.595$; $p = 0.000 < 0.05$). Adetini düzenli olmayanların doyum puanları ($\bar{x} = 4,677$), adetini düzenli olanların doyum puanlarından ($\bar{x} = 3,972$) yüksek bulunmuştur.

Kadınların istek, uyarılma, lubrikasyon, orgazm, ağrı puanları adetini düzenli olma durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p > 0,05$).

Tablo 19. Cinsel Fonksiyon Puanlarının Bki Değerine Göre Farklılaşma Durumu

	Grup	N	Ort	Ss	F	p	Fark
İstek	Zayıf	21	2,914	1,248	3,411	0,018	2>4 3>4
	Normal Kilolu	252	3,079	1,173			
	Fazla Kilolu	114	3,190	0,939			
	I.derece Obez Ve Üzeri	39	2,539	1,265			
Uyarılma	Zayıf	21	3,214	1,582	9,067	0,000	1>4 2>4 3>4
	Normal Kilolu	252	3,689	1,466			
	Fazla Kilolu	114	3,561	1,284			
	I.derece Obez Ve Üzeri	39	2,423	1,601			
Lubrikasyon	Zayıf	21	4,029	1,441	2,644	0,049	2>4
	Normal Kilolu	252	4,332	1,621			
	Fazla Kilolu	114	4,003	1,722			
	I.derece Obez Ve Üzeri	39	3,623	1,841			
Orgazm	Zayıf	21	3,257	0,941	4,771	0,003	2>3 2>4
	Normal Kilolu	252	3,867	1,631			
	Fazla Kilolu	114	3,411	1,491			
	I.derece Obez Ve Üzeri	39	3,046	1,767			
Doyum	Zayıf	21	3,657	1,631	9,146	0,000	2>1 2>3 2>4 3>4
	Normal Kilolu	252	4,395	1,491			
	Fazla Kilolu	114	3,842	1,627			
	I.derece Obez Ve Üzeri	39	3,200	1,565			
Ağrı	Zayıf	21	2,229	1,237	2,557	0,055	
	Normal Kilolu	252	1,686	1,066			
	Fazla Kilolu	114	1,547	0,967			
	I.derece Obez Ve Üzeri	39	1,600	1,113			

Tek Yönlü Varyans Analizi

Kadınların bki değerine göre istek puanları anlamlı farklılık göstermektedir($F_{(3, 422)}=3,411$; $p=0,018<0,05$). Farkın nedeni; normal kilolu olanların istek puanlarının ($\bar{x}=3,079$), bki 1.derece obez ve üzeri olanların istek puanlarından ($\bar{x}=2,539$) yüksek olmasıdır. Fazla kilolu olanların istek puanlarının ($\bar{x}=3,190$), bki 1.derece obez ve üzeri olanların istek puanlarından ($\bar{x}=2,539$) yüksek olmasıdır.

Kadınların bki değerine göre uyarılma puanları anlamlı farklılık göstermektedir($F_{(3, 422)}=9,067$; $p=0,000<0,05$). Farkın nedeni; bki zayıf olanların uyarılma puanlarının ($\bar{x}=3,214$), bki 1.derece obez ve üzeri olanların uyarılma puanlarından ($\bar{x}=2,423$) yüksek olmasıdır. Normal kilolu olanların uyarılma puanlarının ($\bar{x}=3,689$), bki 1.derece obez ve üzeri olanların uyarılma puanlarından ($\bar{x}=2,423$) yüksek olmasıdır.

Fazla kilolu olanların uyarılma puanlarının ($\bar{x}=3,561$), bki 1.derece obez ve üzeri olanların uyarılma puanlarından ($\bar{x}=2,423$) yüksek olmasıdır.

Kadınların bki değerine göre lubrikasyon puanları anlamlı farklılık göstermektedir($F_{(3, 422)}=2,644$; $p=0,049<0.05$). Farkın nedeni; normal kilolu olanların lubrikasyon puanlarının ($\bar{x}=4,332$), bki 1.derece obez ve üzeri olanların lubrikasyon puanlarından ($\bar{x}=3,623$) yüksek olmasıdır.

Kadınların bki değerine göre orgazm puanları anlamlı farklılık göstermektedir($F_{(3, 422)}=4,771$; $p=0,003<0.05$). Farkın nedeni; normal kilolu olanların orgazm puanlarının ($\bar{x}=3,867$), fazla kilolu olanların orgazm puanlarından ($\bar{x}=3,411$) yüksek olmasıdır. Normal kilolu olanların orgazm puanlarının ($\bar{x}=3,867$), bki 1.derece obez ve üzeri olanların orgazm puanlarından ($\bar{x}=3,046$) yüksek olmasıdır.

Kadınların bki değerine göre doyum puanları anlamlı farklılık göstermektedir($F_{(3, 422)}=9,146$; $p=0,000<0.05$). Farkın nedeni; normal kilolu olanların doyum puanlarının ($\bar{x}=4,395$), bki zayıf olanların doyum puanlarından ($\bar{x}=3,657$) yüksek olmasıdır. Normal kilolu olanların doyum puanlarının ($\bar{x}=4,395$), fazla kilolu olanların doyum puanlarından ($\bar{x}=3,842$) yüksek olmasıdır. Normal kilolu olanların doyum puanlarının ($\bar{x}=4,395$), bki 1.derece obez ve üzeri olanların doyum puanlarından ($\bar{x}=3,200$) yüksek olmasıdır. Fazla kilolu olanların doyum puanlarının ($\bar{x}=3,842$), bki 1.derece obez ve üzeri olanların doyum puanlarından ($\bar{x}=3,200$) yüksek olmasıdır.

Kadınların ağrı puanları bki değerine göre anlamlı farklılık göstermemektedir($p>0.05$).

Tablo 20. Cinsel Fonksiyon Puanlarının Cinsel İlişki Sıklığına Göre Farklılaşma Durumu

	Grup	N	Ort	Ss	F	p	Fark
İstek	Ayda Birkaç Kez	150	2,664	1,217	32,638	0,000	3>1 3>2
	2 Haftada Bir	54	2,500	0,952			
	Haftada Bir Ve Üzeri	222	3,446	0,969			
Uyarılma	Ayda Birkaç Kez	150	2,940	1,621	40,691	0,000	3>1 3>2
	2 Haftada Bir	54	2,783	1,427			
	Haftada Bir Ve Üzeri	222	4,082	1,126			
Lubrikasyon	Ayda Birkaç Kez	150	3,636	1,838	41,141	0,000	3>1 1>2 3>2
	2 Haftada Bir	54	3,067	1,595			
	Haftada Bir Ve Üzeri	222	4,788	1,267			
Orgazm	Ayda Birkaç Kez	150	3,128	1,749	31,416	0,000	3>1 3>2
	2 Haftada Bir	54	2,822	1,322			
	Haftada Bir Ve Üzeri	222	4,184	1,348			
Doyum	Ayda Birkaç Kez	150	3,224	1,843	57,576	0,000	2>1 3>1 3>2
	2 Haftada Bir	54	3,711	1,297			
	Haftada Bir Ve Üzeri	222	4,789	1,052			
Ağrı	Ayda Birkaç Kez	150	1,696	1,036	5,327	0,005	2>1 2>3
	2 Haftada Bir	54	2,067	1,264			
	Haftada Bir Ve Üzeri	222	1,551	0,999			

Tek Yönlü Varyans Analizi

Kadınların cinsel ilişki sıklığına göre istek puanları anlamlı farklılık göstermektedir($F_{(2, 423)}=32,638$; $p=0,000<0.05$). Farkın nedeni; cinsel ilişki sıklığı haftada bir ve üzeri olanların istek puanlarının ($\bar{x}=3,446$), cinsel ilişki sıklığı ayda birkaç kez olanların istek puanlarından ($\bar{x}=2,664$) yüksek olmasıdır. Cinsel ilişki sıklığı haftada bir ve üzeri olanların istek puanlarının ($\bar{x}=3,446$), cinsel ilişki sıklığı 2 haftada bir olanların istek puanlarından ($\bar{x}=2,500$) yüksek olmasıdır.

Kadınların cinsel ilişki sıklığına göre uyarılma puanları anlamlı farklılık göstermektedir($F_{(2, 423)}=40,691$; $p=0,000<0.05$). Farkın nedeni; cinsel ilişki sıklığı haftada bir ve üzeri olanların uyarılma puanlarının ($\bar{x}=4,082$), cinsel ilişki sıklığı ayda birkaç kez olanların uyarılma puanlarından ($\bar{x}=2,940$) yüksek olmasıdır. Cinsel ilişki sıklığı haftada bir ve üzeri olanların uyarılma puanlarının ($\bar{x}=4,082$), cinsel ilişki sıklığı 2 haftada bir olanların uyarılma puanlarından ($\bar{x}=2,783$) yüksek olmasıdır.

Kadınların cinsel ilişki sıklığına göre lubrikasyon puanları anlamlı farklılık göstermektedir($F_{(2, 423)}=41,141$; $p=0,000<0.05$). Farkın nedeni; cinsel ilişki sıklığı

haftada bir ve üzeri olanların lubrikasyon puanlarının ($\bar{x}=4,788$), cinsel ilişki sıklığı ayda birkaç kez olanların lubrikasyon puanlarından ($\bar{x}=3,636$) yüksek olmasıdır. Cinsel ilişki sıklığı ayda birkaç kez olanların lubrikasyon puanlarının ($\bar{x}=3,636$), cinsel ilişki sıklığı 2 haftada bir olanların lubrikasyon puanlarından ($\bar{x}=3,067$) yüksek olmasıdır. Cinsel ilişki sıklığı haftada bir ve üzeri olanların lubrikasyon puanlarının ($\bar{x}=4,788$), cinsel ilişki sıklığı 2 haftada bir olanların lubrikasyon puanlarından ($\bar{x}=3,067$) yüksek olmasıdır.

Kadınların cinsel ilişki sıklığına göre orgazm puanları anlamlı farklılık göstermektedir($F_{(2, 423)}=31,416$; $p=0,000<0.05$). Farkın nedeni; cinsel ilişki sıklığı haftada bir ve üzeri olanların orgazm puanlarının ($\bar{x}=4,184$), cinsel ilişki sıklığı ayda birkaç kez olanların orgazm puanlarından ($\bar{x}=3,128$) yüksek olmasıdır. Cinsel ilişki sıklığı haftada bir ve üzeri olanların orgazm puanlarının ($\bar{x}=4,184$), cinsel ilişki sıklığı 2 haftada bir olanların orgazm puanlarından ($\bar{x}=2,822$) yüksek olmasıdır.

Kadınların cinsel ilişki sıklığına göre doyum puanları anlamlı farklılık göstermektedir($F_{(2, 423)}=57,576$; $p=0,000<0.05$). Farkın nedeni; cinsel ilişki sıklığı 2 haftada bir olanların doyum puanlarının ($\bar{x}=3,711$), cinsel ilişki sıklığı ayda birkaç kez olanların doyum puanlarından ($\bar{x}=3,224$) yüksek olmasıdır. Cinsel ilişki sıklığı haftada bir ve üzeri olanların doyum puanlarının ($\bar{x}=4,789$), cinsel ilişki sıklığı ayda birkaç kez olanların doyum puanlarından ($\bar{x}=3,224$) yüksek olmasıdır. Cinsel ilişki sıklığı haftada bir ve üzeri olanların doyum puanlarının ($\bar{x}=4,789$), cinsel ilişki sıklığı 2 haftada bir olanların doyum puanlarından ($\bar{x}=3,711$) yüksek olmasıdır.

Kadınların cinsel ilişki sıklığına göre ağrı puanları anlamlı farklılık göstermektedir($F_{(2, 423)}=5,327$; $p=0,005<0.05$). Farkın nedeni; cinsel ilişki sıklığı 2 haftada bir olanların ağrı puanlarının ($\bar{x}=2,067$), cinsel ilişki sıklığı ayda birkaç kez olanların ağrı puanlarından ($\bar{x}=1,696$) yüksek olmasıdır. Cinsel ilişki sıklığı 2 haftada bir olanların ağrı puanlarının ($\bar{x}=2,067$), cinsel ilişki sıklığı haftada bir ve üzeri olanların ağrı puanlarından ($\bar{x}=1,551$) yüksek olmasıdır.

Tablo 21. Cinsel Fonksiyon Puanlarının Çalışma Durumuna Göre Farklılaşma Durumu

	Grup	N	Ort	Ss	t	sd	p
İstek	Çalışıyorum	333	3,097	1,119	1,603	424	0,110
	Çalışmıyorum	93	2,884	1,191			
Uyarılma	Çalışıyorum	333	3,665	1,452	4,014	424	0,000
	Çalışmıyorum	93	2,981	1,458			
Lubrikasyon	Çalışıyorum	333	4,249	1,677	1,983	424	0,048
	Çalışmıyorum	93	3,861	1,623			
Orgazm	Çalışıyorum	333	3,780	1,665	3,475	424	0,000
	Çalışmıyorum	93	3,136	1,235			
Doyum	Çalışıyorum	333	4,198	1,619	2,397	424	0,017
	Çalışmıyorum	93	3,755	1,414			
Ağrı	Çalışıyorum	333	1,596	1,012	-2,643	424	0,017
	Çalışmıyorum	93	1,923	1,184			

Bağımsız Gruplar T-Testi

Kadınların çalışma durumuna göre uyarılma puanları anlamlı farklılık göstermektedir($t_{(424)}=4.014$; $p=0.000<0.05$). Çalışanların uyarılma puanları ($\bar{x}=3,665$), çalışmayanların uyarılma puanlarından ($\bar{x}=2,981$) yüksek bulunmuştur.

Kadınların çalışma durumuna göre lubrikasyon puanları anlamlı farklılık göstermektedir($t_{(424)}=1.983$; $p=0.048<0.05$). Çalışanların lubrikasyon puanları ($\bar{x}=4,249$), çalışmayanların lubrikasyon puanlarından ($\bar{x}=3,861$) yüksek bulunmuştur.

Kadınların çalışma durumuna göre orgazm puanları anlamlı farklılık göstermektedir($t_{(424)}=3.475$; $p=0.000<0.05$). Çalışanların orgazm puanları ($\bar{x}=3,780$), çalışmayanların orgazm puanlarından ($\bar{x}=3,136$) yüksek bulunmuştur.

Kadınların çalışma durumuna göre doyum puanları anlamlı farklılık göstermektedir($t_{(424)}=2.397$; $p=0.017<0.05$). Çalışanların doyum puanları ($\bar{x}=4,198$), çalışmayanların doyum puanlarından ($\bar{x}=3,755$) yüksek bulunmuştur.

Kadınların çalışma durumuna göre ağrı puanları anlamlı farklılık göstermektedir($t_{(424)}=-2.643$; $p=0.017<0.05$). Çalışmayanların ağrı puanları ($\bar{x}=1,923$), çalışanların ağrı puanlarından ($\bar{x}=1,596$) yüksek bulunmuştur.

Kadınların istek puanları çalışma durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir($p>0,05$).

4.5. Durumluk Kaygı ve Sürekli Kaygının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Karşılaştırılması

Tablo 22. Durumluk Kaygı, Sürekli Kaygı Puanlarının Yaşa Göre Farklılaşma Durumu

	Grup	N	Ort	Ss	F	p	Fark
Durumluk Kaygı	25-35	105	40,286	6,465	1,479	0,229	
	36-45	222	41,365	4,859			
	46-55	99	41,394	6,259			
Sürekli Kaygı	25-35	105	46,943	6,823	9,159	0,000	1>2 1>3
	36-45	222	44,297	4,660			
	46-55	99	45,091	4,387			

Tek Yönlü Varyans Analizi

Kadınların yaşa göre sürekli kaygı puanları anlamlı farklılık göstermektedir($F_{(2, 423)}=9,159$; $p=0,000<0.05$). Farkın nedeni; yaş 25-35 olanların sürekli kaygı puanlarının ($\bar{x}=46,943$), yaş 36-45 olanların sürekli kaygı puanlarından ($\bar{x}=44,297$) yüksek olmasıdır. Yaş 25-35 olanların sürekli kaygı puanlarının ($\bar{x}=46,943$), yaş 46-55 olanların sürekli kaygı puanlarından ($\bar{x}=45,091$) yüksek olmasıdır.

Kadınların durumluk kaygı puanları yaşa göre anlamlı farklılık göstermemektedir($p>0.05$).

Tablo 23. Durumluk Kaygı, Sürekli Kaygı Puanlarının Medeni Duruma Göre Farklılaşma Durumu

	Grup	N	Ort	Ss	t	sd	p
Durumluk Kaygı	Bekar	120	42,100	5,807	2,292	424	0,022
	Evli	306	40,716	5,528			
Sürekli Kaygı	Bekar	120	44,100	4,579	-2,528	424	0,012
	Evli	306	45,539	5,537			

Bağımsız Gruplar T-Testi

Kadınların medeni duruma göre durumluk kaygı puanları anlamlı farklılık göstermektedir($t_{(424)}=2.292$; $p=0.022<0.05$). Bekarların durumluk kaygı puanları ($\bar{x}=42,100$), evlilerin durumluk kaygı puanlarından ($\bar{x}=40,716$) yüksek bulunmuştur.

Kadınların medeni duruma göre sürekli kaygı puanları anlamlı farklılık göstermektedir($t_{(424)}=-2.528$; $p=0.012<0.05$). Evlilerin sürekli kaygı puanları ($\bar{x}=45,539$), bekarların sürekli kaygı puanlarından ($\bar{x}=44,100$) yüksek bulunmuştur.

Tablo 24. Durumluk Kaygı, Sürekli Kaygı Puanlarının Öğrenim Durumuna Göre Farklılaşma Durumu

	Grup	N	Ort	Ss	F	p	Fark
Durumluk Kaygı	Ortaokul Ve Altı	27	43,000	7,519	6,883	0,000	1>2
	Lise	60	38,150	5,065			4>2
	Önlisans	30	39,700	2,087			5>2
	Lisans	192	41,984	5,487			1>3
	Lisansüstü	117	41,103	5,730			4>3
Sürekli Kaygı	Ortaokul Ve Altı	27	43,444	4,484	1,709	0,147	
	Lise	60	45,950	4,670			
	Önlisans	30	44,800	4,852			
	Lisans	192	45,531	5,013			
	Lisansüstü	117	44,539	6,257			

Tek Yönlü Varyans Analizi

Kadınların öğrenim durumuna göre durumluk kaygı puanları anlamlı farklılık göstermektedir($F_{(4, 421)}=6,883$; $p=0,000<0.05$). Farkın nedeni; öğrenim durumu ortaokul ve altı olanların durumluk kaygı puanlarının ($\bar{x}=43,000$), öğrenim durumu lise olanların durumluk kaygı puanlarından ($\bar{x}=38,150$) yüksek olmasıdır. Öğrenim durumu lisans olanların durumluk kaygı puanlarının ($\bar{x}=41,984$), öğrenim durumu lise olanların durumluk kaygı puanlarından ($\bar{x}=38,150$) yüksek olmasıdır. Öğrenim durumu lisansüstü olanların durumluk kaygı puanlarının ($\bar{x}=41,103$), öğrenim durumu lise olanların durumluk kaygı puanlarından ($\bar{x}=38,150$) yüksek olmasıdır. Öğrenim durumu ortaokul ve altı olanların durumluk kaygı puanlarının ($\bar{x}=43,000$), öğrenim durumu önlisans olanların durumluk kaygı puanlarından ($\bar{x}=39,700$) yüksek olmasıdır. Öğrenim durumu lisans olanların durumluk kaygı puanlarının ($\bar{x}=41,984$), öğrenim durumu önlisans olanların durumluk kaygı puanlarından ($\bar{x}=39,700$) yüksek olmasıdır.

Kadınların sürekli kaygı puanları öğrenim durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir($p>0.05$).

Tablo 25. Durumluk Kaygı, Sürekli Kaygı Puanlarının Gelir Düzeyine Göre Farklılaşma Durumu

	Grup	N	Ort	Ss	F	p	Fark
Durumluk Kaygı	Gelirim Giderimden Az	114	39,790	5,835	6,318	0,002	3>1
	Gelirim Giderime Eşit	156	40,962	5,551			3>2
	Gelirim Giderimden Fazla	156	42,212	5,379			
Sürekli Kaygı	Gelirim Giderimden Az	114	47,053	4,817	10,880	0,000	1>2
	Gelirim Giderime Eşit	156	44,212	5,222			1>3
	Gelirim Giderimden Fazla	156	44,654	5,441			

Tek Yönlü Varyans Analizi

Kadınların gelir düzeyine göre durumluk kaygı puanları anlamlı farklılık göstermektedir($F_{(2, 423)}=6,318$; $p=0,002<0,05$). Farkın nedeni; geliri giderinden fazla olanların durumluk kaygı puanlarının ($\bar{x}=42,212$), geliri giderinden az olanların durumluk kaygı puanlarından ($\bar{x}=39,790$) yüksek olmasıdır. Geliri giderinden fazla olanların durumluk kaygı puanlarının ($\bar{x}=42,212$), geliri giderine eşit olanların durumluk kaygı puanlarından ($\bar{x}=40,962$) yüksek olmasıdır.

Kadınların gelir düzeyine göre sürekli kaygı puanları anlamlı farklılık göstermektedir($F_{(2, 423)}=10,880$; $p=0,000<0,05$). Farkın nedeni; geliri giderinden az olanların sürekli kaygı puanlarının ($\bar{x}=47,053$), geliri giderine eşit olanların sürekli kaygı puanlarından ($\bar{x}=44,212$) yüksek olmasıdır. Geliri giderinden az olanların sürekli kaygı puanlarının ($\bar{x}=47,053$), geliri giderinden fazla olanların sürekli kaygı puanlarından ($\bar{x}=44,654$) yüksek olmasıdır.

Tablo 26. Durumluk Kaygı, Sürekli Kaygı Puanlarının Kronik Hastalık Varlığına Göre Farklılaşma Durumu

	Grup	N	Ort	Ss	t	sd	p
Durumluk Kaygı	Evet	93	41,774	5,379	1,295	424	0,196
	Hayır	333	40,919	5,699			
Sürekli Kaygı	Evet	93	46,000	4,296	1,781	424	0,041
	Hayır	333	44,892	5,553			

Bağımsız Gruplar T-Testi

Kadınların kronik hastalık varlığına göre sürekli kaygı puanları anlamlı farklılık göstermektedir($t_{(424)}=1.781$; $p=0.041<0.05$). Kronik hastalığı olanların sürekli kaygı puanları ($\bar{x}=46,000$), kronik hastalığı olmayanların sürekli kaygı puanlarından ($\bar{x}=44,892$) yüksek bulunmuştur.

Kadınların durumluk kaygı puanları kronik hastalık varlığına göre anlamlı farklılık göstermemektedir($p>0,05$).

Tablo 27. Durumluk Kaygı, Sürekli Kaygı Puanlarının Kullanılan İlaç Varlığına Göre Farklılaşma Durumu

	Grup	N	Ort	Ss	t	sd	p
Durumluk Kaygı	Evet	105	41,257	5,547	0,317	424	0,751
	Hayır	321	41,056	5,672			
Sürekli Kaygı	Evet	105	45,371	4,291	0,527	424	0,547
	Hayır	321	45,056	5,619			

Bağımsız Gruplar T-Testi

Kadınların durumluk kaygı, sürekli kaygı puanları kullanılan ilaç varlığına göre anlamlı farklılık göstermemektedir($p>0,05$).

Tablo 28. Durumluk Kaygı, Sürekli Kaygı Puanlarının Sigara Kullanma Durumuna Göre Farklılaşma Durumu

	Grup	N	Ort	Ss	t	sd	p
Durumluk Kaygı	Evet	138	41,044	6,313	-0,157	424	0,875
	Hayır	288	41,135	5,292			
Sürekli Kaygı	Evet	138	45,435	6,360	0,808	424	0,466
	Hayır	288	44,990	4,746			

Bağımsız Gruplar T-Testi

Kadınların durumluk kaygı, sürekli kaygı puanları sigara kullanma durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir($p>0,05$).

Tablo 29. Durumluk Kaygı, Sürekli Kaygı Puanlarının Alkol Kullanma Durumuna Göre Farklılaşma Durumu

	Grup	N	Ort	Ss	t	sd	p
Durumluk Kaygı	Evet	207	41,841	5,677	2,635	424	0,009
	Hayır	219	40,411	5,519			
Sürekli Kaygı	Evet	207	45,101	5,689	-0,122	424	0,903
	Hayır	219	45,164	4,958			

Bağımsız Gruplar T-Testi

Kadınların alkol kullanma durumuna göre durumluk kaygı puanları anlamlı farklılık göstermektedir($t_{(424)}=2.635$; $p=0.009<0.05$). Alkol kullananların durumluk kaygı puanları ($\bar{x}=41,841$), alkol kullanmayanların durumluk kaygı puanlarından ($\bar{x}=40,411$) yüksek bulunmuştur.

Kadınların sürekli kaygı puanları alkol kullanma durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir($p>0,05$).

Tablo 30. Durumluk Kaygı, Sürekli Kaygı Puanlarının Adet Döngüsüne Göre Farklılaşma Durumu

	Grup	N	Ort	Ss	F	p	Fark
Durumluk Kaygı	Menopoz	30	42,200	7,863	3,127	0,026	1>4 3>4
	26 Ve Altı	156	40,615	4,543			
	27-30	210	41,643	5,665			
	31 Ve Üzeri	30	38,800	7,203			
Sürekli Kaygı	Menopoz	30	47,400	4,839	3,861	0,010	1>2 4>2 1>3
	26 Ve Altı	156	44,519	4,881			
	27-30	210	45,000	5,815			
	31 Ve Üzeri	30	47,000	3,017			

Tek Yönlü Varyans Analizi

Kadınların adet döngüsüne göre durumluk kaygı puanları anlamlı farklılık göstermektedir($F_{(3, 422)}=3,127$; $p=0,026<0.05$). Farkın nedeni; menopoza girenlerin durumluk kaygı puanlarının ($\bar{x}=42,200$), adet döngüsü 31 ve üzeri olanların durumluk kaygı puanlarından ($\bar{x}=38,800$) yüksek olmasıdır. Adet döngüsü 27-30 olanların durumluk kaygı puanlarının ($\bar{x}=41,643$), adet döngüsü 31 ve üzeri olanların durumluk kaygı puanlarından ($\bar{x}=38,800$) yüksek olmasıdır.

Kadınların adet döngüsüne göre sürekli kaygı puanları anlamlı farklılık göstermektedir($F_{(3, 422)}=3,861$; $p=0,010<0.05$). Farkın nedeni; menopoza girenlerin sürekli kaygı puanlarının ($\bar{x}=47,400$), adet döngüsü 26 ve altı olanların sürekli kaygı puanlarından ($\bar{x}=44,519$) yüksek olmasıdır. Adet döngüsü 31 ve üzeri olanların sürekli kaygı puanlarının ($\bar{x}=47,000$), adet döngüsü 26 ve altı olanların sürekli kaygı puanlarından ($\bar{x}=44,519$) yüksek olmasıdır. Menopoza girenlerin sürekli kaygı puanlarının ($\bar{x}=47,400$), adet döngüsü 27-30 olanların sürekli kaygı puanlarından ($\bar{x}=45,000$) yüksek olmasıdır.

Tablo 31. Durumluk Kaygı, Sürekli Kaygı Puanlarının Adet Süresine Göre Farklılaşma Durumu

	Grup	N	Ort	Ss	F	p
Durumluk Kaygı	1-3 Gün	36	40,583	5,699	0,131	0,877
	4-6 Gün	270	41,078	5,206		
	7 Ve Üzeri	90	41,033	6,025		
Sürekli Kaygı	1-3 Gün	36	45,833	4,843	0,654	0,521
	4-6 Gün	270	44,956	5,620		
	7 Ve Üzeri	90	44,633	4,531		

Tek Yönlü Varyans Analizi

Kadınların durumluk kaygı, sürekli kaygı puanları adet süresine göre anlamlı farklılık göstermemektedir($p>0.05$).

Tablo 32. Durumluk Kaygı, Sürekli Kaygı Puanlarının Adetin Düzenli Olma Durumuna Göre Farklılaşma Durumu

	Grup	N	Ort	Ss	t	sd	p
Durumluk Kaygı	Evet	348	41,009	5,331	-0,750	424	0,523
	Hayır	78	41,539	6,856			
Sürekli Kaygı	Evet	348	44,862	5,414	-2,238	424	0,026
	Hayır	78	46,346	4,720			

Bağımsız Gruplar T-Testi

Kadınların adet düzenli olma durumuna göre sürekli kaygı puanları anlamlı farklılık göstermektedir($t_{(424)}=-2.238$; $p=0.026<0.05$). Adetin düzenli olmayanların

sürekli kaygı puanları ($\bar{x}=46,346$), adetini düzenli olanların sürekli kaygı puanlarından ($\bar{x}=44,862$) yüksek bulunmuştur.

Kadınların durumluk kaygı puanları adetini düzenli olma durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir($p>0,05$).

Tablo 33. Durumluk Kaygı, Sürekli Kaygı Puanlarının Bki Değerine Göre Farklılaşma Durumu

	Grup	N	Ort	Ss	F	p	Fark
Durumluk Kaygı	Zayıf	21	41,714	11,127	2,443	0,064	
	Normal Kilolu	252	41,107	4,628			
	Fazla Kilolu	114	40,316	4,621			
	I.derece Obez Ve Üzeri	39	43,077	8,889			
Sürekli Kaygı	Zayıf	21	47,429	10,216	11,250	0,000	1>2 1>4 2>4 3>4
	Normal Kilolu	252	45,131	4,835			
	Fazla Kilolu	114	46,132	4,746			
	I.derece Obez Ve Üzeri	39	41,000	4,091			

Tek Yönlü Varyans Analizi

Kadınların bki değerine göre sürekli kaygı puanları anlamlı farklılık göstermektedir($F_{(3, 422)}=11,250$; $p=0,000<0,05$). Farkın nedeni; bki zayıf olanların sürekli kaygı puanlarının ($\bar{x}=47,429$), normal kilolu olanların sürekli kaygı puanlarından ($\bar{x}=45,131$) yüksek olmasıdır. Bki zayıf olanların sürekli kaygı puanlarının ($\bar{x}=47,429$), bki 1.derece obez ve üzeri olanların sürekli kaygı puanlarından ($\bar{x}=41,000$) yüksek olmasıdır. Normal kilolu olanların sürekli kaygı puanlarının ($\bar{x}=45,131$), bki 1.derece obez ve üzeri olanların sürekli kaygı puanlarından ($\bar{x}=41,000$) yüksek olmasıdır. Fazla kilolu olanların sürekli kaygı puanlarının ($\bar{x}=46,132$), bki 1.derece obez ve üzeri olanların sürekli kaygı puanlarından ($\bar{x}=41,000$) yüksek olmasıdır.

Kadınların durumluk kaygı puanları bki değerine göre anlamlı farklılık göstermemektedir($p>0,05$).

Tablo 34. Durumluk Kaygı, Sürekli Kaygı Puanlarının Cinsel İlişki Sıklığına Göre Farklılaşma Durumu

	Grup	N	Ort	Ss	F	p	Fark
Durumluk Kaygı	Ayda Birkaç Kez	150	42,220	6,353	7,102	0,001	1>2
	2 Haftada Bir	54	39,000	5,620			3>2
	Haftada Bir Ve Üzeri	222	40,865	4,930			1>3
Sürekli Kaygı	Ayda Birkaç Kez	150	45,620	6,040	1,529	0,218	
	2 Haftada Bir	54	45,556	4,773			
	Haftada Bir Ve Üzeri	222	44,703	4,895			

Tek Yönlü Varyans Analizi

Kadınların cinsel ilişki sıklığına göre durumluk kaygı puanları anlamlı farklılık göstermektedir($F_{(2, 423)}=7,102$; $p=0,001<0,05$). Farkın nedeni; cinsel ilişki sıklığı ayda birkaç kez olanların durumluk kaygı puanlarının ($\bar{x}=42,220$), cinsel ilişki sıklığı 2 haftada bir olanların durumluk kaygı puanlarından ($\bar{x}=39,000$) yüksek olmasıdır. Cinsel ilişki sıklığı haftada bir ve üzeri olanların durumluk kaygı puanlarının ($\bar{x}=40,865$), cinsel ilişki sıklığı 2 haftada bir olanların durumluk kaygı puanlarından ($\bar{x}=39,000$) yüksek olmasıdır. Cinsel ilişki sıklığı ayda birkaç kez olanların durumluk kaygı puanlarının ($\bar{x}=42,220$), cinsel ilişki sıklığı haftada bir ve üzeri olanların durumluk kaygı puanlarından ($\bar{x}=40,865$) yüksek olmasıdır.

Kadınların sürekli kaygı puanları cinsel ilişki sıklığına göre anlamlı farklılık göstermemektedir($p>0,05$).

Tablo 35. Durumluk Kaygı, Sürekli Kaygı Puanlarının Çalışma Durumuna Göre Farklılaşma Durumu

	Grup	N	Ort	Ss	t	sd	p
Durumluk Kaygı	Çalışıyorum	333	41,180	5,779	0,516	424	0,606
	Çalışmıyorum	93	40,839	5,108			
Sürekli Kaygı	Çalışıyorum	333	45,144	5,272	0,076	424	0,940
	Çalışmıyorum	93	45,097	5,515			

Bağımsız Gruplar T-Testi

Kadınların durumluk kaygı, sürekli kaygı puanları çalışma durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir($p>0,05$).

TARTIŞMA VE YORUM

Kadınların neredeyse yarısı yaşamları boyunca cinsel işlev bozukluğu yaşayabilir. Doğum ve menopozdan sonra artan bu sorun, kadınların yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilen libido, uyarılma ve orgazm bozukluğu olarak tanımlanmaktadır. Hormonal değişiklikler, görünümdeki değişiklikler, düşük öz farkındalık, psikolojik değişiklikler ve daha birçok faktör cinsel işlevi olumsuz etkiler.

Bu araştırma Covid-19 pandemi sürecinde kadınlarda durumluk ve sürekli kaygı ile cinsel fonksiyonlar arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmaktadır. Bununla beraber kadınların bireylerin sosyo-demografik özellikleri ile çalışma değişkenleri olan durumluk, sürekli kaygı ve cinsel fonksiyon bozukluğu arasındaki ilişkinin incelenmesi de amaçlanmaktadır. Bu amaç çerçevesinde kadınlardan ölçek seti aracılığıyla toplanan veriler analiz edilmiş ve çalışma bulguları saptanmıştır. Araştırmamız 20-55 yaş arasında İstanbul'da yaşayan kadın katılımıyla gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın bu bölümünde elde edilen sonuçlar ilgili literatür ışığında tartışılmaktadır.

Kadın cinsel işlev bozukluğu, kadınların %30-50'sini etkileyen ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyen yaşa bağlı, ilerleyici, çok faktörlü bir sorundur (Demirezen, 2006). Son yıllarda kadın cinsel fonksiyon bozukluğuna artan ilgi ile elde edilen araştırma sonuçları ve bu konuda yapılan araştırmalar, cinsel sorun yaşayan kadınların yaygınlığının %19-63 arasında değiştiğini göstermektedir (Kütmeç, 2009).

Kadınlarda en sık görülen cinsel işlev bozukluğu istek ve uyarılma olmakla birlikte, erkeklerde en sık görülen cinsel işlev bozukluğu erken boşalmadır. Araştırmaya göre 60 yaş üstü kadınların %60'ı veya %80'i cinsel işlev bozukluğu yaşıyor ve en fazla yardımı 50-59 yaş arasındaki kadınlar alıyor. Batı ülkelerinde tedavi için başvuran kadınlar çoğunlukla yaşlı kadınlarırken, benim ülkemde tedavi için başvuranlar çoğunlukla genç ve orta yaşlı kadınlardır. Ülkemizde en sık tedavi başvuru nedeni kadın vajinismusudur (Alkan, 2008).

Amerika Birleşik Devletleri ve Birleşik Krallık'ta yapılan geniş çaplı epidemiyolojik araştırmalar, kadın cinsel işlev bozukluğu insidansının erkeklerinkinin yaklaşık 1,5 katı olduğunu göstermektedir (Demirezen, 2006). Kadın cinsel işlev bozukluğunun yaygınlığına ilişkin en fazla veriye sahip olan çalışma, Amerika Birleşik Devletleri'nin 1999 Ulusal Sağlık ve Sosyal Yaşam Araştırması'ndan elde edilen verileri derleyen bu çalışmadır. Bu çalışmada 18-59 yaş arası 1749 kadından veri toplanmış ve kadın cinsel işlev bozukluğu oranının %43 olduğu saptanmıştır (Karakoyunlu, 2007; Demirezen, 2006). Lindau ve arkadaşlarının (2007) 57-85 yaş arası sağlıklı yaşlılar üzerinde yaptıkları bir çalışmada, katılımcıların %20-30'u cinsel sorunları olduğunu söylemiştir.

Türk toplumunda kadınlara yönelik çalışmalarda vajinismus ve anorgazmi gibi cinsel işlev bozukluklarının sıklıkla görüldüğü bilinmektedir (Öztürk ve Arkar, 2014; Öztürk, Atasoy, Kurçer, Karaahmet ve Saraçlı, 201). Raporlara göre Türkiye'de anorgazminin prevalansı %5,3-45,8 arasında olup, Asya ülkelerinde yapılan çalışmaların sonuçlarına benzer (Çayan, Akbay, Bozlu, Canpolat, Acar ve Ulusoy, 2004; Öksüz ve Malhan, 2005).

Çalışmada Durumluk Kaygı ve Sürekli Kaygı ile cinsel fonksiyonlardan istek, uyarılma, doyum ve ağrı arasında ilişkilerin bulunmadığı; lubrikasyon ve orgazm ile sürekli anksiyete arasında ilişki olduğu belirlenmiştir. Araştırmalar, kaygı ve cinsel işlev bozukluğu arasındaki bağlantıyı kurmuştur (Bancroft ve Vukadinovic, 2004; Bradford ve Meston, 2006; Heiman, 2007). Açıkçası, bir kişinin kaygıya neden olan deneyimleriyle ilişki kurma biçimi, bunun cinsel işlevlerini ne ölçüde etkilediğini belirleyebilir. Kaygı ile karşı karşıya kaldıklarında, birçok insan onunla ilişkili düşüncelerden, duygulardan ve fiziksel duyumlarından kaçınmaya çalışır.

Maseroli ve arkadaşlarının (2016) çalışmasına göre somatizasyon kaygısı ve depresyon belirtileri doğrudan cinsel sorunlarla ilişkilidir. Ayrıca ilişkilerden kaynaklanan kaygı, sempatik sinir sistemi aktive olduğunda ortaya çıkan bir durumdur (Hoehn-Saric ve Mcleod, 1988). Bu aktivasyon nedeniyle klitoral vasküler direnç artar ve dirençteki bu artış klitoral disfonksiyona yol açar. Bu da cinsel uyarılma sırasında aşırı konsantrasyon ve kaygıya yol açarak kadınların cinsel davranışlarını olumsuz etkileyebilir (Balercia ve diğerleri, 2007 ve Bradford ve Meston, 2006).

Cinsel işlevler, hastalık, ağrı, anksiyete, öfke, stresli durumlar ve ilaçlardan etkilenebilir. Anksiyete ve depresyon gibi duygusal bozukluklar, cinsel istek, cinsel uyarılma ve orgazmdaki azalma ile ilişkilidir (Gilbert ve ark., 2011). Anksiyete ile cinsel işlevler arasındaki ilişki incelendiğinde, cinsel ilişki sırasında ağrının olması, ilişki öncesi ağrı ile ilgili kaygılarını tetikleyebileceği, cinsel ilişkiden alınan doyumunu ve orgazm yaşantısını da azaltabileceği düşünülebilir (Bukovic ve ark., 2008).

Cinsel işlev bozukluğu olan hastaların kaygıları yaygın kaygıdan performans kaygısına kadar değişiklik gösterir ve kaygının, cinsel işlev bozukluğunun en yaygın nedenlerinden biri olan cinsel yanıtın zevkle ilgili kısmını engelleyebileceğine inanılmaktadır (Çavaş, 2008). Balcı (2014) tarafından vajinismuslu kadınlar üzerinde yapılan bir çalışmada düşük kaygı ve düşük cinsel tatmin bulunmuştur.

Çalışmamızda artan yaş ile 46-55 yaş aralığında cinsel işlevlerin bozulduğu görülmüştür. Schwarz ve arkadaşları (2008) tarafından 40-76 yaş arası kadınlar üzerinde yapılan bir çalışmada cinsel işlevlerin bozulmasının nedeninin artan yaşları olduğu bildirilmiştir. Yaşla ilgili çoğu çalışma, yaşlanma süreci ilerledikçe kan damarı hasarı, yetersiz kas kuvveti ve bazı hormonal değişikliklerin cinsel işlev bozukluğuna yol açabileceğini göstermektedir (Hoekstra ve ark., 2012; Jaarsma, 2002; Steinke ve ark., 2015). Ulusal Sağlık ve Sosyal Yaşam Araştırması (NHLS) sonuçlarına göre 18-59 yaşları arasında kadınların %43'ü, erkeklerin ise %31'i cinsel işlev bozukluğu yaşıyor. Bu sonuçlara dayanarak cinsel işlev bozukluğunun kadınlarda daha sık görüldüğü sonucuna varılabilir. Kadınlarda en sık görülen cinsel işlev bozukluğu; libido azalması (libido kaybı) gözlemlenmiştir.

Çalışmamızda Uyarılma, Lubrikasyon, Orgazm ve doyumun çalışmayan kadınlarda daha kötü olduğu görülmüştür. Yıldız ve Pınar (2004), emekli (%15,7) ve ev hanımı (%10,3) katılımcıların cinsel işlev bozukluğunun anlamlı düzeyde daha yüksek olduğunu bulmuşlardır.

Geliri giderinden fazla olanlarda orgazmın yüksek olduğu belirlenmiştir. Literatürde gelir durumu ile cinsel işlev bozukluğu arasında ilişki bulunmadığına yönelik araştırmalar bulunmaktadır (Çamcı ve Can, 2014; Fischer ve Bekelman, 2017; Steinke ve diğerleri, 2009; Steinke ve Mosack, 2018; Singh ve diğerleri, 2009 ve Ünal, 2019).

Türkiye'de ve yurt dışında yapılan araştırmalar, eğitim düzeyi düşük olan bireylerin cinsel doyumlarının daha düşük olduğunu ve cinsel işlev bozukluğu görülme sıklığının lise mezunlarına göre daha yüksek olduğunu göstermiştir (Laumann ve ark. 1999). Steinke ve diğeri (2015) tarafından yapılan bir çalışmada, eğitim artış için katılımcıların cinsel aktivitelerinin %50 arttığı bildirilmiştir. Bazı araştırmalar, eğitimin cinsel işlev bozukluğunu etkilemediğini bulmuştur (Lindau ve diğeri, 2007; Maseroli, 2016; Oniz ve diğeri, 2007 ve Ünal, 2019). Bu araştırmada eğitim seviyesi lise ve altı olanlarda cinsel fonksiyon sorunlarının daha fazla olduğu görülmüştür.

Christopher ve Sprecher (2000) yaptıkları çalışmada cinsel doyum ve cinsel sıklığın birlikte azaldığı sonucuna varmışlardır, ancak henüz netleşmeyen nedenlerle cinsel doyumun cinsel sıklık kadar keskin bir şekilde düşmediği sonucuna varmışlardır. Cinsel ilişki sıklığı ile cinsel doyum arasındaki bu ilişki, olası müdahale değişkeninin orgazm olduğu sonucu ile tutarlıdır.

Addis ve arkadaşları (2005) tarafından yapılan bir araştırma, postmenopozal kadınların yaşlınsalar bile cinsel aktiviteye devam ettiğini ve kadınların %75'inin cinsel işlevle ilgili sorunlar bildirdiğini göstermiştir. Maseroli ve arkadaşları (2016), kadın cinsel işlev bozukluğunun menopoza ve menopoza ilgili sorunlarla doğrudan ilişkili olduğunu bulmuşlardır. Öte yandan Özerdoğan ve arkadaşlarının (2009) yaptığı çalışmada 45-65 yaş arası kadınlar üzerinde yapılan bir çalışmada menopoza ile cinsel işlev bozukluğu arasında çok anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Menopozdan sonra azalan estradiol seviyeleri, vajinal kayganlığın azalmasına ve ağrılı cinsel ilişkiye neden olabilir. Düşük libido ve östradiol seviyeleri arasındaki ilişki tartışmalıdır (Faubion & Jordan, 2015). Menopoz sonrası kadınlarda libido azalmasının ağırlıklı olarak psikolojik olduğu bulunmuştur (Wierman ve ark. 2014). Bu nedenle menopoza bağlı cinsel işlev bozukluklarının daha çok ıslanmanın azalmasıyla ilişkili olduğu söylenebilir.

Her ne kadar bazı çalışmalarda sigara kullanımı ve VKİ ile cinsel işlev bozukluğu arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görülse de (Fischer ve Bekelman, 2017; Hoekstra ve ark., 2012 ve Steinke ve ark., 2015), Maseroli ve ark. (2016), vücut kitle indeksi yüksek olan kadınların cinsel işlev bozukluğu insidansının daha yüksek olduğu bulundu. Aynı çalışmada sigara içme ile cinsel işlev bozukluğu arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı. Çalışmamızda obez kadınlarda cinsel işlev

bozukluğunun düşük olduğu bulunsa da, Ferraresi ve ark.'nın (2013) çalışmasında obez kadınların cinsel işlev bozukluğu anlamlı olarak daha yüksekti. Esposito ve ark. (2007) tarafından yapılan bir çalışmada obezitenin cinsel fonksiyonun her aşamasına etki ettiği ve cinsel uyarılma, vajinal ıslanma ve cinsel tatmini azalttığı saptanmıştır. Bu sonuca göre obezitenin kendisi daha belirgin bir neden olarak kabul edilebilse de, aynı vücut kitle indeksine sahip kişilerle karşılaştırmak daha uygun bir sonuç verebilir. Bu nedenle, daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır.

Çayan ve diğerleri tarafından (2004) 179 kadın üzerinde yapılan bir çalışmada sigara, evlilik süresi, geçirilmiş pelvik cerrahi ve kontraseptif yöntemlerin cinsel işlev bozukluğu üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmamıştır. Raporlara göre ileri yaş, düşük eğitim, çalışmama ve kronik hastalık öyküsü, çoklu doğumlar ve menopoz, bir kadının cinsel işlevini olumsuz etkileyebilir.

Türkiye'de ve yurtdışında kadın cinsel işlev bozukluğu araştırmalarında, yetersiz araştırma popülasyonu, seçilen toplulukların temsil değeri düşük olması ve kadın cinsel işlev bozukluğunun birleşik bir tanımının olmaması gibi metodolojik sorunlar vardır; benim ülkemde kadın cinsel işlev bozukluğuna ilişkin veriler yetersizdir. Çünkü bu çalışmalar genel ve özel kliniklere başvuran hasta grupları ve normal gönüllüler üzerinde yapılmıştır (Karakoyunlu, 2007).

ÖNERİLER

Araştırma örneklemini sadece 20-55 yaş arasında İstanbul'da yaşayan kadınlar oluşturmaktadır. Yaş aralığının genişletilerek farklı illerde yaşayan ve katılımcı sayısının olabildiğince dengeli olduğu bir örneklem ile çalışılabilir. Bu örneklem klinik gruplardan da oluşabilir. Türkiye sınırları içerisinde yer alan bölgelerden (doğup büyüdükları ve yaşadıkları) eşit sayıda katılımcı olarak, kültürel farkların cinsel fonksiyonlar üzerindeki etkisinin incelenmesi ve cinsel fonksiyonlar ile kaygı arasındaki ilişkiyi daha geniş kapsamlı değerlendirebilme imkanı sağlayabilir.

Verilerin toplanmasında kullanılan ölçeklerin hepsi öz bildirim temeline dayanmaktadır. Burada cinsel fonksiyon ölçümünde ölçekle beraber kadınlarla nitel araştırma yapılması önerilmektedir.

Son dönemlerde yapılan çalışmalarda evlilik birlikteliği içerisinde ya da evlilik dışında ilişkilerinin bitmesinin temel nedenlerinin araştırılması ve incelenmesi artmıştır. Cinsel doyumun ve cinsel işlev kaybının bu birlikteliklerdeki etkileri merak konusu olabilir.

Araştırma sonucunda 45 yaş ve altında cinsel fonksiyon bozukluğunun yüksek görüldüğünden ruh sağlığı uzmanlarınca düzenlenmesi sağlanarak müdahale edilmesi cinsel yaşamı olumlu etkileyebilir.

COVID-19 pandemisinin psikolojik etkilerinin de incelenmeye başlanması, kadınlarda ruhsal hastalık ve cinsel işlev bozukluğuna karşı önlem almamıza yardımcı olacaktır. Yaygın görülen bu sorunları engellemek için erken tanı çok önemli yere sahiptir.

KAYNAKLAR

- Abdo, C. H. N., Oliveira, Jr., W. M., Moreira, Jr., E. D., & Fittipaldi, J. A. S. (2004). Prevalence of sexual dysfunctions and correlated conditions in a sample of Brazilian women: Results of the Brazilian study on sexual behavior (BSSB). *International Journal of Impotence Research* 16, 160–166.
- Addis I, Ireland J, Vittinghoff E, Lin F, Stuenkel C, Hulley S (2005). Sexual activity and function in postmenopausal women with heart disease. *Obstet Gynecol*, 106: 121-127.
- Akhan, S.E. (2009). Pelvik taban ve cinsel yaşam. İçinde Ö. Yalçın (Ed.), *Temel Ürojinekoloji*. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri Ltd. Şti.; 525-541.
- Aktan, E. (2018). Sosyal medya ve sosyal kaygı: sosyal medya kullanıcıları üzerine bir araştırma. *Selçuk İletişim*, 11(2), 35-53.
- Alexander, L.L., LaRosa, J.H., Bader, H., Garfield, S. ve Alexander, W.J. (2010). *New Dimensions in Women's Health*. (5th ed.). USA: Jones and Bartlett; 63-86.
- Alkan, E. (2008). *Cinsel İşlev Bozuklukları ve Kişilerarası Tarz, Öfke, Kendilik Algısı*. T.C. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Uygulamalı Psikoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Armağan, A. ve Ergün O. (2011). Kadın Cinsel Fonksiyon Bozukluğu Tanı ve Tedavisinde Yenilikler, *Androloji Bülteni*, 44, 82-87.
- Atasü, T. ve Şahmay, Ş. (2001). *Cinsel fonksiyon fizyolojisi ve bozuklukları*. *Jinekoloji*.(3.Baskı). İstanbul: Üniversal Bilimsel Yayınları
- Aydın H. (1998). 'Cinsellik ve Cinsel İşlev' *Psikiyatri Temel Kitabı*. Ed:Güleç C, Köroğlu E. , Hekimler Yayın Birliği, Ankara.
- Aydın, A. ve Tiryaki, S. (2017). Üniversite Öğrencilerinin Kaygı Düzeylerini Etkileyen Faktörleri Belirlemeye Yönelik Bir Çalışma (KTÜ Örneği). *Orman Fakültesi Dergisi*, 17(4), 715-722. Doi: 10.17475/kastorman.282559
- Aygin, D. (2004). Meme kanseri ve cinsellik. *Androloji Bülteni*, 19, 366-367.
- Balcı, H. (2014). *Bilişsel Davranışçı Terapi ile Tedavi Edilen Vajinismuslu Kadınlarda ve Eşlerinde Tedavi Öncesi ve Sonrası Benlik Saygısı, Özyeterlilik ve Yaşam Kalitesi Düzeyleri*. Uzmanlık Tezi. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul.

- Baldwin, D. S. (2001). Depression and sexual dysfunction. *British -Medical Bulletin*, 57, 81–99.
- Balercia G, Boscaro M, Lombardo F (2007). Sexual symptoms in endocrine diseases: psychosomatic perspectives. *Psychoter Psychosom*, 76: 134-140.
- Bancroft, J., & Vukadinovic, Z. (2004). Sexual addiction, sexual compulsivity, sexual impulsivity, or what? Toward a theoretical model. *Journal of Sex Research*, 41(3), 225-234.
- Bancroft, J., Loftus, J., & Long, J. S. (2003). Distress about sex: A national survey of women in heterosexual relationships. *Archives of Sexual Behavior*, 32, 193–208.
- Barlow, D.H. (1986). Causes of sexual dysfunctions: the role of anxiety and cognitive interference. *Journal Consult Clinical Psychology*, 54, 14-148.
- Basson, R. (2002). Women's sexual desire: Disordered or misunderstood?. *Journal of Sex & Marital Therapy*.
- Basson, R. (2003). Biopsychosocial models of women's sexual response: applications to management of 'desire disorders'. *Sexual and Relationship Therapy*, 18(1), 107-115.
- Basson, R. (2005). Women's sexual dysfunction: revised and expanded definitions. *CMAJ*, 172(10), 1327-1333. doi: 10.1503/cmaj.1020174
- Basson, R., Berman, J., Burnett, A., Derogatis, L., Ferguson, D., Fourcroy, J. ve ark. (2000). Report on the international consensus development conference of female sexual dysfunction: definitions and classifications. *The Journal of Urology*, 163(3), 888–893.
- Baştürk, R. (2007). Investigation of test anxiety levels of pre-service teachers taking civil servant selection examination. *Fırat University Journal of Social Science*, 7, 163-76.
- Bedir, R. (2008). Taekwondo Milli Takım Sporcularının Durumluk Kaygı Düzeylerinin Başarıya Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Beji, N.K., Yalcin, O. ve Erkan, H.A. (2003). The effect of pelvic floor training on sexual function of treated patients. *International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction*, 14(4), 234–8.
- Bilen M., Topçuoğlu M.A. (2008). Yaşamın Gizemi 'Cinsellik'. Betik Kitap ve Yayın Dağıtım, Ankara.

- Bilgin, Ç.N. (2009). Pelvik taban kas egzersizlerinin postpartum dönemde cinsel yaşama etkisi. T.C. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi. İstanbul.
- Bo, K., Talseth, T. ve Vinsnes, A. (2000). Randomized controlled trial on the effect of pelvic floor muscle training on quality of life and sexual problems in genuine stress incontinent women. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 79 (7), 598–603.
- Bonierbale, M., Lancon, C., & Tignol, J. (2003). The ELIXIR study: -Evaluation of sexual dysfunction in 4557 depressed patients in France. *Current Medical Research and Opinion*, 19, 114–124.
- Bozdemir, N. & Özcan, S. (2011). Cinselliğe ve Cinsel Sağlığa Genel Bakış . *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care* , 5 (4) , 0-0 . Retrieved from <https://dergipark.org.tr/tr/pub/tjfmipc/issue/45318/567767>
- Bozdemir, N., & Özcan, S. (2011). Cinselliğe ve cinsel sağlığa genel bakış. *Turkish journal of family medicine and primary care*, 5(4).
- Bradford, A., & Meston, C.M. (2006). The impact of anxiety on sexual arousal in women. *Behaviour Research and Therapy*, 44(8), 1067-1077.
- Briggs, F. ve Alikor, D. (2010). Anxiety Disorder Amongst Secondary School Children in an Urban City in Nigeria. *International Journal of Biomedical Science*. 6.3, 246-251.
- Bukovic D, Silovski H, Silovski T, Hojsak I, Sakic K, Hrgovic Z. Sexual functioning and body image of patients treated for ovarian cancer. *Sexuality and Disability* 2008;26:63–73.
- Büyükçapar, F. (2015). Özel Okullar ile Devlet Okullarında Okul Sporlarına Katılan Ortaöğretim Öğrencilerinin Sürekli Kaygı ve Kişisel Kararsızlık Düzeylerinin İncelenmesi (Kahramanmaraş İli Örneği). Yüksek Lisans Tezi, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Byers, E. S. (2005). Relationship satisfaction and sexual satisfaction: A longitudinal study of individuals in long-term relationships. *Journal of Sex Research*, 42, 113–118.
- Byers, E. S., & Grenier, G. (2003). Premature or rapid ejaculation: -Heterosexual couples' perceptions of men's ejaculatory behavior. *Archives of Sexual Behavior*, 32, 261–270.
- Byers, E. S., & Rehman, U. S. (2014). Sexual well-being. In D. I. Tolman & L. M. Diamond (Eds.), *APA Handbook of Sexuality and Psychology Volume 1: Person-Based Approaches* (pp.317-337): APA.

- Byers, E. S., Demmons, S., & Lawrance, K. A. (1998). Sexual satisfaction within dating relationships: A test of the interpersonal exchange model of sexual satisfaction. *Journal of Social and Personal Relationships*, 15(2), 257-267.
- Carroll, J.L. (2012). *Discovery Series: Introduction To Human Sexuality, USA: Cengage Learning*, 99-300.
- Ceyhan, N. ve Akmaz, G. M. (2009). Fen edebiyat fakültesi Türk dili ve edebiyatı bölümü öğrencilerinin durumluk-sürekli kaygı düzeyleri ve kaygı nedenleri (tokat örneği). *Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi*, 1, 131-147.
- Christopher, F. S., & Sprecher, S. (2000). Sexuality in marriage, dating, and other relationships: A decade review. *Journal of Marriage and Family*, 62(4), 999-1017.
- Christopher, F. S., & Sprecher, S. (2000). Sexuality in marriage, dating, and other relationships: A decade review. *Journal of Marriage and Family*, 62(4), 999-1017.
- Christopher, F. S., & Sprecher, S. (2000). Sexuality in marriage, dating, and other relationships: A decade review. *Journal of Marriage and the Family*, 62, 999-1017.
- Clayton, A. H. (2001). Recognition and assessment of sexual dysfunction associated with depression. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62 (Suppl. 3), 5-9.
- Clayton, A. H. (2002). Female sexual dysfunction related to depression and anti-depressant medications. *Current Women's Health Report*, 2, 182-187.
- Cosson E, Benchimol M, Carbillon L (2006). Universal Rather Than Selective Screening For Gestational Diabetes Mellitus May Improve Fetal Outcomes, *Diabetes Metab*, 32:140-6.
- Craske, M.G., Rauch, S.L., Ursano, R., Prenoveau, J., Pine D.S., Zinbarg, R.E. (2009).
- Cüceloğlu, D. (1990). *İnsan ve Davranışı*. İstanbul: Remzi Kitabevi.
- Cüceloğlu, D. *İnsan ve Davranışları Psikolojinin Temel Kavramları*. Remzi Kitabevi, İstanbul, (2005).
- ÇAMCI G, CAN G (2014). Akut myokard enfarktüsü sonrası kadınlarda cinsel yaşam. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Derg*, 11: 38-44.
- Çavaş, Ş., (2008). Cinsel İşlev Bozuklukları Polikliniğine Başvuran Vajinismus ve Prematür Ejakülasyon Olgularında Psikiyatrik Komorbiditenin Araştırılması.

Uzmanlık Tezi, İstanbul.

Çayan S., Akbay E., Bozlu M., Canbolat B., Acar D. ve Ulusoy E. (2004) The Prevalance Of Female Dysfunction And Potential Risk Factors That May Impair Sexual Function İn Turkish Women. *Urol Int*, 72(1), 52-57.

Çayan, S., Akbay, E., Bozlu, M., Canpolat, B., Acar, D., & Ulusoy, E. (2004). The prevalence of female sexual dysfunction and potential risk factors that may impair sexual function in Turkish women. *Urologia internationalis*, 72(1), 52-57.

Çayan, S., Akbay, E., Canpolat, B., Acar, D., Bozlu, M. ve Ulusoy, E. (2004). The prevalence of female sexual dysfunction and potential risk factors that may impair sexual function in Turkish women. *Urologia Internationalis*, 72 (1), 52-57.

Çeri, Ö., Yılmaz, A. ve Soykan, A. (2008). Cinsel İşlev Bozuklukları. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics*, 1(2), 71-78.

Çeri, Ö., Yılmaz, A., & Soykan, A. (2008). Cinsel işlev bozuklukları. *Turkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics*, 71-78.

Çiftçi Arıdağ, N. ve Erbiçer, E. (2018). Grupla psikolojik danışma uygulamasının özel gereksinimli çocuğu olan annelerin kaygı düzeyleri ve yaşam doyumları üzerindeki etkisinin incelenmesi. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Özel Eğitim Dergisi*, 19(2), 257-275.

Çolak, T.S. (2009). Genel Lise Son Sınıf Öğrencilerinin Sınav Kaygı Düzeyleri ve Anne-Baba Tutumları. *Sakarya Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*. 17, 81-94.

David. M. Nathan, (2009). American Diabetes Association (ADA), National standards for diabetes self-management education. *Diabetes Care*, 32, 13–61.

Demirezen, E. (2006). Birinci Basamakta Kadın Cinselliğinin Değerlendirilmesi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 5, 79-81.

Demiriz, S. ve Ulutaş, İ. (2003). 9-12 Yaş Çocuklarının Kaygı Düzeylerinin Bazı Değişkenlere Göre İncelenmesi. *Ege Eğitim Dergisi*, 1(3), 1-9.

Dişsiz, M. (2012). Alkol ve madde bağımlılığının kadının yaşam kalitesi ve cinsel yaşamı üzerine etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi. İstanbul.

Duman, G. K. (2008). İlköğretim 8. Sınıf Öğrencilerinin Durumluk Sürekli Kaygı Düzeyleri ile Sınav Kaygısı Düzeyleri ve Ana – Baba Tutumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül

- Dunn, K. M., Croft, P. R., & Hackett, G. (1999). Association of sexual problems with social, psychological, and physical problems in men and women: A cross sectional survey. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 53, 144–148.
- Ekşi, H. ve Dilmaç, B. (2010). Üniversite öğrencilerinin genel erteleme, karar vermeyi erteleme ve akademik erteleme düzeylerinin sürekli kaygı açısından incelenmesi. *Uludağ Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 23(2), 433-450.
- Ekşi, P. (1998). Sınav Kaygısının Üniversite Adayı Ergenlerde İncelenmesi.
- Elliott, S. A., & Watson, J. P. (1985). Sex during pregnancy and the first postnatal year. *Journal of Psychosomatic Research*, 29, 541–548.
- Elnashar AM, EL-Dien İbrahim M, EL-Desoky MMM, Ali OFM, El-Sayd Mohamed Hassan M. (2007). Female sexual dysfunction in Lower Egypt. *BJOG*, 114(2):201-206.
- Erözkan, A. (2004). Üniversite öğrencilerinin sınav kaygısı ve başa çıkma davranışları. *Muğla Üniversitesi SBE Dergisi*, 12, 13-38.
- Esposito K, Ciotola M, Giugliano F, Bisogni C, Schisano B, Autorino R, Cobellis L, De Sio M, Colacurci N, Giugliano D. Association of body weight with sexual function in women. *Int. J. Impot. Res.* 2007;19(4):353–357.
- Ezrati-Vinacour, R., & Levin, I. (2004). The relationship between anxiety and stuttering: A multidimensional approach. *Journal of fluency disorders*, 29(2), 135-148.
- Faubion SS, Jordan ER (2015). Sexual dysfunction in women: a practical approach. *Am Fam Physician*, 4: 281-288.
- Ferraresi SR, Lara LA da S, Reis RM, de Sá Rosa e Silva ACJ. Changes in Sexual Function among Women with Polycystic Ovary Syndrome: A Pilot Study. *J. Sex. Med.* 2013;10(2):467–473.
- FISCHER S, BEKELMAN D (2017). Gender differences in sexual interest or activity among adults with symptomatic heart failure. *J Palliat Med*, 8: 890-894.
- Figueira, I., Possidente, E., Marques, C., & Hayes, K. (2001). Sexual dysfunction: A neglected complication of panic disorder and social phobia. *Archives of Sexual Behavior*, 30, 369–377.
- Fisher, W. A., Rosen, C. R., Eardley, I., Sand, M., & Goldstein, I. (2005). Sexual experience of female partners of men with erectile dysfunction: The female experience of men's attitude to life events and sexuality (FEMALES) study.

Journal of Sexual Medicine, 2, 675–684.

Foucault, M. (2003). *Cinselliğin Tarihi* (Çev. Hülya Uğur Tanrıöver). İstanbul: Ayrıntı.

Frank, J.E., Mistretta, P. ve Will, J. (2008). Diagnosis and treatment of female sexual dysfunction. *American Family Physician*, 77 (5), 635-642.

Friedberg, R. D., McClure, J. M. (2002). *Clinical Practice of Cognitive Therapy with Children and Adolescents*. New York: The Guilford Press.

Frohlich, P., & Meston, C. (2002). Sexual functioning and self-reported depressive symptoms among college women. *Journal of Sex Research*, 39, 321–325.

Fugl-Meyer, A. R., & Fugl-Meyer, K. S. (2006). Prevalence data in Europe. In *Women's Sexual Function and Dysfunction: Study, Diagnosis and Treatment* (ed. I. Goldstein, C. M. Meston, S. R. Davis, & A. M. Traish), pp. 34–41. London: Taylor and Francis.

George, W. H., & Stoner, S. A. (2000). Understanding acute alcohol -effects on sexual behavior. *Annual Review of Sex Research*, 11, 125–157.

Gilbert E, Ussher JM, Perz J. Sexuality after gynaecological cancer: a review of the material, intrapsychic and discursive aspects of treatment on women's sexual wellbeing. *Mauritas* 2011;70(1):42e57.

Giuseppe, P.G., Pace, G. ve Vicentini, C. (2007). Sexual function in women with urinary incontinence treated by pelvic floor transvaginal electrical stimulation. *The Journal of Sexual Medicine*, 4 (3),702–707.

Goldstein, I., Giraldi, A., Kadioğlu, A., Lusen, HW- V., Marson, L., Nappi, R. ve ark.(2006). Kadın Cinsel Fonksiyon Fizyolojisi ve Kadın Cinsel Disfonksiyonunun Fizyopatolojisi (Çulha, M., Eryılmaz, H.Y., Önem, K., Çev.). İçinde Kadioğlu, A., Usta, M.F., Semerci, B., Aşçı, R., Yaman, Ö., Orhan, İ. ve ark. (Eds), *Seksüel Tıp*. İstanbul: İstanbul: Medikal Yayıncılık; 685- 747.

Grabovac I, Koyanagi A, Yang L, López-Sánchez GF, McDermott D, Soysal P, et al. Prospective associations between alcohol use, binge drinking and sexual activity in older adults: the English Longitudinal Study of Ageing. *Psychol Sex* 2019;1–9.

Graziottin, A., Dennerstein, L., Alexander, J.L., Giraldi, A., Whipple, B. (2006). Classification, Etiology, and Key Issues in Female Sexual Disorders. İçinde Porst, H. Ve Buvat, J.(Eds.), *Standard Practice in Sexual Medicine*. USA: Blackwell Publishing; 305- 314.

- Greenberg, J.S., Brues, C.E. and Conklin, S.C. (Eds). (2011). Exploring The Dimensions Of Human Sexuality, USA: Jones & Bartlett Learning Publishers, 94-170.
- Guo, B., & Huang, J. (2005). Marital and sexual satisfaction in Chinese families: Exploring the moderating effects. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 31, 21–29.
- Güçlü, N , Tulunay A, Ö, İhtiyaroğlu, N. (2016). Kadın Okul Yöneticilerinin Durumluk Ve Sürekli Kaygı Düzeyleri. *Karadeniz Sosyal Bilimler Dergisi*, 7 (03) , 176-188.
- Güleç, C., Köroğlu, E. (1998). Cinsel İşlev Bozuklukları. *Psikiyatri Temel Kitabı*. Ankara, 605-637.
- Gürat, C. (2016). Ergenlerde Sorumluluk İnançları ve Sürekli Kaygı İlişkisinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü.
- Hatfield, E. C., Pillemer, J. T., O'brien, M. U., & Le, Y. C. L. (2008). The endurance of love: Passionate and companionate love in newlywed and long-term marriages. *Interpersona: An International Journal on Personal Relationships*, 2(1), 35-64.
- Hayes, R. D., Dennerstein, L., Bennett, C. M., Sidat, M., Gurrin, L. C., & Fairley, C. K. (2008). Risk factors for female sexual dysfunction in the general population: Exploring factors associated with low sexual function and sexual distress. *Journal of Sexual Medicine*, 5, 1681–1693.
- Heiman, J. R., Talley, D. R., Bailen, J. L., Oskin, T. A., Rosenberg, S. J., Pace, C. R., et al. (2007). Sexual function and satisfaction in heterosexual couples when men are administered sildenafil citrate (Viagra®) for erectile dysfunction: A multicentre, randomised, doubleblind, placebo-controlled trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 114, 437–447.
- Heiman, J.R. (2007). Orgasmic disorders in women. In S. Leiblum (Ed.), *Principles and practice of sex therapy* (4th ed.). New York, NY: The Guilford Press
- Heman, J.R. (2002). Sexual dysfunction: overview of prevalence, etiological factors, and treatments. *Journal of Sex Research*, 39 (1), 73-78.
- Hoehn-Saric R, Mcleod DR (1988). The peripheral sympathetic nervous system. Its role in normal and pathologic anxiety. *Psychiatr Clin North Am*, 11: 375-386.
- Hoekstra T, Jaarsma T, Sanderman R, Van Veldhuisen DJ, Lesman-Leegre I (2012). Perceived sexual difficulties and associated factors in patients with heart failure. *Am Heart J*, 163: 246-251.

- Hurlbert, D. F., Apt, C., Hurlbert, M. K., & Pierce, A. P. (2000). Sexual compatibility and the sexual desire-motivation relation in females with hypoactive sexual desire disorder. *Behavior Modification*, 24, 325–47.
- İşıloğlu, H. (2012). *Cinsel İşlev Bozuklukları*. 2. İstanbul Üniversitesi Kadın Doğum Günleri.
- İnanç, B. ve Yerlikaya, E. (2017). *Kişilik Kuramları*. Ankara: Pegem Akademi.
- İncesu, C., & Yetkin, N. (1999). *Cinsel işlev bozuklukları*. İstanbul, Roche Monograf Serisi, 3, 10-25.
- JAARSMA T (2002). Sexual problems in heart failure patients. *Eur J CardiovascNurs*, 1: 61-67.
- Janssen, E., Everaerd, W., Spiering, M., & Janssen, J. (2000). Automatic process and the appraisal of sexual stimuli. *Journal of Sex Research*, 37, 8-23.
- Johnson, S. D., Phelps, D. L., & Cottler, L. B. (2004). The association of sexual dysfunction and substance use among a community epidemiological sample. *Archives of Sexual Behavior*, 33, 55–63.
- Kadri, N., Alami, K. H. M., & Tahiri, S. M. (2002). Sexual dysfunction in women: Population based epidemiological study. *Archives of Women's Mental Health*, 5, 59–63.
- Kang, J., Laumann, E. O., Glasser, D. B., & Paik, A. (2006). Worldwide prevalence and correlates. In *Women's Sexual Function and Dysfunction: Study, Diagnosis and Treatment* (ed. I. Goldstein, C. M. Meston, S. R. Davis, & A. M. Traish), pp. 42–51. London: Taylor and Francis.
- Kaplan, H. S. (1979). *Disorders of Sexual Desire*. New York: Simon and Schuster.
- Karadağ Ak, Ö. ve Diken, A. (2020). İş tatmini ve kaygı düzeyinin işten ayrılma niyeti üzerine etkisi: banka çalışanları üzerine ampirik bir araştırma. *BDDK Bankacılık ve Finansal Piyasalar Dergisi*, 14(2), 175-204.
- Karakaya, E. ve Öztop, D. B. (2013). Kaygı Bozukluğu Olan Çocuk ve Ergenlerde Bilişsel Davranışçı Terapi. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 2(1), 10-24.
- Karakoyunlu, F.B. ve Öncel, S. (2009). Cinsel fonksiyon bozukluklarında kadına ait hemşirelik bakım süreci örneği. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12 (3), 82-92.
- Karasar, N. (2011). *Bilimsel Araştırma Yöntemleri*. Ankara: Nobel Yayınları.

- Karataş, Z. ve Çelikkaleli, Ö. (2020). Beliren yetişkinlerde yalnızlık ile yaşam yönelimi arasındaki doğrudan ve dolaylı ilişkiler: sürekli kaygının aracılık rolü. *Eğitim Bilimleri Araştırmaları Dergisi*, 10(2), 62-82.
- Kartopu, S. (2012). Lise öğrenci ve öğretmenlerinin durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin bazı değişkenler açısından incelenmesi (Kahramanmaraş örneği). *İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 17(2), 147-170.
- Kaya, M. ve Varol, K. (2004). İlahiyat fakültesi öğrencilerinin durumluk-sürekli kaygı düzeyleri ve kaygı nedenleri (Samsun örneği). *Ondokuz Mayıs Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 17(12), 31-63.
- Keçe, C. (2018). Boşalma, Orgazm ve Cinsel Doyum. Ankara. Pusula Yayınevi.
- Kelly, M. P., Strassberg, D. S., & Turner, C. M. (2006). Behavioral assessment of couples, communication in female orgasmic disorder. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 32, 81–95.
- Kennedy, S. H., Dickens, S. E., Eisfels, B. S., & Bagby, R. M. (1999). Sexual dysfunction before antidepressant therapy in major depression. *Journal of Affective Disorders*, 56, 201–208.
- Kılınç, E. (2012). Genel lise 9. sınıf öğrencilerinin bazı değişkenlere ve sürekli kaygı durumlarına göre saldırganlık düzeylerinin incelenmesi. Unpublished master's thesis, Gaziantep University, Gaziantep.
- King, M., Holt, V., & Nazareth, I. (2007). Women's views of their sexual difficulties: Agreement and disagreement with clinical diagnoses. *Archives of Sexual Behavior*, 36, 281–288.
- Kingsberg, S. ve Althof, S.E. (2009). Evaluation and treatment of female sexual disorders. *International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction*, 20(1), 33- 43.
- Klein, M. (2015). Çocuk Psikanalizi. A. Demir (Çev.). İstanbul: Pinhan Yayıncılık.
- Klussmann D. (2002). Sexual motivation and duration of partnership. *Archives of Sexual Behavior*, 31, 275–287.
- Koruklu, N., Öner, H. ve Oktaylar, H. (2006). "Sınav kaygısı ile başa çıkma programının" sınav kaygısına etkisine yönelik deneysel bir çalışma. *Dokuz Eylül Üniversitesi Buca Eğitim Fakültesi Dergisi*, (19), 05-11.
- Kütmeç, C. (2009). Kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu ve hemşirelik bakımı, 4. Cilt (Sayı 12). *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*

- Kütmeç, C. (2009). Kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu ve hemşirelik bakımı. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 4(12), 111- 136.
- Lamont, J. ve On, H. (2012). Female sexual health consensus clinical guidelines, *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 34(8), 1-56.
- Langström, N., & Hanson, R.K. (2006). High rates of sexual behavior in the general population: Correlates and predictors. *Archives of Sexual Behavior*, 35, 37–52.
- Laumann EO, Paik A, Rosen RC. (1999). Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA*, 281(6):537-544.
- Laumann, E. O., Paik, A., & Rosen, R. C. (1999). Sexual Dysfunction İn The United States: Prevalence And Predictors. *Jama*, 281(6), 537-544.
- Laumann, E. O., Paik, A., & Rosen, R. C. (1999). Sexual dysfunction in the United States: Prevalence and predictors. *Journal of the American Medical Association*, 281, 537–544.
- Laumann, E., Nicolosi, A., Glasser, D., B., Gingell, C., Moreira, E., & Wang. (2005). Sexual problems among women and men aged 40-80 y: Prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *International Journal of Impotence Research*, 17, 39-57.
- Lawrance, K., & Byers, E. S. (1995). Sexual satisfaction in long-term heterosexual relationship: The Interpersonal exchange model of sexual satisfaction. *Personal Relationships*, 2, 267–285.
- Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and adaptation*. Oxford University Press
- Leckman, J. F. (2000). *Current diagnosis & treatment in psychiatry*. M. H. Ebert, P. T. Loosen, & B. Nurcombe (Eds.). Lange Medical Books/McGraw-Hill.Amanda ve Marita, 2001
- Lewis, R.W., Fugl-Meyer, K.S., Bosch, R., Fugl-Meyer, A.R., Laumann, E.O., Lizza, E., Martin- Morales, A. (2006). Seksüel Disfonksiyonun Tanımı, Sınıflaması ve Epidemiyolojisi (Çayan, S., Beji, N.K., Tek, M., Çev.). İçinde Kadioğlu, A., Usta, M.F., Semerci, B., Aşçı, R., Yaman, Ö., Orhan, İ. ve ark. (Eds), *Seksüel Tıp*. İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık; 37- 72.
- Lindau ST, Schumm LP, Laumann EO, Levinson W, O’muirheartaigh CA, Waite LJ (2007). A study of sexuality and health among older adults in the United States. *N Engl J Med*, 357: 762-774.
- Li W, Li G, Xin C, Wang Y, Yang S. Challenges in the Practice of Sexual Medicine in the Time of COVID-19 in China. *J Sex Med* 2020;17:1225–8.

- Liu, S.; Han, J.; Xiao, D.; Ma, C.; Chen, B. A report on the reproductive health of women after the massive 2008 Wenchuan earthquake. *Int. J. Gynecol. Obstet.* 2009, 108, 161–164. [CrossRef]
- Lowenstein, L., Gruenwald, I., Gartman, I. ve Vardi, Y. (2010). Can stronger pelvic muscle floor improve sexual function? *The International Urogynecology Journal*, 21 (5), 553-556.
- Mah, K. ve Binik, Y.M. (2001). The nature of human orgasm: a critical review of major trends. *Clinical Psychology Review*, 21 (6), 823- 856.
- Manav, F. (2011). Kaygı Kavramı. *Toplum Bilimleri Dergisi*, 5(9), 201-211.
- March, J. S., Parker, J. D., Sullivan, K., Stallings, P., & Conners, C. K. (1997). The Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC): factor structure, reliability, and validity. *Journal of the American academy of child & adolescent psychiatry*, 36(4), 554-565.
- Maseroli E, Fanni E, Cipriani S, Scavello I, Pampaloni F, Battaglia C, Fambrini M, Mannucci E, Jannini E, Maggi M, Vignozzi L (2016). Cardiometabolic risk and female sexuality: focus on clitoral vascular resistance. *J Sex Med*, 13: 1651-1661.
- Maseroli E, Fanni E, Mannucci E, Fambrini M, Jannini EA, Maggi M, Vignozzi L (2016). Which are the male factors associated with female sexual dysfunction (FSD)? *Andrology*, 4: 911-920.
- Masters, W. H., & Johnson, V. E. (1966). *Human sexual response*, Boston (Little, Brown and Company) 1966.
- Masters, W. H., & Johnson, V. E. (1966). *The Human Sexual Response*. Boston: Little, Brown and Company.
- Masters, W.H., Johnson, V.E. (1970). *Human sexual inadequacy*. Edinburg, Churchill Livingstone. Aktaran: İncesu, C. (1998). *Cinsel İşlev Bozuklukları, Cinsel Sorunlara Genel Yaklaşım*, Roche Müstahzarları Sanayi AŞ, İstanbul.
- Meana, M., Binik, Y. M., Khalife, S., & Cohen, D. R. (1997). Biopsychosocial profile of women with dyspareunia. *Obstetrics and Gynecology*, 90, 583–589.
- Menzies, R. G., Onslow, M., & Packman, A. (1999). Anxiety and stuttering: Exploring a complex relationship. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 8, 3–10.
- Meston, C.M.; Kilimnik, C.D.; Freihart, B.K.; Buss, D.M. Why Humans Have Sex: Development and Psychometric Assessment of a Short-Form Version of the YSEX? Instrument. *J. Sex Marital. Ther.* 2019, 46, 141–159. [CrossRef]

[PubMed]

- Mollaoğulları, H. ve Uluç, S. (2019). Spor yapan ve spor yapmayan ortaokul öğrencilerinin sınav kaygı durumlarının incelenmesi. *Spor Eğitimi Dergisi*, 3(3), 78-87.
- Morales, A. S. (2012). *Psychology of emotions, motivations, and actions: trait anxiety*. New York: Nova Science Publishers.
- Morrison, J. (2016). *DSM-5'i Kolaylaştıran Klinisyenler İçin Tanı Rehberi* (Çev. Ed M. Şahin). Ankara: Nobel Tıp Yayınevleri. (Orjinal yayım tarihi, 2014).
- Munarriz R, Kim NN, Goldstein I, Traish AM. Biology of female sexual function. *Urol Clin North Am*. 2002 Aug; 29(3): 685-93.
- Nobre, P. J., Pinto-Gouveia, J., & Gomes, F. A. (2006). Prevalence and comorbidity of sexual dysfunctions in a Portuguese clinical sample. *Journal of Sex & Marital Therapy* 32, 173–182.
- O'Leary, K. D., Acevedo, B. P., Aron, A., Huddy, L., & Mashek, D. (2012). Is long-term love more than a rare phenomenon? If so, what are its correlates?. *Social Psychological and Personality Science*, 3(2), 241-249.
- Offman, A., & Matheson, K. (2005). Sexual compatibility and sexual functioning in intimate relationship. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 14, 31–39.
- Oltmanns, T., Neale, J. M. & Davison, G. C. (2003). *Anormal Davranışlar*
- Oskay, Ü.Y., Beji, N.K., Bal, M.D. ve Yılmaz, S.D. (2011). Evaluation of sexual function in patients with gynecologic cancer and evidence-based nursing interventions. *Sexuality and Disability*, 29, 33–41.
- Öksüz E, Malhan S (2005). Reliability and validity of the female sexual function index in Turkish population. *Sendrom*, 17(7): 54-60.
- Öksüz E, Malhan S. (2006). Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction in Turkish women. *J Urol*, 175(2):654-58.
- Öner, N. ve Le Compte, A. (1983). *Durumluk - Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı*. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayını.
- Öner, P., Türkçapar, H. ve Üneri, Ö. Ş. (2008). Çocuk ve Ergenlerde Bilişsel Davranışçı Terapi: Anksiyete Bozuklukları. *Kriz Dergisi*, 16(1), 11-18.
- Örnek, T. *Anksiyete Oluşum Kuralları*. I. Anksiyete Sempozyumu, Nevşehir, 5-7 Haziran 1992. Erciyes Üniversitesi Matbaası, Kayseri. n1993.

- Özerdoğan, N., Sayiner, F.D., Köşgeroğlu, N., Ünsal, A. (2009). 40-65 Yaş grubu kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu prevalansı, depresyon ve diğer ilişkili faktörler, 2.Cilt (Sayı 2). Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanat Dergisi, 46-57.
- Özmen, HE. (1999). Cinsel mitler ve cinsel işlev bozuklukları. *Psikiyatri Dünyası*, 2(1), 49-53.
- Öztürk, Ü. A., Atasoy, N., Kurçer, M. A., Karaahmet, E., & Saraçlı, Ö. (2012). Zonguldak il merkezinde kadın cinsel sorunlarının yaygınlığı ve cinsel sorunlarla ilgili etkenler/Prevalence of female sexual problems and effecting factors in Zonguldak province. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 13(3), 191.
- Pamuk, S. (2017). Arşivsel Örneklem Yöntemlerinin Arşiv Serileri/Sınıfları Üzerinde Uygulanması. *Bilgi ve Belge Araştırmaları*, (8), 1-41.
- Pamuk, Y., Hamurcu, H. ve Armağan, B. (2014). Sınıf öğretmeni adaylarının durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin incelenmesi (İzmir-Buca örneği). *Bartın University Journal of Faculty of Education*, 3(2), 293-316.
- Patrick, D. L., Althof, S. E., Pryor, J. L., Rosen, R., Rowland, D. L., Ho, K. F., et al. (2005). Premature ejaculation: An observational study of men and their partners. *The Journal of Sexual Medicine*, 2, 358–367.
- Phillips, N. A. (2000). Female sexual dysfunction: evaluation and treatment. *American Family Physician*, 62(1), 127-148.
- Ponholzer, A., Roehlich, M., Racz, U., Temml, C., & Madersbacher, S. (2005). Female sexual dysfunction in a healthy Austrian cohort: prevalence and risk factors. *European Urology*, 47, 366–375.
- Purdon, C., & Holdaway, L. (2006). Non-erotic thoughts: Content and relation to sexual functioning and sexual satisfaction. *Journal of Sex Research*, 43, 154-162.
- Reese, J.B., Keefe, F.J., Somers, T.J. ve Abernethy, A.P. (2010). Coping with sexual concerns after cancer: the use of flexible coping. *AP Support Care Cancer*, 18(7),785-800.
- Rissel, C., Badcock, P. B., Smith, A. M., Richters, J., de Visser, R. O., Grulich, A. E., & Simpson, J. M. (2014). Heterosexual experience and recent heterosexual encounters among Australian adults: the Second Australian Study of Health and Relationships. *Sexual Health*, 11(5), 416-426. doi: 10.1071/SH14105
- Rocha, M. S., Yaruss, J. S., ve Rato, J. R. (2019). Temperament, executive functioning, and anxiety in school-age children who stutter. *Frontiers in*

psychology, 10, 2244.

Rosenbaum, T.Y. (2007). Pelvic Floor Involvement in Male and Female Sexual Dysfunction and the Role of Pelvic Floor Rehabilitation in Treatment: A Literature Review. *The Journal of Sexual Medicine*, 4,4–13.

Savaşır, I., Soygüt, G. ve Kabakçı, E. (2003). *Davranışçı Terapiler*. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.

Schwarz ER, Kapur V, Bionat S, Rastogi S, Gupta R, Rosanio S (2008). The prevalence and clinical relevance of sexual dysfunction in women and men with chronic heart failure. *Int J Import Res*, 20: 85-91.

Sertbaş G, Bahar A. Anksiyete ve anksiyete ile baş etmede hemşirelik girişimleri. *Hemşirelik Forumu Dergisi*. 2004;16(2):39-44.

Sertöz Ö.Ö , Mete HE, Noyan A, Alper M, Kapkaç M. (2004). Meme Kanserinde Ameliyat Tipinin Beden Algısı, Cinsel İşlevler, Benlik Saygısı ve Eş Uyumuna Etkileri: Kontrollü Bir Çalışma, *Türk Psikiyatri Dergisi*,15(4):264-275.

Shafik, A. (2000). The role of the levator ani muscle in evacuation, sexual performance and pelvic floor disorders. *International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction*, 11(6), 361-376.

Shedletsky, R., & Endler, N. S. (1974). Anxiety: The state-trait model and the interaction model. *Journal of Personality*, 42(4), 511–527. doi:10.1111/j.1467-6494.1974.tb00690.x

Shokrollahi, P., Mirmohamadi, M., Mehrabi, F., & Babaei, G. (1999). Prevalence of sexual dysfunction in women seeking services at -family planning centers in Tehran. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 25, 211–215.

Sınanmış, N. ve Kolburan, Ş. G. (2019). Kardeşi otizmli olan ve olmayan ergenlerin kardeş ilişkileri ve sosyal kaygı düzeylerinin karşılaştırılması. *Aydın Sağlık Dergisi*,1, 13-50.

Singh JC, Tharyan P, Kekre NS, Singh G, Gopalakrishnan G (2009). Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction in women attending a medical clinic in South India. *J Postgrad Med*, 55:113-120.

Speer J J, Hillenberg B, Sugrue D P, Blacker C, Kresge C L, Decker V B, Zakalik D, Decker D A.(2005). Study Of Sexual Functioning Determinants in Breast Cancer Survivors, *Breast J*, 11(6):440-447

Spielberger, C. D. (1966). *Anxiety and Behavior*. New York: Academic Press.

- Spielberger, C. D. (1966). The effects of anxiety on complex learning and academic achievement. *Anxiety and behaviour*.
- Spielberger, C. D. (1972). Anxiety as an emotional state. *Anxiety-Current trends and theory*, 3-20.
- Sprecher, S. (2002). Sexual satisfaction in premarital relationships: Associations with satisfaction, love, commitment, and stability. *Journal of sex research*, 39(3), 190-196.
- Steer, A., & Tiggemann, M. (2008). The Role of self-objectification in women's sexual functioning. *Journal of Social & Clinical Psychology*, 27(3), 205-225.
- Steinke E, Mosack V (2018). The influence of comorbidities, risk factors and medications on sexual activity in individuals aged 40-59 years with and without cardiac conditions, US National Health And Nutrition Examination Survey, 2011 to 2012. *J Cardiovasc Nurs*, 33: 118-125.
- Steinke EE, Mosack V, Hill T (2015). Change in sexual activity after a cardiac event: the role of medications, comorbidity and pschosocial factors. *ANR*, 28: 244-250.
- Steinke EE, Mosack V, Wright DW (2009). Risk factors as predictors of sexual activity in heart failure. *Dimens Crit Care Nurs*, 28: 123-129.
- Stephenson, K. R., & Meston, C. M. (2011). The association between sexual costs and sexual satisfaction in women: An exploration of the Interpersonal Exchange Model of Sexual Satisfaction. *Canadian Journal of Human Sexuality*, 20.
- Stulhofer A, Gregurovic M, Pikic A, Galic I. (2005). Sexual Problems Of Urban Women in Croatia: Prevalence and Correlates in a Community Sample, *Croat Med J*, 46(1):45-51.
- Sungur, M. Z. (2000). Bilişsel-Davranışçı Yaklaşımlar ve Sosyal Fobi. *J Clin Psy*, 3(2), 27- 32.
- Şenol, S. (2006). *Orkular gelişimsel anlamı ve tedavisi*. İstanbul: Kültür yayınevi.
- Tanrıverdi B (2015) İstanbul ili, küçükçekmece ilçesinde engelli çocuğa sahip anne ve babaların durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri ile ebeveyn stilleri arasındaki ilişki. Yüksek Lisans Tezi, Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Klinik Psikoloji Anabilim Dalı, İstanbul.
- Taşkın M. Y. (2006) Diyabet Hastalarının Tedaviye Uyumunu Etkileyen Faktörler, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi (Danışman: Doç. Dr. Sibel Kalaça)

- Taştan, U., Saatçioğlu, Ö., Özmen, E., & Erkmen, H. (2005). Cinsel işlev bozukluğu olan erkeklerde anksiyete. *Yeni Symposium*, 1, 38-44.
- Teachman, B. A. (2006). Aging and negative affect: the rise and fall and rise of anxiety and depression symptoms. *Psychology and aging*, 21(1), 201.
- Tiefer, L. (2010). Beyond the medical model of women's sexual problems: a campaign to resist the promotion of 'female sexual dysfunction'. *Sexual and Marital Therapy*, 17(2), 127-135.
- Tierney, K. D. (2008). Sexuality: A quality of life issue for cancer survivors *Seminars in Oncology Nursing*, 24(2), 71-79. doi: 10.1016/j.soncn.2008.02.001
- Toktaş, S. (2017). Okul spor müsabakalarına katılan lise öğrencilerinin kaygı özgüven ve güdülenmeleri arasındaki ilişkilerin incelenmesi. (doktora tezi). Karadeniz Teknik Üniversitesi. Trabzon.
- Tovilovic, S., Novovic, Z., Mihic, L., Jovanovic, V. (2009). The Role of Trait Anxiety in the Induction of State Anxiety. *Psihologija*, 42.4, 491-504.
- Tuğrul, C. (1999). Cinsel İşlev Bozukluklarının Psikolojik Nedenleri. *Cinsel İşlev Bozuklukları Monograf Serisi*, 2, ss 29-33.
- Tuğut, N., (2016). Yeni Cinsel Doyum Ölçeği'nin Türkçe versiyonu: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. *The Journal of Happiness & Well-Being*, 4(2), 183-195.
- Twenge, J. M., Campbell, W. K., & Foster, C. A. (2003). Parenthood and marital satisfaction: A meta-analytic review. *Journal of Marriage and Family* 65, 574-583.
- Umuzdaş, M. ve Tök, H. (2020). Müzik öğretmenliği lisans öğrencilerinin çalgı sınavındaki performans kaygı düzeylerinin çeşitli değişkenlere göre incelenmesi. *IBAD Sosyal Bilimler Dergisi, Özel Sayı*, 396-410.
- Ümer, E. (2018). Kaygının sanatsal temsilleri. *Sanat ve Tasarım Dergisi*, 8(1), 20-40.
- Ünal N (2019). Hipertansiyonlu Bireylerde Cinsel Disfonksiyonun Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Balıkesir Üniversitesi.
- Ünal, A. (2006). Oks (Lgs)'Ye Hazırlanan Öğrencilerin Sınav Kaygıları ile Benlik Saygı Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi*. Gazi Üniversitesi. Eğitim Bilimleri Enstitüsü. Ankara.
- Ventriglio, A.; Bhugra, D. *Sexuality in the 21st Century: Sexual Fluidity*. East Asian

Arch. Psychiatry 2019, 29, 30–34. [CrossRef] [PubMed]

- von Sydow, K. (1999). Sexuality during pregnancy and after childbirth: A metacontent analysis of 59 studies. *Journal of Psychosomatic Research*, 47, 27–49.
- Weaver, A., & Byers, S. (2006). The Relationships Among Body Image, Body Mass Index, Exercise & Sexual Functioning in Heterosexual Women. *Psychology of Women Quarterly*, 30, 333-339.
- Weems, C. F., Taylor, L. K., Marks, A. B., & Varela, R. E. (2010). Anxiety Sensitivity in Childhood and Adolescence: Parent Reports and Factors that Influence Associations with Child Reports. *Cognitive Therapy Research*, 34, 303–315.
- Wierman ME, Arlt W, Basson R (2014). Androgen therapy in women: a reappraisal: an Endocrine Society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab*, 99: 3489-3510.
- Wiederman, M., W. (2000). Women's Body Image Self-Consciousness During Physical Intimacy with a Partner. *The Journal of Sex Research*, 37(1), 60-68.
- Wiederman, M., W. (2001). "Don't look now": The role of self-focus in sexual dysfunction. *The Family Journal*, 9, 210-214.
- Wilsnack, S. C., Klassen A. D., Schur, B. E., & Wilsnack, R. W. (1991). Predicting onset and chronicity of women's problem drinking: A five-year longitudinal analysis. *American Journal of Public Health*, 81, 305–317.
- Wince, J. P., Bach, A.K., & Barlow, D. H. (2008) In *Clinical Handbook of Psychological Disorders: A step-by-step treatment manual*. (Ed. David H Barlow). NY: Guilford press.
- Wood, J. M., Koch, P. B., & Mansfield, P. K. (2006). Women's sexual desire: A feminist critique. *Journal of Sex Research*, 43(3), 236-244.
- World Health Organization (2004) *International Classification of Diseases and Health Related Problems*. World Health Organization, Geneva
- World Health Organization. (2006). *The world health report 2006: working together for health*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2010). *Measuring sexual health: Conceptual and practical considerations and related indicators* (No. WHO/RHR/10.12). World Health Organization.

- Yadav, J., Gennarelli, L., Ratakonda, U. (2001). Female Sexuality and Common Sexual Dysfunctions: Evaluation and Management in A Primary Care Setting. Primary Care Update Ob/Gyns, 8 (1), 5-11.
- Yenilmez, K. ve Özbey, N. (2006). Özel okul ve devlet okulu öğrencilerinin matematik kaygı düzeyleri üzerine bir araştırma. Eğitim Fakültesi Dergisi, 19(2), 431-448.
- Yıldız H. (2008) Diyabetik Hastalarda Cinsel Disfonksiyonun Değerlendirmesi, Türkiye Cumhuriyeti Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi. (Danışman: Prof. Dr. Rukiye Pınar)
- Yıldız, H., Pınar, R. (2004). Myokard infarktüsülü hastalarda cinsel disfonksiyon- orijinal araştırma, Anadolu Kardiyoloji Dergisi, 19. 1,16.
- Yüksel, Ş., Cindoğlu, D. (2007). Kadın Cinselliği. Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Alanında Ulusal ve Yerel Medya Yoluyla Savunuculuk Projesi, Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği.10-38.
- Zilbergeld, B., & Ellison, C. (1980). Desire discrepancies and arousal problems in sex therapy. In S. Leiblum & L. Pervin (Eds.), Principles and Practice in Sex Therapy. New York Guildford Press

EKLER

EK-1 ANKET FORMU

27.12.2021 10:23

ANKET FORMU

ANKET FORMU

Sayın Katılımcılar,

Bu çalışma; "Covid-19 Pandemi Sürecinde Kadınlarda Durumluk Ve Sürekli Kaygı İle Cinsel Fonksiyonlar Arasındaki İlişki" konulu tez çalışmasının uygulama kısmı ile ilgilidir. Yapılan araştırma tamamıyla akademik nitelikli olup çalışmadan elde edilecek bilgiler bilimsel amaca yönelik olarak kullanılacak ve alınan cevaplar kesinlikle gizli tutulacaktır.

Çalışmaya yapacağınız değerli katkılarınızdan dolayı şimdiden teşekkür eder, saygılarımı sunarım.

İlerleme durumunu kaydetmek için [Google'da oturum açın](#) [Daha fazla bilgi](#)

* Gerekli

Yaşınız *

Yanıtınız

Medeni Durumunuz *

- Evli
- Bekar
- Boşanmış



https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSc1Z5YUO_26Oh87G16EmaMYgaK9HKBDFuO6qpHzhJJfhsSA/viewform

1/17

Öğrenim Durumunuz *

- İlkokul ve altı
- Ortaokul
- Lise
- Önlisans
- Lisans
- Yüksek Lisans
- Doktora

Gelir algınız nedir? *

- Gelirim giderimden az
- Gelirim giderime eşit
- Gelirim giderimden fazla

Kronik hastalığınız var mı? *

- Evet
- Hayır

Kullandığınız herhangi bir ilaç var mı? *

- Evet
- Hayır



Sigara Kullanıyor musunuz? *

Evet

Hayır

Alkol Kullanıyor musunuz? *

Evet

Hayır

Kaç günde bir adet olursunuz? *

Yanıtınız

Adetiniz kaç gün sürer? *

Yanıtınız

Adetleriniz düzenli mi? *

Evet

Hayır

Boyunuz (cm) *

Yanıtınız

Kilonuz *

Yanıtınız

Cinsel İlişki Sıklığınız? *

- Haftada bir ve üzeri
- 2 Haftada bir
- Ayda birkaç kez

Şu anki çalışma durumunuz? *

- Çalışıyorum
- Çalışmıyorum
- Emekliyim
- Emekli-Çalışan



Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin anında nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin. *

	Hiç	Biraz	Çok	Tamamiyle
Şu anda sakinim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kendimi emniyette hissediyorum	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Su anda sinirlerim gergin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pişmanlık duygusu içindeyim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Şu anda huzur içindeyim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Şu anda hiç keyfim yok	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Başıma geleceklerden endişe ediyorum	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kendimi dinlenmiş hissediyorum	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Şu anda kaygılıyım	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kendimi rahat hissediyorum	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kendime güvenim var	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Şu anda asabım bozuk	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Çok sinirliyim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum

Kendimi rahatlamış hissediyorum

Şu anda halimden memnunum

Şu anda endişeliyim

Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum

Şu anda sevinçliyim

Şu anda keyfim yerinde.



Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin anında nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin. *

	Hiç bir zaman	Bazen	Çok Zaman	Her zaman
Genellikle keyfim yerindedir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Genellikle çabuk yorulurum	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Genellikle kolay ağlarım	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Başkaları kadar mutlu olmak isterim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçırrım	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kendimi dinlenmiş hissediyorum	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Genellikle sakin, kendine hakim ve soğukkanlıyım	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissederim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Genellikle mutluyum	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Her şeyi ciddiye alır ve endişelenirim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

27.12.2021 10:23

ANKET FORMU

Genellikle kendime güvenim yoktur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Genellikle kendimi emniyette hissedirim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Genellikle kendimi hüzünlü hissedirim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Genellikle hayatımdan memnunum	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aklı başında ve kararlı bir insanım	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin ediyor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

KADIN CİNSEL FONKSİYON ÖLÇEĞİ (FSFI)



https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSc1Z5YUO_26Oh87G16ErmaMYgaK9HKBDFuO6qpHzhJJfhsSA/viewform

8/17

1. Son 5 hafta içinde ne sıklıkta cinsel istek veya ilgi duydunuz? *

- Hemen her zaman veya her zaman
- Çoğu zaman (geçen sürenin yarısından fazlasında)
- Bazen (geçen sürenin yarısında)
- Birkaç kez (geçen sürenin yarısından azında)
- Hemen hemen hiç veya hiçbir zaman

2. Son 5 hafta içinde cinsel istek veya ilgi düzeyinizi nasıl değerlendirirsiniz? *

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

3. Son 5 hafta içinde cinsel aktivite veya cinsel ilişki sırasında ne sıklıkta uyarıldığınızı hissettiniz? *

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- Hemen her zaman veya her zaman
- Çoğu zaman (geçen sürenin yarısından fazlasında)
- Bazen (geçen sürenin yarısında)
- Birkaç kez (geçen sürenin yarısından azında)
- Hemen hemen hiç veya hiçbir zaman



4. Son 5 hafta içinde cinsel aktivite veya cinsel ilişki sırasında uyarılma düzeyinizi nasıl değerlendirirsiniz? *

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

5. Son 5 hafta içinde cinsel aktivite veya cinsel ilişki sırasında uyarılacağınızdan ne kadar emindiniz? *

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



6. Son 5 hafta içinde cinsel aktivite veya cinsel ilişki sırasında uyarılma sizin için ne kadar tatminkardı? *

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- Hemen hemen her zaman veya her zaman
- Çoğu zaman (geçen sürenin yarısından fazlasında)
- Bazen (geçen sürenin yarısında)
- Birkaç kez (geçen sürenin yarısından azında)
- Hemen hemen hiç veya hiçbir zaman

7. Son 5 hafta içinde cinsel aktivite veya cinsel ilişki sırasında vaginanız ne sıklıkta ıslandı kayganlaştı? *

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- Hemen hemen her zaman veya her zaman
- Çoğu zaman (geçen sürenin yarısından fazlasında)
- Bazen (geçen sürenin yarısında)
- Birkaç kez (geçen sürenin yarısından azında)
- Hemen hemen hiç veya hiçbir zaman



8. Son 5 hafta içinde cinsel aktivite veya cinsel ilişki sırasında vajinanızın ıslanmasında (kayganlaşması) ne kadar zorlandınız? *

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- Çok zor veya imkansızdı
- Çok zor
- Zor
- Biraz zor
- Hiç zorluk çekmedim

9. Son 5 hafta içinde cinsel aktivite veya cinsel ilişkiniz bitene kadar cinsel organınızın ıslaklığını (kayganlığını) ne sıklıkta koruyabildiniz? *

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- Hemen her zaman veya her zaman
- Çoğu zaman (geçen sürenin yarısından fazlasında)
- Bazen (geçen sürenin yarısında)
- Birkaç kez (geçen sürenin yarısından azında)
- Hemen hemen hiç veya hiçbir zaman



10. Son 5 hafta içinde cinsel aktivite veya cinsel ilişkiniz bitene kadar vajinanızın ıslaklığını (kayganlığını) korumada ne kadar zorlandınız? *

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- Çok zor veya imkansızdı
- Çok zor
- Zor
- Biraz zor
- Hiç zorluk çekmedim

11. Son 5 hafta içinde cinsel uyarılma veya cinsel ilişkide ne sıklıkta orgazm oldunuz? *

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- Hemen her zaman veya her zaman
- Çoğu zaman (geçen sürenin yarısından fazlasında)
- Bazen (geçen sürenin yarısında)
- Birkaç kez (geçen sürenin yarısından azında)
- Hemen hemen hiç veya hiçbir zaman



12. Son 5 hafta içinde cinsel uyarılma veya cinsel ilişki sırasında orgazma ulaşmak sizin için ne kadar zordu? *

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

13. Son 5 hafta içinde cinsel uyarılma veya cinsel ilişki sırasında orgazma ulaşma ne kadar tatminkardı? *

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- Çok tatminkardı
- Genellikle tatminkardı
- Yarısında tatminkardı yarısında tatminkar değildi
- Genellikle tatminkar değildi
- Hiç tatminkar değildi



14. Son 5 hafta içinde cinsel uyarılma veya cinsel ilişki sırasında siz veya 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 5 hafta içinde eşinizle (partnerinizle) cinsel ilişkiniz ne kadar tatminkardı? *

- Çok tatminkardı
- Genellikle tatminkardı
- Yarısında tatminkardı yarısında tatminkar değildi
- Genellikle tatminkar değildi
- Hiç tatminkar değildi

16. Son 5 hafta içinde genel olarak cinsel hayatınız sizin için ne kadar tatminkardı? *

- Çok tatminkardı
- Genellikle tatminkardı
- Yarısında tatminkardı yarısında tatminkar değildi
- Genellikle tatminkar değildi
- Hiç tatminkar değildi

17. Son 5 hafta içinde vaginal giriş (duhul) sırasında ne sıklıkta ağrı veya rahatsızlık duydunuz? *

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- Hemen her zaman veya her zaman
- Çoğu zaman (geçen sürenin yarısından fazlasında)
- Bazen (geçen sürenin yarısında)
- Birkaç kez (geçen sürenin yarısından azında)
- Hemen hemen hiç veya hiçbir zaman

18. Son 5 hafta içinde vaginal girişi (duhulu) takiben ne sıklıkta ağrı veya rahatsızlık duydunuz? *

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- Hemen her zaman veya her zaman
- Çoğu zaman (geçen sürenin yarısından fazlasında)
- Bazen (geçen sürenin yarısında)
- Hemen hemen hiç veya hiçbir zaman



19. Son 5 hafta içinde vaginal girişı (duhul) sırasında veya sonrasında duyduğunuz ağrı veya rahatsızlığın derecesini nasıl değerlendirirsiniz? *

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

Gönder

Formu temizle

Google Formlar üzerinden asla şifre göndermeyin.

Bu içerik Google tarafından oluşturulmamış veya onaylanmamıştır. [Kötüye Kullanımı Bildirme](#) - [Hizmet Şartları](#) - [Gizlilik Politikası](#)

Google Formlar



