

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
İSTANBUL BAKIRKÖY BÖLGESİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ İSTANBUL BAKIRKÖY
PROF. DR. MAZHAR OSMAN RUH SAĞLIĞI VE SİNİR HASTALIKLARI
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
PSİKİYATRİ KLİNİĞİ

**GENEL PSİKİYATRİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN
HASTALARDA CİNSEL İŞLEV BOZUKLUĞU VE
BEDEN ALGISI İLİŞKİSİNİN BAĞLANMA STİLLERİ
AÇISINDAN ARAŞTIRILMASI**

Dr. Melike YEREBAKAN TÜZER

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Tez Danışmanı: Uz. Dr. Özge ŞAHMELİKOĞLU ONUR

İSTANBUL - 2017

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
İSTANBUL BAKIRKÖY BÖLGESİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ İSTANBUL BAKIRKÖY
PROF. DR. MAZHAR OSMAN RUH SAĞLIĞI VE SİNİR HASTALIKLARI
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
PSİKİYATRİ KLİNİĞİ

**GENEL PSİKİYATRİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN
HASTALARDA CİNSEL İŞLEV BOZUKLUĞU VE
BEDEN ALGISI İLİŞKİSİNİN BAĞLANMA STİLLERİ
AÇISINDAN ARAŞTIRILMASI**

Dr. Melike YEREBAKAN TÜZER

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Tez Danışmanı: Uz. Dr. Özge ŞAHMELİKOĞLU ONUR

İSTANBUL - 2017

I. ÖNSÖZ

Hastane Başhekimliği'ne ve Yöneticiliği'ne,

Sağladığı çalışma ortamı, faydalandığım bilgi birikimi ve eğitime olan katkıları ile saygıdeğer klinik şefim Doç. Dr. Murat ERKIRAN'a,

Uzmanlık eğitimim süresince desteğini hep hissettiğim, güler yüzü, bilgi birikimi ve hayata bakışıyla kendisinden çok şey öğrendiğim, bir dönem klinik şefim olan değerli Doç. Dr. Ayşe Fulya MANER'e,

Rotasyonlarım sırasında bilgi ve deneyimlerinden yararlanma fırsatı bulduğum hastanemizin değerli klinik şefleri Doç. Dr. Ejder Akgün YILDIRIM, Doç. Dr. E. Cüneyt EVREN, Uz. Dr. Nesrin Buket TOMRUK, Uz. Dr. Nihat ALPAY, Doç. Dr. Ahmet TÜRKCAN, Doç. Dr. Sevim BAYBAŞ, Doç. Dr. Gül KARAÇETİN'e,

Birlikte çalışma şansı yakaladığım, tez yazım sürecinde pozitif enerjisi, motivasyonu ve desteği ile her zaman kapısının açık olduğunu hissettiren tez danışmanım Uz. Dr. Özge ŞAHMELİKOĞLU ONUR'a,

Beraber çalıştığımız süre boyunca kendilerinden çok şey öğrendiğim servisimizin değerli uzmanları Uz. Dr. Huriye ERSEN'e, Uz. Dr. Özlem Zekiye ÇETİNKAYA'ya, Uz. Dr. Neslihan ERGEN'e,

Nöroloji rotasyonum sürecinde birlikte çalışma fırsatı bulduğum, bilgi birikimi ve güler yüzü ile hastanemize renk katan Uz. Dr. Yavuz ALTUNKAYNAK'a,

Asistanlık sürecimde birlikte çalışmaktan keyif aldığım, hem psikiyatri eğitimimde hem de sosyal yaşamımda çok şey paylaştığım tüm uzmanlarıma, asistan doktor arkadaşlarıma ve tüm hastane personeline,

Bana çok şey öğreten hastalarım,

Bitmeyen enerjisi ile her alanda destekçim, dostum ve eşim Umut TÜZER'e,

Tüm hayatım boyunca emekleri, koşulsuz destekleri ve sevgileriyle hep yanımda olan sevgili annem Leyla YEREBAKAN'a, sevgili babam Murat YEREBAKAN'a ve canım kardeşim Hakan YEREBAKAN'a,

Sonsuz teşekkürlerimle...

Dr. Melike YEREBAKAN TÜZER

İstanbul, 2017

II. İÇİNDEKİLER

Sayfa No

I. ÖNSÖZ	I
II. İÇİNDEKİLER	II
III. ÖZET	V
IV. ABSTRACT	VI
V. KISALTMALAR	VII
VI. TABLO LİSTESİ.....	VIII
VII. ŞEKİL LİSTESİ.....	XI
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Cinsellik	3
2.2. Cinsel Fizyoloji ve Cinsel Yanıt Döngüsü.....	5
2.2.1. Basson'un Cinsel Yanıt Modeli	8
2.3. Cinsel İşlev Bozuklukları	9
2.3.1. Erkeklerde Düşük Cinsel İstek Bozukluğu	10
2.3.1.1. Tanım.....	10
2.3.1.2. Sıklık.....	11
2.3.1.3. Etiyoloji	11
2.3.2. Kadınlarda Cinsel İstek/Uyarılma Bozukluğu	12
2.3.2.1. Tanım.....	12
2.3.2.2. Sıklık.....	13
2.3.2.3. Etiyoloji	13
2.3.3. Erkeklerde Sertleşme Bozukluğu	15
2.3.3.1. Tanım.....	15
2.3.3.2. Sıklık.....	15
2.3.3.3. Etiyoloji	15
2.3.4. Kadınlarda Orgazm Bozukluğu.....	17
2.3.4.1. Tanım.....	17
2.3.4.2. Sıklık.....	17
2.3.4.3. Etiyoloji	18
2.3.5. Geç Boşalma	19
2.3.5.1. Tanım.....	19
2.3.5.2. Sıklık.....	19
2.3.5.3. Etiyoloji	19
2.3.6. Erken Boşalma	20

2.3.6.1. Tanım.....	20
2.3.6.2. Sıklık.....	21
2.3.6.3. Etiyoloji.....	21
2.3.7. Cinsel Organlarda-Pelviste Ağrı/ İçerme Bozukluğu	22
2.3.7.1. Tanım.....	22
2.3.7.2. Sıklık.....	23
2.3.7.3. Etiyoloji.....	23
2.3.8. Maddenin/İlacın Yol Açtığı Cinsel İşlev Bozukluğu.....	24
2.3.8.1. Tanım.....	24
2.3.8.2. Sıklık.....	25
2.3.9. Tanımlanmamış Cinsel İşlev Bozukluğu.....	26
2.4. Bağlanma.....	27
2.4.1. Tanım	27
2.4.2. Bağlanma Kuramı	27
2.4.3. Bebeklik Döneminde Bağlanma	28
2.4.4. Yetişkin Bağlanma Stilleri ve Dörtlü Bağlanma Modeli.....	29
2.4.5. Bağlanma ve Cinsellik	31
2.5. Beden Algısı.....	33
2.5.1. Tanım	33
2.5.2. Beden Algısını Etkileyen Faktörler.....	34
2.5.3. Beden Algısı ve Cinsellik.....	35
2.5.4. Beden Algısı ve Bağlanma.....	36
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	38
3.1. Çalışma Evreni.....	38
3.2. Örneklem Seçimi.....	38
3.3. İşleme Kriterleri	38
3.4. Dışlama Kriterleri.....	39
3.5. Veri Toplama ve Değerlendirme Gereçleri.....	39
3.6. İşlem.....	42
3.7. Araştırmanın İstatistiği.....	42
4. BULGULAR	44
5. TARTIŞMA.....	85
5.1. Sosyodemografik Verilerin değerlendirilmesi	85
5.2. Kadın ve Erkek Hastaların Cinsel Bilgilenme, Mastürbasyon, Cinsel Yaşantı ve Cinsel Yakınmalarına Dair Özelliklerinin Değerlendirilmesi.....	85
5.3. Cinsiyete göre Bağlanma Özellikleri ile İlgili Değerlendirmeler	87
5.4. Beden İmajı ile Cinsiyet ve Bağlanma Stili İlişkisi Üzerine Değerlendirmeler	88
5.5. Beden İmajı ile Cinsel İşlevler Üzerine Değerlendirmeler	90
5.6. Kadınlarda Cinsel İşlevler ile Bağlanma Stili İlişkisi Üzerine Değerlendirmeler...91	
5.7. Erkeklerde Cinsel İşlevler ile Bağlanma Stili İlişkisi Üzerine Değerlendirmeler	96

5.8. Çalışmanın kısıtlılıkları ve literatüre katkıları üzerine değerlendirmeler.....	98
6. SONUÇ Ve ÖNERİLER.....	100
7. KAYNAKLAR.....	103
8. EKLER.....	117
EK 1 - Etik Kurul Onayı.....	117
EK 2 – Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	118
EK 3 – Sosyodemografik Veri Formu.....	120
EK 4 - Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği (GRCDÖ).....	122
EK 5 - Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği (HAM-D).....	127
EK 6 - Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HAM-A)	128
EK 7 –Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri-II (YİYE-II).....	129
EK 8 - Beden Algısı Ölçeği/Beden İmajı Ölçeği (BAÖ)	131



III. ÖZET

GENEL PSİKİYATRİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN HASTALARDA BEDEN ALGISI VE CİNSEL İŞLEV BOZUKLUĞU İLİŞKİSİNİN BAĞLANMA STİLLERİ AÇISINDAN ARAŞTIRILMASI

Dr. Melike YEREBAKAN TÜZER

AMAÇ: Cinsel İşlev Bozuklukları (CİB) ve bağlanma stilleri ilişkisini araştıran kadınlarda ve erkeklerde ayrı ayrı yapılmış çalışmalar bulunsada bu çalışmalar daha çok kadınlar üzerinedir ve her iki cinsiyette tüm cinsel işlev alanlarını birlikte araştıran çalışma kısıtlıdır. Beden imajı ve cinsel işlevsellik üzerine araştırmalar ise çoğunlukla kalıcı ostomi ve mastektomi operasyonları gibi kalıcı bedensel değişiklikleri olanlarda veya yalnızca kadınlarda çalışılmıştır. Bu çalışmada amacımız psikiyatri polikliniğine başvuran kadın ve erkek olgularda beden algısı ve CİB ilişkisini bağlanma stilleri açısından ele almaktır.

YÖNTEM: Psikiyatri polikliniklerine başvuran çalışma işleme ve dışlama ölçütlerine uyan 115 kadın, 98 erkek hasta dahil edilmiş olup; sosyodemografik veri formu, Beden Algısı Ölçeği, SCID-1, Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği Kadın ve Erkek Formları, Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri-II, Hamilton Anksiyete ve Hamilton Depresyon Ölçekleriyle değerlendirme yapıldı. İstatistiksel anlamlılık $p<0.05$ kabul edildi.

BULGULAR: Düşük beden imajına sahip olma ile kaygılı ve kaçınan bağlanma arasındaki ilişki her iki cinsiyette istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0.05$). Cinsel doyum ve cinsel işlevsellik puanlarındaki düşüş ile beden imajı puanlarındaki düşüş arasında her iki cinsiyette pozitif korelasyon mevcuttu ($p<0.05$). Kadınlarda, depresyon ve anksiyete skorları, yaş ve medeni durum değişkenleri kontrol edildikten sonra kaygılı bağlanma düşük cinsel işlevsellik, düşük cinsel doyum ve anorgazmiyi, kaçınan bağlanma ise düşük cinsel işlevsellik, düşük cinsel doyum, düşük uyarılma ve cinsel kaçınmayı yordadı ($p<0.05$). Erkeklerde, kaygılı bağlanma aynı değişkenler kontrol edildikten sonra dokunma, iletişim, sıklık hariç tüm cinsel işlev alanlarındaki bozuklukları yordarken, kaçınan bağlanma iletişim ve dokunma alanındaki bozulmaları yordadı ($p<0.05$). Korkulu bağlanma her iki cinside daha düşük beden imajı ile ve kadınlarda cinsel işlevsellikte bozulma ile ilişkili bulundu ($p<0.05$).

SONUÇ: Elde ettiğimiz sonuçlar her iki cinsiyette hem kaygılı hem de kaçınan bağlanmanın, farklı cinsel işlev alanlarını etkilediğini göstermektedir. Beden imajının da her iki cinsiyette CİB açısından önemli bir faktör olduğu göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Bağlanma Stilleri, Cinsel İşlev Bozuklukları, Beden İmajı

İletişim Adresi: melikeyerebakan@gmail.com

IV. ABSTRACT

EVALUATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN BODY IMAGE AND SEXUAL DYSFUNCTIONS IN TERMS OF ATTACHMENT STYLES

Dr. Melike YEREBAKAN TÜZER

OBJECTIVE: Although there are studies investigating sexual dysfunctions (SD) and attachment styles separately on men and women, there is a limited number of studies that examine both genders and all aspects of sexual functioning together. Studies on body image and sexual functioning have mostly been conducted in groups with permanent body changes such as permanent ostomy and mastectomy patients, or only in women. The aim of this study is to investigate the relationship between body image and SD in terms of attachment styles in cases that refer to psychiatric outpatient clinics.

METHOD: A total of 115 female and 98 male patients were included to the study and administered Body Image Scale, SCID-1, Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction Forms of Women and Men, Experiences in Close Relationships Scale-Revised, Hamilton Anxiety and Hamilton Depression Scales.

RESULTS: Negative body image was statistically associated with both anxious and avoidant attachment, and was also statistically associated with lower sexual satisfaction and poorer overall sexual functioning for both genders ($p<0.05$). In women, after controlling depression and anxiety scores, age and marital status, anxious attachment was predicting lower sexual satisfaction, poorer overall sexual functioning and anorgasmia, and avoidant attachment was predicting lower sexual satisfaction, poorer overall sexual functioning, non-sensuality and sexual avoidance ($p<0.05$). Different trend was seen in men: After controlling mentioned variables, anxious attachment was predicting multiple aspects of sexual impairments, but avoidant attachment only predicted poorer communication and non-sensuality ($p<0.05$). Fearful individuals have come forward with a lower body image in both genders and poorer sexual functioning in women ($p<0.05$).

CONCLUSION: The results show that both anxious and avoidant attachment styles have different effects on sexual dysfunctions in men and women. It should also be noted that body image is an important factor in terms of SD in both genders.

Key Words: Attachment Styles, Body Image, Sexual Dysfunctions

Contact Address: melikeyerebakan@gmail.com

V. KISALTMALAR

CİB	: Cinsel İşlev Bozuklukları
DSM-5	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
GRCDÖ	: Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği
HAM-A	: Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği
HAM-D	: Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği
SCID-1	: The Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders
YİYE	: Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri
YİYE-II	: Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri-II

VI. TABLO LİSTESİ

Sayfa No

Tablo 1:	Cinsel işlevleri olumsuz etkileyen ilaçlar	25
Tablo 2:	Bartholomew'in Dörtlü Bağlanma Modeli	30
Tablo 3:	Kadın ve Erkek Katılımcıların Sosyodemografik Verilerinin Karşılaştırılması. 44	
Tablo 4:	Kadın ve Erkek Katılımcıların Tıbbi Özelliklerinin Karşılaştırılması	45
Tablo 5:	Kadın ve Erkek Katılımcıların Cinsel Bilgilenme ve Mastürbasyona Dair Özelliklerinin Karşılaştırılması	46
Tablo 6:	Kadın ve Erkek Katılımcıların Cinsel Yaşantılarına Dair Özelliklerin Karşılaştırılması	48
Tablo 7:	Kadın ve Erkek Katılımcıların Cinsel Yakınmalarına Dair Özelliklerin Karşılaştırılması.....	49
Tablo 8:	Kadın Katılımcıların GRCDÖ Puanlarının Dağılımı	50
Tablo 9:	Erkek Katılımcıların GRCDÖ Puanlarının Dağılımı.....	50
Tablo 10:	Cinsiyete Göre YİYE-II Puanlarının Karşılaştırılması.....	51
Tablo 11:	YİYE-II ile Elde Edilen Bağlanma Türlerinin Cinsiyete Göre Karşılaştırılması	51
Tablo 12:	BAÖ Puanlarının Cinsiyet ve Bağlanma Türlerine Göre Karşılaştırılması ..	52
Tablo 13:	Kadın Katılımcıların GRCDÖ Puanlarının Bağlanma Türüne Göre Karşılaştırılması	53
Tablo 14:	Erkek Katılımcıların GRCDÖ Puanlarının Bağlanma Türüne Göre Karşılaştırılması	55
Tablo 15:	Kadın Katılımcılarda GRCDÖ Puanlarının Kullanılan Diğer Ölçeklerle Arasındaki İlişki	57
Tablo 16:	Kadın Katılımcılarda GRCDÖ Puanlarının Kullanılan Diğer Ölçeklerle Arasındaki İlişki (HAM-D Kontrollü).....	58
Tablo 17:	Kadın Katılımcılarda GRCDÖ Puanlarının Kullanılan Diğer Ölçeklerle Arasındaki İlişki (HAM-A Kontrollü).....	59
Tablo 18:	Kadınlar Katılımcılarda GRCDÖ Puanlarının Kullanılan Diğer Ölçeklerle Arasındaki İlişki (Evlilik Durumu Kontrollü)	60
Tablo 19:	Kadın Katılımcılarda GRCDÖ Puanlarının Kullanılan Diğer Ölçeklerle Arasındaki İlişki (Yaş Kontrollü).....	61
Tablo 20:	Erkek Katılımcılarda GRCDÖ Puanlarının Kullanılan Diğer Ölçeklerle Arasındaki İlişki	62
Tablo 21:	Erkek Katılımcılarda GRCDÖ Puanlarının Kullanılan Diğer Ölçeklerle Arasındaki İlişki (HAM-D Kontrollü).....	63
Tablo 22:	Erkek Katılımcılarda GRCDÖ Puanlarının Kullanılan Diğer Ölçeklerle Arasındaki İlişki (HAM-A Kontrollü).....	64
Tablo 23:	Erkek Katılımcılarda GRCDÖ Puanlarının Kullanılan Diğer Ölçeklerle Arasındaki İlişki (Evlilik Durumu Kontrollü)	65
Tablo 24:	Erkek Katılımcılarda GRCDÖ Puanlarının Kullanılan Diğer Ölçeklerle Arasındaki İlişki (Yaş Kontrollü).....	66

Tablo 25: Kadın Katılımcılarda GRCDÖ Puanlarının Yordanmasına Dair Lineer Regresyon Analizi Sonuçları	68
Tablo 26: Kadın Katılımcılarda GRCDÖ Sıklık Puanlarının Yordanmasına Dair Lineer Regresyon Analizi Sonuçları (HAM-D, HAM A, yaş, medeni durum, kontrollü).....	69
Tablo 27: Kadın Katılımcılarda GRCDÖ İletişim Puanlarının Yordanmasına Dair Lineer Regresyon Analizi Sonuçları (HAM-D, HAM A, yaş, medeni durum, kontrollü).....	70
Tablo 28: Kadın Katılımcılarda GRCDÖ Doğum Puanlarının Yordanmasına Dair Lineer Regresyon Analizi Sonuçları (HAM-D, HAM A, yaş, medeni durum, kontrollü).....	71
Tablo 29: Kadın Katılımcılarda GRCDÖ Kaçınma Puanlarının Yordanmasına Dair Lineer Regresyon Analizi Sonuçları (HAM-D, HAM A, yaş, medeni durum, kontrollü).....	72
Tablo 30: Kadın Katılımcılarda GRCDÖ Dokunma Puanlarının Yordanmasına Dair Lineer Regresyon Analizi Sonuçları (HAM-D, HAM A, yaş, medeni durum kontrollü)	73
Tablo 31: Kadın Katılımcılarda GRCDÖ Vajinismus Puanlarının Yordanmasına Dair Lineer Regresyon Analizi Sonuçları (HAM-D, HAM A, yaş, medeni durum kontrollü)	74
Tablo 32: Kadın Katılımcılarda GRCDÖ Anorgazmi Puanlarının Yordanmasına Dair Lineer Regresyon Analizi Sonuçları (HAM-D, HAM A, yaş, medeni durum kontrollü)	75
Tablo 33: Çalışmaya Katılan Kadınların GRCDÖ Toplam Puanlarının Yordanmasına Dair Lineer Regresyon Analizi Sonuçları (HAM-D, HAM A, yaş, medeni durum kontrollü)	76
Tablo 34: Erkek Katılımcılarda GRCDÖ Puanlarının Yordanmasına Dair Lineer Regresyon Analizi Sonuçları	77
Tablo 35: Erkek Katılımcılarda GRCDÖ Empotans Puanlarının Yordanmasına Dair Lineer Regresyon Analizi Sonuçları (HAM-D, HAM A, yaş, medeni durum kontrollü)	78
Tablo 36: Çalışmaya Katılan Erkeklerin GRCDÖ Erken Boşalma Puanlarının Yordanmasına Dair Lineer Regresyon Analizi Sonuçları (HAM-D, HAM A, yaş, medeni durum, kontrollü)	79
Tablo 37: Erkek Katılımcılarda GRCDÖ Dokunma Puanlarının Yordanmasına Dair Lineer Regresyon Analizi Sonuçları (HAM-D, HAM A, yaş, medeni durum kontrollü)	80
Tablo 38: Erkek Katılımcılarda GRCDÖ Kaçınma Puanlarının Yordanmasına Dair Lineer Regresyon Analizi Sonuçları (HAM-D, HAM A, yaş, medeni durum kontrollü)	81
Tablo 39: Erkek Katılımcılarda GRCDÖ Doğum Puanlarının Yordanmasına Dair Lineer Regresyon Analizi Sonuçları (HAM-D, HAM A, yaş, medeni durum kontrollü)	81
Tablo 40: Erkek Katılımcılarda GRCDÖ Sıklık Puanlarının Yordanmasına Dair Lineer Regresyon Analizi Sonuçları (HAM-D, HAM A, yaş, medeni durum kontrollü)	82

Tablo 41: Erkek Katılımcılarda GRCDÖ İletişim Puanlarının Yordanmasına Dair Lineer Regresyon Analizi Sonuçları (HAM-D, HAM A, yaş, medeni durum kontrollü)	83
Tablo 42: Erkek Katılımcılarda GRCDÖ Toplam Puanlarının Yordanmasına Dair Lineer Regresyon Analizi Sonuçları (HAM-D, HAM A, yaş, medeni durum kontrollü)	84



VII. ŞEKİL LİSTESİ

	<u>Sayfa No</u>
Şekil 1: Kadında cinsel yanıt d6ngüsü.....	7
Şekil 2: Erkekte cinsel yanıt d6ngüsü.....	7
Şekil 3: Basson'un cinsel yanıt d6ngüsü.....	9
Şekil 4: Kaygı ve kaçınma boyutlarına g6re D6rtl6 Bağlanma Modeli.....	31
Şekil 5: BA6 Puanlarının Cinsiyet ve Bağlanma T6rlerine İlişkin Korelasyonu.....	53
Şekil 6: Kadın Katılımcıların Bağlanma Biçimlerine G6re GRCD6 Puanlarının Karşılaştırılması.....	55
Şekil 7: Erkek Katılımcıların Bağlanma Biçimlerine G6re GRCD6 Puanlarının Karşılaştırılması.....	57

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Cinsel işlev Bozuklukları (CİB) toplumda sık rastlanan sorunlardan olup günümüzde daha çok önem verilir hale gelmektedir. Çalışmalar, her üç kişiden birinin yaşamının herhangi bir döneminde en az bir CİB yaşadığını ortaya koymuştur. Cinsel işlevlerde hem biyolojik hem de psikolojik etmenler rol oynayabilir. Sorun organik nedenlerle ortaya çıksa bile, bir süre sonra psikolojik etmenler de tabloya eklenebilir (1).

Psikanalitik kuram, CİB'in nedeninin çocukluk çağı deneyimlerinin yol açtığı bilinçdışı çatışma olduğunu ileri sürmektedir. Öğrenme ve davranışçı kuram ise CİB'in partnerler arasında yaşanan patolojik etkileşimlerden kaynaklandığını ve olumsuz beklentilerin bazı şartlı tepkilere yol açarak cinsel yanıtları etkilediğini varsaymaktadır (2).

Bağlanma yaşamın erken dönemlerinde belirlenen ve yaşam boyu süreklilik arz eden, kişinin başkalarıyla ilişki kurma örüntüsünü şekillendiren bir fenomendir (3,4). Bowlby'nin çalışmalarıyla beraber güvensiz bağlanma biçimleri, çeşitli psikopatolojiler ile ilişkilendirilmiştir (5). Bowlby tarafından tanımlanan ilk kuram, Ainsworth ve ark. tarafından geliştirilerek güvenli, kaygılı/ikircikli ve kaçınan olarak 3 bağlanma türü tanımlanmıştır (6). Bartholomew ve Horowitz ise daha sonra güvenli, saplantılı, kayıtsız ve korkulu olarak 4 ayrı bağlanma türü ortaya koymuşlardır (7).

Yetişkin romantik ilişkilerinde, bağlanma stillerinin cinsel yanıtlar ile ilişkili olduğu düşünülmüştür (8,9). Güvenli bağlanan bireylerin daha doyumlu ilişkiler kurabildikleri, cinsellik algılarının daha pozitif olduğu ve cinsel yakınlık sırasında daha rahat oldukları belirtilmektedir (10-12). Dunkley ve ark. çalışmalarında kadınlarda kaçınan ve kaygılı bağlanmayı, erkeklerde ise yalnızca kaygılı bağlanmayı CİB ile ilişkili bulmuşlardır (13). Brassard ve ark. kadınlarda kaygılı ve kaçınan bağlanmayı düşük cinsel işlevsellik ve düşük cinsel doyumla ilişkili bulmuşlardır (14). Başka çalışmalarda da güvensiz bağlanma stilleri, orgazma ulaşmada güçlük ve koit esnasında ağrı ile ilişkilendirilmiştir (15,16,17). Erkeklerde yapılmış kısıtlı sayıda çalışmanın birinde erektil disfonksiyon tanısı almış erkeklerde güvensiz bağlanmanın daha sık görüldüğü öne sürülmüştür (18).

Beden parçalarının zihinsel tasarımlarının tümünden oluşan beden algısı, “ben” temsilini oluşturur ve egonun biçimlenmesinde öneme sahiptir (19). Beden algısı olumlu olan bireylerin, kişilerarası daha güvenli ilişkiler kurabildikleri, kendini beğenmeyen, kusurlu gören bireylerin ise yaşamlarının çeşitli dönemlerinde güvensizlik ve değersizlik duyguları yaşantıladıkları belirtilmektedir (20).

Uras ve ark.’nın çalışmasında güvenli bağlananların beden imgelerinin, korkulu ve saplantılı bağlananlardan daha yüksek olduğu gözlenmiştir (21). Sandoval kadınlarda güvenli bağlanmanın, olumlu beden imajının en önemli yordayıcısı olduğunu öne sürmüştür (22). Koskina ve Giovazolias’ın çalışmasında bağlanmanın kaygı boyutunun, bedeninden memnuniyetsizlik ile pozitif ilişkili olduğu ileri sürülmüştür (23).

Kalıcı ostomi ameliyatının beden algısı ve cinsel işlevler üzerine etkisini araştıran Kılıç ve ark.’nın çalışmasında beden algısı daha olumlu olanlarda cinsel işlevlerin daha iyi olduğu ileri sürülmüştür (24). Wiederman’ın yaptığı çalışmada ise bedeninden hoşnutsuz olan kadınların daha sık cinsel kaçınma sergiledikleri ileri sürülmüştür (25).

Literatür incelendiğinde kadınlarda ve erkeklerde ayrı ayrı bağlanma ve CİB üzerine yapılmış çalışmalar bulunsa da; her iki cinsiyette bağlanma stilleri ve CİB ilişkisini araştıran kısıtlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Bağlanma ve CİB ilişkisinin her iki cinsiyette bütüncül ele alınması konuyu daha anlaşılır kılacaktır. Beden imajı ve cinsel işlevsellik üzerine araştırmalar ise çoğunlukla kalıcı ostomi ve mastektomi operasyonları gibi kalıcı bedensel değişiklikleri olan hasta gruplarında veya yalnızca kadınlarda çalışılmıştır. Bu bağlamda; hipotezimiz beden imajı düşük olanlarda güvensiz bağlanmanın daha fazla görüleceği ve güvensiz bağlanma stilleri ile CİB arasında anlamlı bir ilişki olduğudur.

Bu çalışmada amaçlarımız;

- 1) Psikiyatri polikliniğine başvuran kadın ve erkek olgularda CİB ve farklı cinsel işlev alanlarının bağlanma stilleri ile ilişkisini incelemek,
- 2) Psikiyatri polikliniğine başvuran kadın ve erkek olgularda CİB ve farklı cinsel işlev alanlarının beden algısı ile ilişkisini incelemek,
- 3) Psikiyatri polikliniğine başvuran kadın ve erkek olgularda beden algısının bağlanma stilleriyle ilişkisini incelemektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. CİNSELLİK

Cinselliğin tanımı ve algılanması çağlar boyu farklılıklar göstermiş olsa da cinsellik insanlığın varoluşundan bu yana insan yaşamının ve tıp alanının en çok ilgi çeken alanlarından biri olmuştur (26,27).

Biyopsikososyal bir varlık olan insanın cinselliği de biyopsikososyal çerçevede tanımlanması gereken, cinsel organlarla sınırlanamayacak, çok boyutlu bir fenomendir (28). Cinsellik, biyolojik boyutuyla fiziksel gerginliğin yatışmasını, psikolojik boyutuyla yaklaşma, bir ve bütün olma gereksinimini, sosyal boyutuyla da iki bireyin bir arada yaşama gereksinimini sağlar. İlişkilerin derinleşmesine, sevgi, güven ve yakınlık kurulmasına araç olur (29,30).

Bireyin yaşamının devamı için zorunlu olmayan, fakat türün sürekliliği için gerekli olan cinsellik, içinde biyolojik, psikolojik, sosyal, kültürel, geleneksel, ahlaki, dini, antropolojik, politik, ekonomik boyutları barındırır ve bu değişkenlerin her biriyle sürekli etkileşim halindedir. Bu psikolojik, sosyal ve biyolojik parametrelerin etkileşimi ile şekillenen cinsellik, bu alanlardan birindeki ketlenmeyle işlevselliğini yitirebilmektedir. Cinsel işlev sorunu olan bir hastaya yaklaşım da bu nedenle bütüncül olarak ele alınmalıdır (31-33).

Cinsel davranış, çeşitli etkenlerin birbiriyle ilişkisiyle şekillenir. Bireyin diğeriyle olan ilişkisinden, yaşadığı çevreden, içinde yaşadığı kültürden etkilenir. Kişilik özellikleri, benlik algısı, biyolojik yapı ile ilişki içerisindedir. Cinsel davranışın belirlenmesinde sosyokültürün ve öğrenmenin yeri tartışılmazdır; çünkü cinsellik, her davranış gibi öğrenilen bir olgudur (34-36). İnsanların cinsellik için motivasyonlarının, üreme, zevk ve cinsel gerilimi azaltma olduğu öne sürülmüştür. Meston ve ark. ise yaptıkları bir araştırmaya göre, bu motivasyonların çok daha fazla sayıda ve psikolojik yönden çok daha kompleks olduğunu ifade etmişlerdir. Cinselliğin, prestij, statü ve

saygınlık kazanımını da içeren geniş bir sosyokültürel bağlamda yaşandığını, cinsellik yaşama motivasyonlarının cazibe, zevk, duygusal yakınlık, aşk, romantizm, uyarılma, mutlu etme isteği, macera, heyecan, deneyim, intikam, bağlantıda olma, kutlama, merak ve fırsat gibi çok çeşitli olabileceğini ifade etmişlerdir (37).

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) Cinsel Sağlık tanımına göre; “Cinsellik, fiziksel, duygusal, entelektüel ve sosyal yönlerin kişiliği, iletişimi ve aşkı zenginleştirici etkilerinin bileşiminden oluşur. Herkesin cinsel bilgilere ulaşma ve cinsel ilişkiyi zevk için ya da üreme amacıyla yaşama hakkı vardır. Cinsel bir varlık olarak insanın sadece bedensel değil; duygusal, düşünsel ve toplumsal bütünlüğünü sağlayan, kişilik gelişimi, iletişim ve sevginin paylaşımını olumlu yönde zenginleştiren ve arttıran sağlıklılık halidir”. Buna göre cinsel sağlığın hedefi yalnızca üreme ve cinsel yolla bulaşan hastalıklarla sınırlandırılmış tıbbi bakım ve danışmanlık değil, aynı zamanda kişilik, kişilerarası ilişkiler ve cinsel yaşamın güçlendirilmesidir (38,39).

Hemen her toplumda ve dönemde hem en çok merak edilen hem de en çok tabulaştırılan; hem en çok konuşulmak istenen, hem de açıkça hiç konuşulmayan, bir yanda övünç kaynağı olabilirken diğer yanda utanç kaynağı olabilen cinsellik, bu özellikleriyle tıp dünyasının çalışılması zor bir alanı olmuştur (26). Cinsellik konusu tıp alanında geçen yüzyılın başlarından itibaren daha açık bir görüşle ele alınmaya başlansa da bu alandaki bilimsel çalışmalar ve yayınlar 1960 sonrası hız kazanmaya başlamıştır (40).

Cinsellikle ilgili topluma sunulmuş ilk kapsamlı araştırma, Kinsey ve arkadaşları tarafından yapılan cinsel davranış biçimleri ile ilgili istatistiklerin derlemesidir (27). Bu çalışma ile değerli epidemiyolojik veriler elde edilmiştir. İnsanda cinsel uyarılara verilen tepkinin anatomisi ve fizyolojisi ile ilgili ilk kapsamlı bilgiler ise Masters ve Johnson'ın 1954 yılında başlattıkları çalışmaları sayesinde elde edilmiştir. Masters ve Johnson 10 yıl süren bu çalışmaları ile insan cinselliğini ilk kez laboratuvar ortamında incelemiş, deneklerin cinsel uyarılara verdikleri yanıtları doğrudan gözlemlemiş ve nesnel ölçüm yöntemlerini kullanarak cinsel tepki sürecinin evrelerini kaydetmişlerdir. Daha sonra kitap haline getirip yayınladıkları bu çalışma günümüzde kabul gören cinsel fizyolojinin temellerini içermektedir (41,42).

2.2. CİNSEL FİZYOLOJİ VE CİNSEL YANIT DÖNGÜSÜ

Masters ve Johnson 1954 yılında A.B.D. Washington Üniversitesi'nde başlattıkları çalışmalarının sonuçlarını 1966 yılında 'İnsanda Cinsel Davranış' adlı kitapta yayınlamış ve ayrıntılı bir cinsel yanıt döngüsü tanımlamışlardır. Masters ve Johnson'un tanımladığı cinsel yanıt döngüsü; uyarılma, plato, orgazm ve çözülme olarak 4 evreden oluşmaktadır. Helen Singer Kaplan 1974'te, seks terapisti olarak kendi gözlemlerinden yola çıkarak, cinsel isteğin de önemli bir rol oynadığını öne sürmüş ve cinsel istek evresinin tüm bu fizyolojik yanıtların başlatıcısı olduğunu ortaya atmıştır. Diğer evrelerden bağımsız olarak farklı nöroendokrin ve psikolojik süreçlerin belirlediği cinsel istek aşamasında bozulmanın, uyarılma ve orgazm evrelerinde olduğu gibi farklı klinik sonuçlara yol açığının, farklı tedavi yaklaşımları gerektirdiğinin anlaşılması ile cinsel istek evresi de cinsel yanıt döngüsüne dahil edilir olmuştur (43,44).

Kaplan ayrıca, cinsel işlevlerin bifazik nitelikte olduğunu belirleyerek cinsel yanıtın birbirinden görece bağımsız iki aşamalı fizyolojisinden bahsetmiştir. Kaplan'a göre bu aşamalardan ilki; uyarılma ve plato evrelerine denk düşen, erkekte penil ereksiyonu, kadında ise vajinal lubrikasyon ve kabarmayı sağlayan genital vazokonjesyon yanıtıdır ve parasempatik aktivasyon ile oluşur. Diğeri; orgazm evresine denk düşen, refleks klonik kas kontraksiyonlarıdır ve sempatik aktivasyon ile oluşur. Bu iki fazın, stres, ilaç ve yaş gibi faktörlerden etkilenme dereceleri de farklıdır ve farklı psikopatolojik mekanizmalarla farklı klinik sendromlara yol açmaktadır (45,46).

1970'lerden itibaren; çözülme evresinin klinik bir öneminin olmadığı, cinsel işlevlerin esas olarak istek, uyarılma ve orgazm evrelerinden oluştuğu ve CİB'in bu üç evrede gelişen bozukluklar sonucu ortaya çıkan farklı sendromlardan geliştiği görüşü hakim olmuştur (47).

1) Cinsel İstek: Cinsel aktiviteye yönelik cinsel fantezi ve arzunun olmasıdır. Medial preoptik, hipotalamik ve limbik sistemler ile ilişkilidir. Her iki cinste dopaminerjik yolak istek ve uyarılmayı arttıran, serotoninerjik yolak ise inhibe eden düzenleyici sistemlerdir. Kadın ve erkeklerde androjenler cinsel isteğin oluşumunda rol oynar (48,49). Cinsel isteğin; dürtü, inanışlar/ değerler ve motivasyon olmak üzere üç ayrı komponenti bulunur. Dürtü, cinsel isteğin biyolojik ögesidir. Cinsel düşünceler, fanteziler ve rüyalarda artış, yönelimi olduğu cinse artmış ilgi, cinsel arayışa yönelme

ve artmış cinsel organ duyarlılığı ile kendini gösterir. Testosteron seviyesinden etkilenir. İkinci öge, kişinin cinsel aktivite ile ilgili beklentilerini, inanışlarını yansıtır. Bunlar ne kadar olumlu yönde ise, kişi o kadar cinsel davranışa yönelir. Cinsel isteğin üçüncü ögesi ise, psikolojik, kişilerarası, partner ilişkili motivasyondur. Cinsel istek üzerine en büyük etkiyi bu ögenin gösterdiği ileri sürülmüştür (50,51).

2) Uyarılma: Dışarıdan gelen herhangi bir somatik duyuşal uyarı veya erotik duygu ve düşüncelerin belirmesi sonucu fizyolojik değışikliklerin gözlenebildiğı ilk evredir. Erkeklerde bu evrede penil ereksiyon, glansta büyüme, skrotal deride kalınlaşma, gerilme ve testislerde yükselme gözlenir. Kadınlarda ise göğüslerde vazodilatasyon ve büyüme, meme uçlarında ereksiyon, labia minör çapında artış, pelvik sinir uyarısı ile klitoriste konjesyon gözlenir. Vazokonjesyon sonucu, vajina duvarlarından koit esnasında kayganlığı sağlayan transuda salgılanır (52).

3) Plato: Etkili cinsel uyarının sürmesi ve cinsel heyecanın artışı ile kadın ya da erkek, plato evresine girer. Bu evrede haz ve cinsel gerilim giderek yükselir, kalp atışları ve kan basıncı artar. Bu yükseliş plato çizerek orgazma kadar sürebilir. Erkeklerde orgazm öncesinde, Cowper bezlerinden mukoid sekresyonlar salgılanır. Plato evresi, esas olarak uyarılmanın, kişinin orgazma geçişini sağlayacak şekilde ilerlemesi ve vazokonjesyonun maksimal noktaya ulaşması ile karakterizedir. Uyarı ya da dürtünün yetersizliği ya da uyarının tümüyle sona ermesi halinde, orgazma geçiş olmaz ve plato evresindeki yükseliş yatışarak yerini yavaş yavaş çözölme evresine bırakır (1,31,53).

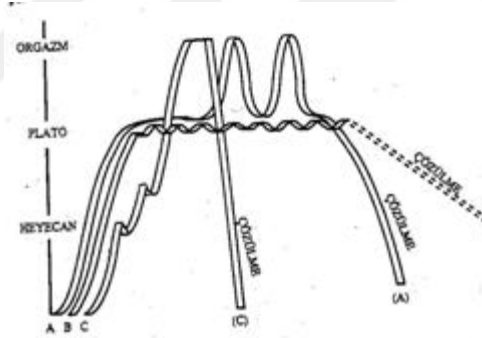
4) Orgazm: Süresi en kısa fakat cinsel hazzın en yoğun olduğı evredir. Erkeklerde, ritmik kontraksiyonlar ile ejakölasyon gerçekleşir. Kadında, vajina kaslarının ve vazokonjesyon sonucu büyüyen dokuların ritmik refleks kontraksiyonları olur. Yaklaşık 3-25 saniye süren ve hafif bir bilinç bulanıklığının da eşlik ettiğı orgazm evresi, pelviste duyumsanır fakat esasında tüm bedenin bir yanıtıdır. Orgazm sırasında beyin dalgalarında değışiklikler gözlemlendiğı bildirilmiştir (54).

Kadında, vajinada dış 1/3'lük kesimde ve uterusunda, fundustan servikse doğru inen ritmik kasılmalar olur. Kasılmalar, başlangıçta güçlü ve kısa aralıklarla oluşur, ilk 3-5 kasılma sonrası şiddeti azalır ve aralıklar uzar (31,54).

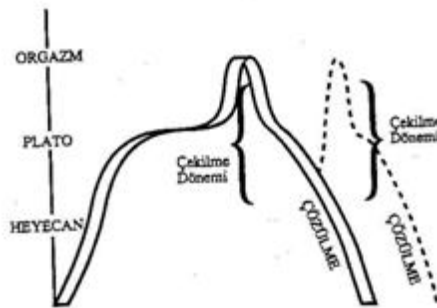
Erkeklerde, Masters ve Johnson tarafından ejakölasyonun iki aşaması tanımlanmıştır. İlk aşamada, ejakölut prostat kanalında birikir ve prostat yolundan

üretmeye geçişe hazırlanır. (Emisyon evresi). Boşalmanın kaçınılmaz olduğu hissi oluşur. Emisyon evresi, noradrenerjik alfa reseptörlerinin uyarımıyla gerçekleşir. Orgazm duygusunun eşlik ettiği ikinci aşamada ise, bulbokavernöz kasların ritmik refleks kasılmalarıyla ejakülasyon gerçekleşir (31,54).

5) Çözülme: İstirahat durumuna dönüş evresidir. Bu evrede her iki cinsten, orgazmı takiben ya da gerçekleşmediği durumlarda platoyu takiben tüm bedende oluşmuş olan fizyolojik değişiklikler aynı sırayı takip ederek kaybolur. Çözülme süresi cinsiyete, orgazmın yaşanıp yaşanmadığına, orgazmın yoğunluğuna ve cinsel uyarının sürme durumuna göre değişir. Kadınlar, çözülme evresinde cinsel uyararla tekrar uyarılıp orgazm olabilirken; erkekler, süresi kişiye ve yaşa göre değişen refrakter döneme girerler. Refrakter dönemin sonuna kadar erkeklerin yeniden ereksiyon sağlamaları ya da orgazm evresine geçmeleri fizyolojik olarak mümkün değildir. Bu nedenle, kadınlarda cinsel yanıt döngüsü erkeklerden farklılık gösterir (1,27).



Şekil 1: Kadında cinsel yanıt döngüsü (1).



Şekil 2: Erkeklerde cinsel yanıt döngüsü (1).

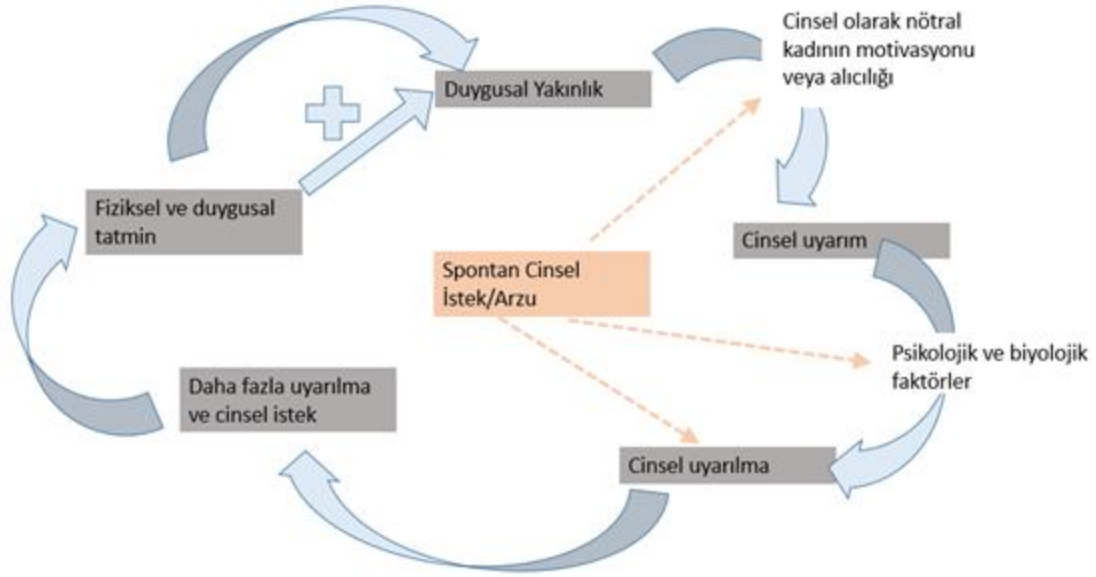
Bazı yazarlar, Masters ve Johnson'ın ve Helen Singer Kaplan'ın önermiş oldukları lineer cinsel yanıt döngüsü modellerinin birtakım kısıtlılıkları olduğunu savunmaktadırlar. Her iki modelde, kadın ve erkek cinsel yanıtının lineer ve değişmez oluşu eleştirilmektedir. Lineer cinsel yanıt döngüsünün, erkek cinsel yanıtına kadınlara göre daha uygun olduğu ileri sürülmektedir (55,56).

2.2.1. Basson'un Cinsel Yanıt Modeli

Basson, önceki modellerden farklı olarak kadında cinsel davranışın tetikleyicisinin her zaman spontan cinsel istek olmadığı, döngüsel bir cinsel yanıt modeli önermiştir. Basson'un modeline göre, cinsel istek, kadında cinsel yanıtın oluşması için mutlaka gerekli değildir. Kadın uygun bir cinsel uyarım sonrası cinsel istek duymaya başlayabilir (55).

Basson döngüsel modelinde, spontan cinsel isteğin yanı sıra cinsel uyarıma cevap olarak oluşan yanıtısal bir cinsel istek tanımlamıştır (55). Cinsel uyarı ile cinsel istek tetiklenebilmekte veya mevcut istek artabilmektedir. Araştırmalar, kadınların duygusal yakınlık, sevgiyi belli etme isteği, fiziksel zevk almak, partnere karşı daha açık olmak gibi birçok farklı motivasyonla cinselliğe yönelebildiklerin doğrulamaktadır (57,58).

Bu modele göre kadın cinsel isteği nötral iken cinselliğe başlar; partnerinden yeterli duygusal yakınlık alırsa, cinsel uyarıya açık hale gelebilir. Cinsel uyarıya açık olma hali, kadında cinsel nötral durumdan uyarılmaya doğru bir geçiş sağlar. Eğer cinsel uyarım, uyarılma halinde uygun bir şekilde sürerse, cinsel heyecan, cinsel tatmin ve orgazma ulaşmayı sağlayacak şekilde yükselir. Spontan cinsel istek duymayan veya spontan cinsel isteğinin farkında olmayan birçok kadının cinselliğini işlevsel ve tatminkar bulduğu ifade edilmektedir. Dolayısıyla bu modelde kadınlarda spontan cinsel isteğin, fizyolojik döngünün mutlak bir basamağı olmadığı öne sürülmektedir (56).



Şekil 3: Basson'un cinsel yanıt döngüsü (55,56).

2.3. CİNSEL İŞLEV BOZUKLUKLARI

CİB'in günümüzdeki sınıflama sistemlerinin temelleri, Masters ve Johnson'ın tanımladığı ve daha sonra Helen Singer Kaplan'ın cinsel istek evresini de ekleyerek geliştirdiği cinsel yanıt döngüsüne dayanmaktadır. Mevcut tanı sistemleri esas olarak, klinik önemi olan istek, uyarılma ve orgazm evrelerindeki bozuklukları CİB kapsamına almaktadır (40).

CİB, cinsel yanıt döngüsünde bir veya birden fazla aşamada bozukluk veya cinsel ilişki sırasında ağır bozukluklarından oluşur. Durumun bozukluk olarak kabul edilebilmesi için bireyde rahatsızlık yaratıyor olması gereklidir. Her bir bozukluk başlangıcına göre; primer (yaşam boyu) veya sekonder (edinilmiş), niteliğine göre; yaygın veya durumsal olarak alt tiplere ayrılmıştır (27). Yaşam boyu, CİB'in ilk cinsel etkinlikten beri süregeldiğini; edinilmiş, CİB'in normal bir cinsel işlevsellik dönemi sonrasında ortaya çıktığını ifade eder. Yaygın, CİB'in yalnızca belirli bir uyarım türü, belirli bir kişi veya durum ile ortaya çıkmadığını, durumsal ise CİB'in bu belirli durumlar ile ortaya çıktığını ifade eder (59).

CİB etiolojisinde farklı etkenler tanımlanmıştır ve bu etkenler CİB'in ortaya çıkışı veya tedavisi üzerine her bireyde farklı oranda etkili olabilirler: 1) eşle ilgili etkenler (eşin cinsel veya sağlık sorunları); 2) ilişki ile ilgili etkenler (az veya bozuk iletişim, uyumsuz cinsel istek frekansı); 3) bireysel yatkınlıklar (kötü beden algısı,

cinsel veya duygusal travma öyküsü); psikiyatrik eştanı; stresörler (iş kaybı, yas); 4) kültürel veya dini etkenler (cinselliği yasaklayıcı tutumlar) (59).

DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5) ile CİB tanı ölçütlerinde belirsiz ifadelerden uzaklaşmaya çalışılmış ve daha somut tanımlamalar getirilmeye gayret edilmiştir. DSM-5'te tanımlamaya özgül süre ve şiddet ölçütleri getirilmiştir. Önceki sınıflamalarda kadın ve erkekte aynı çizgisel (lineer) cinsel yanıt döngüsü varsayımı üzerinden tanımlama yapılırken DSM-5'te kadın ve erkek cinsel yanıt döngülerinin farklı olabileceğine atıfta bulunularak kadın ve erkekteki bozukluklar ayrı ayrı ele alınmıştır (60).

Cinsel işlev sorunu ile başvuran kişide dışarıdan gelen cinsel uyarınının yeterli olup olmadığı öncelikle değerlendirilmeli ve eğer cinsel işlev sorunu yetersiz cinsel uyarandan kaynaklanıyorsa öncelikle uyararı geliştirme konusunda yardımcı olunmalı, ancak cinsel işlev bozukluğu tanısı konulmamalıdır. CİB'in ortaya çıkışına neden olan altta yatan genel tıbbi bir hastalık var ise CİB tanısı konulmamalıdır. İlaç veya madde kullanımı CİB'in ortaya çıkışını daha iyi açıklıyor ise maddenin/ilacın yol açtığı CİB tanısı konulmalıdır. CİB, başka bir psikiyatrik bozukluk ile daha iyi açıklanıyor ise yalnızca bu psikiyatrik bozukluğun tanısı konulmalıdır. Ciddi ilişki çatışmaları, eşin fiziksel şiddet uygulaması gibi stresörler CİB'i daha iyi açıklıyor ise yine CİB tanısı konulmayarak stresörleri tanımlamaya uygun kodlamalar seçilmelidir (59).

DSM-5' te cinsel işlev bozuklukları: Erkekte Düşük Cinsel İstek Bozukluğu, Kadında Cinsel İlgi/Uyarılma Bozukluğu, Sertleşme Bozukluğu, Kadında Orgazm Bozukluğu, Geç Boşalma, Erken Boşalma, Cinsel Organlarda-Pelviste Ağrı/ İçerme Bozukluğu, Maddenin/İlacın Yol Açtığı Cinsel İşlev Bozukluğu, Diğer Tanımlanmış Cinsel İşlev Bozuklukları, Tanımlanmamış Cinsel İşlev Bozuklukları başlıklarında tanımlanmıştır (59).

2.3.1. Erkekte Düşük Cinsel İstek Bozukluğu

2.3.1.1. Tanım

Cinsel fantezilerin ya da cinsel aktivite isteğinin yaklaşık 6 aylık bir süre boyunca az olması ya da bulunmayışı olarak tanımlanır. Hem cinsel içerikli rüya ve fantezilerin hem de cinsel ilişki için isteğin sürekli ve yineleyici olarak az olması

gereklidir. 6 aylık süre kriteri ile yaşam olaylarına uyum sürecindeki istek azalmalarını dışlamak amaçlanmıştır (59).

Düşük cinsel istek bozukluğu cinsel yaşamın tümüne yayılmış olabilir ya da yalnızca belli durumlarla ilgili olabilir. Mesela hasta partneriyle cinsel yakınlık isteği duymasa da mastürbasyona, erotik film izlemeye istekli olabilir. Çoğunlukla cinsel etkinliği başlatmaz ya da partneri tarafından başlatıldığı zaman gönülsüzce katılabilir. Cinsel isteğin azalmış olması sekonder olarak uyarılma ve boşalma zorluklarına yol açabilir. Bazı hastalar istekleri azalmış olduğundan sevişmede konsantrasyonlarını kaybedip sertleşmeyi sürdüremeyebilir veya boşalmaya ulaşmadan cinsel ilişkiyi sonlandırabilirler. Cinsel isteksizlik erişkin cinsel yaşamın başından beri olabileceği gibi sonradan da ortaya çıkabilir (31).

2.3.1.2. Sıklık

Yaşları 18-24 arasında değişen erkeklerin %6'sında ve 66-74 arasında değişenlerin %41'inde cinsel istek problemleri bildirilirken, 16-44 yaş arası erkeklerde altı ay ve üzeri devam eden cinsel istek azlığı daha düşük oranlarda (%1,8) bildirilmiştir (59).

2.3.1.3. Etiyoloji

Kişilik sorunları, psikiyatrik hastalıklar, cinsel kaçınmalar, altta yatan parafililer, çocuk sahibi olmak istememek, stresli yaşam olayları, iş problemleri, yaş ve çekicilikle ilgili endişeler, eşe ilgi kaybı, yakınlık sorunları, evlilik çatışmaları, eşin cinsel sorunları nedenler arasındadır (31).

ERKEKTE DÜŞÜK CİNSEL İSTEK BOZUKLUĞU DSM-5 TANI ÖLÇÜTLERİ:

A. Cinsel içerikli düşüncelerin ya da düşlemlerin ve cinsel etkinlik için isteğin, sürekli ya da yineleyici olarak az olması (ya da olmaması). Klinisyen, kişinin yaşı ve yaşamındaki genel ve toplumsal-kültürel durum gibi cinsel işlevselliğini etkileyebilecek etkenleri göz önünde bulundurarak böyle bir yargıya varır.

B. A tanı ölçütündeki belirtiler en az yaklaşık altı aydır sürmektedir.

C. A tanı ölçütündeki belirtiler, kişide, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya neden olur.

D. Bu cinsel işlev bozukluğu, cinsel kökenli olmayan bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz ya da ağır bir ilişki bozukluğunda ya da gerginlik yaratıcı önemli başka etkenlerden kaynaklanmamaktadır ve bir maddeye/ilaca ya da başka bir sağlık durumuna bağlanamaz.

Olup olmadığını belirtiniz:

Yaşam boyu: Bu bozukluk kişi cinsel açıdan etkin olduğundan beri vardır.

Edinsel: Bu bozukluk, oldukça olağan bir cinsel işlevsellik evresinden sonra başlamıştır.

Olup olmadığını belirtiniz:

Yaygın: Belirli tür uyarımlar, durumlar ya da eşlerle sınırlı değildir.

Durumsal: Yalnızca belli tür uyarımlar, durumlar ya da eşlerle ortaya çıkar.

Varsa belirtiniz:

O sıradaki ağırlığını belirtiniz:

Ağır olmayan: A tanı ölçütündeki belirtiler az sıkıntı doğurur.

Orta derecede: A tanı ölçütündeki belirtiler orta düzeyde bir sıkıntı doğurur.

Ağır: A tanı ölçütündeki belirtiler çok sıkıntı doğurur (27).

2.3.2. Kadında Cinsel İstek/Uyarılma Bozukluğu

2.3.2.1. Tanım

DSM-5 ile kadın hipoaktif cinsel istek ve uyarılma bozukluğu tanıları birleştirilmiştir. Kadında cinsel istek ve uyarılma süreçlerinin birbiriyle örtüştüğü, birbirini tetikleyebildiği görüşü bu birleştirmede etkili olmuştur (59,60).

Cinsel ilgi ve heyecanın, cinsel düşünce ve fantezilerin az olması veya hiç olmaması, cinsel uyarıya açık olmama veya kısıtlı yanıt verme olarak tanımlanabilir. Bu düşük cinsel ilgi, yaşam seyrinde doğal olarak görülebilen azalma veya uzun ilişki süresi ile bağlantılı azalmadan öte bir durumdur (56). Yakınmalar kadınlar tarafından

cinsel içerikli düşüncelerde azalma, cinselliği başlatma dürtüsünde azalma, eşin başlatma girişimlerine karşılık vermeme ya da cinsel uyarıya yanıt vermeme, cinsel coşku yaşayamama, cinsel organlarda duyumların, duyarlılığın azalması gibi farklı şekillerde tariflenebilmektedir. Tanıya varılmadan önce; yaşam olayları, yaşlanma, uygun cinsel uyarı olup olmadığı, genel sağlık problemleri ve kullanılmakta olan ilaçlar gözden geçirilmelidir (27,59).

2.3.2.2. Sıklık

DSM-5 tanı ölçütlerinde tanımlandığı haliyle kadında cinsel ilgi/uyarılma bozukluğunun sıklığı henüz yeterince ortaya konmamıştır. Ancak cinsel istek ve uyarılma bozukluklarının kadınlarda en sık görülen cinsel işlev bozukluklarından olduğu bildirilmektedir. Kadında cinsel istek ve uyarılma sorunlarının sıklığı yaş, kültürel özellikler, belirtilerin süresi, kişide sıkıntı yaratıp yaratmaması, cinsel işlevde soruna yol açıp açmaması gibi faktörler ele alındığında farklılıklar göstermektedir. Yapılan çalışmalarda cinsel işlevselliği bozuyor olması dikkate alındığında ve süre kriteri 1 ay yerine 6 ay olarak alındığında sıklık daha düşük olarak saptanmaktadır (31,59).

2.3.2.3. Etiyoloji

Kadınlarda cinsel isteği ve uyarılmayı etkilediği gösterilmiş çok sayıda neden vardır. Kişilik özellikleri, düşük benlik saygısı, zayıf beden imajı, cinsel kötüye kullanım, depresyon ve anksiyete bozuklukları, eşin cinsel sorunları, ilişkide tatminsizlik, uzun ilişki süresi, zayıf cinsel iletişim, cinsellik ile ilgili olumsuz biliş ve tutumlar, kültürel faktörler bunlardan başlıcalarıdır (61,62). Ülkemiz gibi muhafazakar yapıda ve cinselliği baskılayıcı kültürlerde yetişen kadınlar daha sık cinsel isteksizlik yaşamaktadır. Kendi bedenine ve cinselliğine yabancı, hiç mastürbasyon yapmamış, cinsel isteğini göstermenin uygunsuz olduğunu öğrenmiş, kızlık zarını koruması, sakınması öğretilmiş bir kadın için cinsellik, haz alınan bir olgu olarak yaşanmamaktadır (63).

KADINDA CİNSEL İLGI/UYARILMA BOZUKLUĞU DSM-5 TANI ÖLÇÜTLERİ:

A. Aşağıdakilerden en az üçü ile kendini gösteren, cinsel ilgi/uyarılmanın yokluğu ya da belirgin olarak az olması:

1. Cinsel etkinliğe karşı ilgisizlik ya da çok az ilgi gösterme.
2. Cinsel içerikli düşüncelerin ya da düşlemlerin olmaması ya da çok az olması.
3. Cinsel etkinliği başlatmama ya da çok az başlatma, eşinin başlatma girişimlerine karşılık vermeme.
4. Her cinsel karşılaşmada ya da neredeyse her cinsel karşılaşmada (yaklaşık %75-100'ünde) (belirli durumlarda ya da yaygın ise her durumda), cinsel etkinlik sırasında, cinsel coşku/hoşlanma olmaması ya da çok az olması.
5. İçten ya da dıştan gelen hiçbir cinsel simgeye (örn. Yazılı, sözel ya da görsel) karşı cinsel ilgi/uyarılmanın olmaması ya da çok az olması.
6. Her cinsel karşılaşmada ya da neredeyse her cinsel karşılaşmada (yaklaşık %75-100'ünde) (belirli durumlarda ya da yaygın ise her durumda), cinsel etkinlik sırasında, cinsel organlarda ya da cinsel organların dışında bir duyum olmaması ya da çok az olması.

B. A tanı ölçütündeki belirtiler en az yaklaşık altı aydır sürmektedir.

C. A tanı ölçütündeki belirtiler, kişide, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya neden olur.

D. Bu cinsel işlev bozukluğu, cinsel kökenli olmayan bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz ya da ağır bir ilişki bozukluğunda (örn. eşin kaba güç kullanması) ya da gerginlik yaratıcı önemli başka etkenlerden kaynaklanmamaktadır ve bir maddeye/ilaca ya da başka bir sağlık durumuna bağlanamaz.

Olup olmadığını belirtiniz:

Yaşam boyu: Bu bozukluk kişi cinsel açıdan etkin olduğundan beri vardır.

Edinsel: Bu bozukluk, oldukça olağan bir cinsel işlevsellik evresinden sonra başlamıştır.

Olup olmadığını belirtiniz:

Yaygın: Belirli tür uyarımlar, durumlar ya da eşlerle sınırlı değildir.

Durumsal: Yalnızca belli tür uyarımlar, durumlar ya da eşlerle ortaya çıkar.

Varsa belirtiniz:

O sıradaki ağırlığını belirtiniz:

Ağır olmayan: A tanı ölçütündeki belirtiler az sıkıntı doğurur.

Orta derecede: A tanı ölçütündeki belirtiler orta düzeyde bir sıkıntı doğurur.

Ağır: A tanı ölçütündeki belirtiler çok sıkıntı doğurur (27).

2.3.3. Erkeklerde Sertleşme Bozukluğu

2.3.3.1. Tanım

Cinsel etkinlik esnasında sürekli olarak ya da yineleyici biçimde yeterli sertleşme sağlamada veya cinsel etkinliğin sonuna kadar sertleşmeyi sürdürmede güçlük olarak tanımlanır. Cinsel yaşantının başından beri var ise yaşam boyu, cinsel yaşamın bir döneminde yeterli sertleşme ile giriş sağlanmış ancak daha sonra sertleşme zorluğu ortaya çıkmış ise edinilmiş tiptedir. Bazen sabah sertlikleri, ön sevişme ya da mastürbasyon sırasında sertleşme olurken cinsel birleşmeye geçileceğinde sertlik yitimi olabilir veya eş dışı bir partner ile sertleşme ve giriş sağlanabilirken eş ile sağlanamayabilir. Bu gibi belirli tür uyarı, durumlar ya da eşlerle ortaya çıktığında durumsal tip sertleşme bozukluğu tanısı alır (27,31).

Sabah sertliğinin ve ön sevişmede sertleşmenin olması, özellikle de mastürbasyonla orgazma kadar sertleşmenin sürmesi cinsel terapiye yanıtın yüksek olacağını düşündürür. Sabah sertleşmesi ve mastürbasyonda sertleşme varlığında altta yatan organik patoloji olasılığı düşüktür (31).

2.3.3.2. Sıklık

Tüm erkeklerin %10-20'sinde edinilmiş tip sertleşme bozukluğunun bulunduğu ifade edilmektedir. Yaşam boyu sertleşme bozukluğu ise daha nadir görülür. Sertleşme bozukluğu sıklığının yaş ile arttığı gösterilmiştir. Bir çalışmada; 35 yaşında sertleşme bozukluğu oranı % 2-4, 80 yaşında ise %75 civarında bildirilmiştir. İlk cinsel karşılaşmada sertleşme bozukluğu yaşama korkusunun erkeklerin %20'si tarafından tariflendiği, ancak %8'inde ilk karşılaşmada gerçekten sertleşme bozukluğu ortaya çıktığı öne sürülmektedir (27).

2.3.3.3. Etiyoloji

Cinselliğin başarı sergilenmesi gereken bir performans olarak algılanması sonucu başarılı olamayacağı kaygısı, kaygı nedeniyle cinsel haza odaklanamama ve buna bağlı erkeğin katılımcı konumundan uzaklaşarak seyirci rolüne geçişi sertleşme bozukluğunun ortaya çıkış nedenleri arasında en önemlisidir (64).

Kişinin yakınlık kurma sorunları, yetersizlik ve güvensizlik duyguları, sevmeyen ve sevilmeyen biri olduğu hissi gibi kişilik ile ilgili faktörler de sertleşme

bozukluğu etiolojisinde rol oynayabilir. Eş ile çatışmalar, zayıf iletişim, cinsel mitler, cinsel travma, eşi çekici bulmama, cinsel yönelimin eşe yönelik olmaması, partnerin cinsel sorunları da rol oynayabilen faktörlerdendir (31).

ERKEKTE SERTLEŞME BOZUKLUĞU DSM-5 TANI ÖLÇÜTLERİ:

A. Her cinsel etkinlikte ya da neredeyse her cinsel etkinlikte (yaklaşık %75-100'ünde) (belirli durumlarda ya da yaygın ise her durumda), aşağıdaki üç belirtiden biri yaşanıyor olmalıdır:

1. Cinsel etkinlik sırasında sertleşme (ereksiyon) sağlamada belirgin güçlük çekme.
2. Cinsel etkinliği bitirene dek sertleşmeyi (ereksiyonu) sürdürmede belirgin güçlük çekme.
3. Sertlik düzeyinde belirgin azalma.

B. A tanı ölçütündeki belirtiler en az yaklaşık altı aydır sürmektedir.

C. A tanı ölçütündeki belirtiler, kişide, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya neden olur.

D. Bu cinsel işlev bozukluğu, cinsel kökenli olmayan bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz ya da ağır bir ilişki bozukluğunda ya da gerginlik yaratıcı önemli başka etkenlerden kaynaklanmamaktadır ve bir maddeye/ilaca ya da başka bir sağlık durumuna bağlanamaz.

Olup olmadığını belirtiniz:

Yaşam boyu: Bu bozukluk kişi cinsel açıdan etkin olduğundan beri vardır.

Edinsel: Bu bozukluk, oldukça olağan bir cinsel işlevsellik evresinden sonra başlamıştır.

Olup olmadığını belirtiniz:

Yaygın: Belirli tür uyarımlar, durumlar ya da eşlerle sınırlı değildir.

Durumsal: Yalnızca belli tür uyarımlar, durumlar ya da eşlerle ortaya çıkar.

Varsa belirtiniz:

O sıradaki ağırlığını belirtiniz:

Ağır olmayan: A tanı ölçütündeki belirtiler az sıkıntı doğurur.

Orta derecede: A tanı ölçütündeki belirtiler orta düzeyde bir sıkıntı doğurur.

Ağır: A tanı ölçütündeki belirtiler çok sıkıntı doğurur (27).

2.3.4. Kadında Orgazm Bozukluğu

2.3.4.1. Tanım

Kadında orgazm bozukluğu veya diğer adıyla anorgazmi, yeterli ve uygun cinsel uyarıya rağmen orgazmın sürekli ya da yineleyici biçimde gecikmesi ya da hiç olmaması şeklinde tanımlanabilir. Her kadında orgazma ulaşmayı sağlayan uyarının türü, yoğunluğu, süresi farklı olabileceğinden kadında orgazm bozukluğu tanısı konmadan önce kadının yaş, cinsel deneyim ve aldığı cinsel uyarının yeterliliğinin değerlendirilmesi önerilmektedir (27).

DSM-5'te kadında orgazma bozukluğu tanımına diğer cinsel işlev bozuklukları tanı ölçütlerinde de olduğu gibi daha net zaman ve sıklık kriterleri eklenmiş, ancak “olağan bir cinsel uyarılma evresinden sonra” kısmı çıkartılmıştır. Bunun gerekçesinin; yeterli ve uygun cinsel uyarının standart bir tanımının yapılamaması olduğu düşünülmektedir (60).

Primer (yaşam boyu) anorgazmik bir kadın orgazmı hiç deneyimlememiştir ve bu sekonder (edinilmiş) anorgazmiden daha sık görülmektedir. Sekonder anorgazmik bir kadın ise cinsel uyarının türü, mastürbasyon ile veya coit ile olması farketmeksizin en azından bir kere orgazmı deneyimlemiştir (27). Durumsal orgazm bozukluklarında kadın mastürbasyon ile ya da başka bir cinsel eş ile orgazm olabilirken, eşiyle orgazm olamamaktadır. Mastürbasyon ile orgazm olabilen kadınlar, mastürbasyon yaptığı halde orgazm olamayan kadınlara göre daha kısa sürede ve daha kolay tedavi edilebilmektedir (31).

2.3.4.2. Sıklık

Kadın orgazmı, cinsel deneyimler ile öğrenilebilen ve dolayısıyla yaşla birlikte artan bir cinsel işlevdir. Yeterli cinsel deneyimi olmayan genç kadınlarda cinsel birleşme ile orgazm olamama çok yaygın görülen bir durumdur. Ancak menopoz, hastalıklar ve ilaç kullanımlarının artması nedeni ile ilerleyen yaş, özellikle 50'li yaşlardan sonra, dezavantaja dönüşebilmektedir (31). Literatüre göre toplumda hiç orgazm yaşamamış kadınların oranı %10 olarak bildirilmiştir (27). Amerika, Avustralya, Kanada ve İsveç'te yürütülen araştırmalarda 18-74 yaş arası kadınlarda orgazm bozukluğu prevalansı %16-25 aralığında bildirilmiştir (65).

Yurtdışı çalışmalarda, orgazm bozukluğu kadınların en çok yardım talebi ile başvurduğu CİB olarak bildirilirken, ülkemizde orgazm olamama nedeni ile tedaviye başvuru oranının daha düşük olduğu bilinmektedir. Erkeğin cinsellikten memnuniyetinin daha önemli görülmesi, kadının hazzının geri planda olması ve hatta erkeğin memnuniyeti için bir sorun

yokmuş gibi orgazm taklidi yapılabilmesi, bu sorunla kadınların nereye başvuracaklarını bilmemesi gibi ülkemiz için bu farkı destekleyen düşünceler ortaya atılmıştır (31).

2.3.4.3. Etiyoloji

Geleneksel kadın cinsel rolü dışına çıkamama, iyi kız sendromu, edilgenlik, boyun eğme, baba ile olumsuz ilişki paterni, kontrolünü yitireceği korkusu, partnere yönelik olumsuz duygular, ilişki çatışmaları, gebe kalma endişesi, erkeklere karşı hostilite, düşük beden algısı, cinsel dürtüler nedeniyle suçluluk duyguları orgazm bozukluğu etiyolojisinde yer alan diğer psikolojik faktörlerdendir (27,31,66).

KADINDA ORGAZM BOZUKLUĞU DSM-5 TANI ÖLÇÜTLERİ:

A. Her cinsel etkinlikte ya da neredeyse her cinsel etkinlikte (yaklaşık %75-100'ünde) (belirli durumlarda ya da yaygın ise her durumda) aşağıdaki belirtilerden birinin varlığı:

1. Orgazmda belirgin gecikme, belirgin orgazm sıklığı ya da yokluğu.
2. Orgazm duyularının çok düşük yoğunlukta olması.

B. A tanı ölçütündeki belirtiler en az yaklaşık altı aydır sürmektedir.

C. A tanı ölçütündeki belirtiler, kişide, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya neden olur.

D. Bu cinsel işlev bozukluğu, cinsel kökenli olmayan bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz ya da ağır bir ilişki bozukluğunda (örn. eşin kaba güç kullanması) ya da gerginlik yarATICI önemli başka etkenlerden kaynaklanmamaktadır ve bir maddeye/ilaca ya da başka bir sağlık durumuna bağlanamaz.

Olup olmadığını belirtiniz:

Yaşam boyu: Bu bozukluk kişi cinsel açıdan etkin olduğundan beri vardır.

Edinsel: Bu bozukluk, oldukça olağan bir cinsel işlevsellik evresinden sonra başlamıştır.

Olup olmadığını belirtiniz:

Yaygın: Belirli tür uyarımlar, durumlar ya da eşlerle sınırlı değildir.

Durumsal: Yalnızca belli tür uyarımlar, durumlar ya da eşlerle ortaya çıkar.

Varsa belirtiniz:

O sıradaki ağırlığını belirtiniz:

Ağır olmayan: A tanı ölçütündeki belirtiler az sıkıntı doğurur.

Orta derecede: A tanı ölçütündeki belirtiler orta düzeyde bir sıkıntı doğurur.

Ağır: A tanı ölçütündeki belirtiler çok sıkıntı doğurur (27).

2.3.5. Geç Boşalma

2.3.5.1. Tanım

DSM-5 ile birlikte erkekte orgazm bozukluğu tanı kategorisinin yerini geç boşalma almıştır. Bu değişiklikte, kullanılmakta olan terminolojiye uygun hale getirmenin amaçlandığı düşünülmektedir. Tedaviye başvuran erkeklerin yanısıra, klinisyen ve araştırmacıların da geç boşalma terimini tercih etmesi etkili olmuştur (60).

Cinsel ilişki sırasında boşalmaya ulaşmada belirgin gecikme veya boşalamama olarak tanımlanır. Kişi sorunu, yeterli cinsel uyarıya ve uzamış uğraşa rağmen boşalmada zorluk veya boşalamama şeklinde tarifler. Genellikle partnerle olan cinsel ilişkide görülür, mastürbasyonla nadirdir. Boşalmanın gerçekleştiği ancak orgazm esnasındaki öznel haz duygusunun azaldığı veya hiç olmadığı (anhedonik orgazm) durumların da varlığı akılda tutulmalıdır. Bazı araştırmacılar bu nedenle orgazm ve boşalmanın ayırt edilmesini önermektedir. Yaşam boyu geç boşalma tanısı alan bir erkek, partnerli cinsel etkinliklerde hiç boşalma yaşamamıştır. Geçmişte normal cinsel işlevsellik söz konusu ise edinilmiş olarak belirtilir (27).

2.3.5.2. Sıklık

Erkek cinsel sorunları arasında en nadir görülenidir. Erkeklerin %75'inin her cinsel etkinlikte boşalmaya ulaştığı belirtilirken 6 ay ve üzeri süren boşalmada güçlük yakınması %1'in altında bulunmuştur. CİB olan erkeklerle yapılan bir çalışmada geç boşalma sıklığı %3,8 olarak bildirilmiştir (27,31).

2.3.5.3. Etiyoloji

Yaşam boyu geç boşalma tanısı alan erkeklerin genelde sert ve tutucu bir altyapıda yetiştikleri, cinselliği günah olarak algıladıkları, bilinçli veya bilinçdışı suçluluk duygularına sahip oldukları, cinselliğin yanı sıra ilişkilerinde de yaklaşma sorunları olduğu öne sürülmektedir. Edinilmiş geç boşalmada ise partnerler arası çekicilik kaybı, ilişki çatışmaları, performans kaygısı, eşin onaylanmayan gebelik planı, bağlanma korkuları, boşalmanın aşırı kontrol edilmesi gibi faktörler etkili olabilmektedir. (27,31)

ERKEKTE GEÇ BOŞALMA DSM-5 TANI ÖLÇÜTLERİ:

A. Her cinsel etkinlikte ya da neredeyse her cinsel etkinlikte (yaklaşık %75-100'ünde) (belirli durumlarda ya da yaygın ise her durumda), aşağıdaki üç belirtiden biri yaşanıyor olmalıdır:

1. Boşalmada belirgin gecikme.
2. Belirgin boşalma sıklığı ya da yokluğu.

B. A tanı ölçütündeki belirtiler en az yaklaşık altı aydır sürmektedir.

C. A tanı ölçütündeki belirtiler, kişide, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya neden olur.

D. Bu cinsel işlev bozukluğu, cinsel kökenli olmayan bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz ya da ağır bir ilişki bozukluğunda ya da gerginlik yaratıcı önemli başka etkenlerden kaynaklanmamaktadır ve bir maddeye/ilaca ya da başka bir sağlık durumuna bağlanamaz.

Olup olmadığını belirtiniz:

Yaşam boyu: Bu bozukluk kişi cinsel açıdan etkin olduğundan beri vardır.

Edinsel: Bu bozukluk, oldukça olağan bir cinsel işlevsellik evresinden sonra başlamıştır.

Olup olmadığını belirtiniz:

Yaygın: Belirli tür uyarımlar, durumlar ya da eşlerle sınırlı değildir.

Durumsal: Yalnızca belli tür uyarımlar, durumlar ya da eşlerle ortaya çıkar.

Varsa belirtiniz:

O sıradaki ağırlığını belirtiniz:

Ağır olmayan: A tanı ölçütündeki belirtiler az sıkıntı doğurur.

Orta derecede: A tanı ölçütündeki belirtiler orta düzeyde bir sıkıntı doğurur.

Ağır: A tanı ölçütündeki belirtiler çok sıkıntı doğurur (27).

2.3.6. Erken Boşalma

2.3.6.1. Tanım

Sürekli ya da yineleyici bir biçimde, vajinaya girmeden önce, girer girmez ya da girişten hemen sonra ve kişinin istemesinden önce ejakülasyonun gerçekleşmesi şeklinde tanımlaması yapılabilir (59). DSM-5 tanı ölçütlerinde girer girmez, hemen önce gibi yoruma açık, ölçümü zor kriterler kaldırılarak eşli cinsel etkinlik sırasında, sürekli ya da yineleyici biçimde, vajinaya girdikten sonra yaklaşık bir dakika içinde ve kişinin isteğinden önce boşalma örüntüsü gibi daha net, süre kriteri içeren ifadeler

getirilmiştir (60). Süre kriterinin (60 saniye ve altı) daha çok yaşam boyu erken boşalma tanısını yordayıcı olduğu, edinilmiş erken boşalma tanısı için aynı süre ölçütünün kullanımı hakkında yeterli veri olmadığı ifade edilmiştir. Vajinal birleşme dışındaki cinsel etkinlikler için ise aynı süre kriterinin kullanılabileceği belirtilmiştir. Yaşam boyu erken boşalma ilk eşli cinsel etkinlikten beri vardır. Bazı erkeklerin ise ilk cinsel ilişkilerinde erken boşalma yaşadığı ancak boşalma kontrolünü cinsel deneyim arttıkça öğrendikleri ve erken boşalma tanısı almadıkları bilinmektedir. Edinilmiş erken boşalma daha nadirdir ve genellikle kırklı yaşlardan sonra başlar (59).

2.3.6.2. Sıklık

Erken boşalma, cinsel sorun nedeniyle yardım alan erkeklerin %35-40'ında başvuru nedenidir (27). Bu yüksek orana bugüne kadar erken boşalma için kanıta dayalı net bir tanım olmayışının ve araştırmalarda farklı süre ve tanımların kullanılmasının yol açtığı düşünülmüştür (60). DSM-5'te yeni süre kriteri ile erkeklerin %1-2'sinin bu tanıyı alacağı ifade edilmiştir (59).

2.3.6.3. Etiyoloji

Bazı araştırmacılar boşalma kontrolünde sorun yaşayan erkeklerin bir kısmında fizyolojik yatkınlık olduğu, bir kısmında ise psikojenik faktörlerin etkili olduğu fikrini ortaya atmıştır. Bu araştırmacılar fizyolojik yatkınlığın sebebini; daha kısa sinir latansına sahip olup orgazma daha hızlı ulaşma olarak açıklamaktadırlar (27,59). Günümüz davranışçı tedavilerinin temelini oluşturan görüşe göre; tıpkı defekasyon ve miksiyon gibi fizyolojik işlevlerin üzerinde istemli denetimin öğrenilmesi gibi, boşalma denetimi de öğrenilebilir ve kişi orgazma yaklaştığına dair duyuları algılayıp erteleyebildiğinde boşalma denetimi de sağlanabilmektedir (67).

Cinsel performans kaygısının sempatik sistemi aktive ederek erken boşalmaya yol açabildiği öne sürülmüştür. Kaygının, kişinin dikkatini dağıtarak uyarılma düzeyi üzerindeki farkındalığı azalttığı ve boşalmayı kontrol etmeyi güçleştirdiği de önerilen diğer bir mekanizmadır (68,69). Vajene yönelik bilinçdışı korkular, olumsuz kültürel koşullanma, ilk cinsel etkinliklerini cinsel eylemin çabuk sonlanması gereken (genelev gibi) veya görülmesi halinde utanç verici olan (ebeveyne ait ev gib) ortamlarda yaşayan erkeklerde davranışsal koşullanma, eşin tatmini ile ilgili zihinsel uğraşlar, kadınlara yönelik agresyon, edilgenlik sayılan diğer psikolojik faktörlerdendir (27,31).

ERKEKTE ERKEN BOŞALMA DSM-5 TANI ÖLÇÜTLERİ:

A. Eşli cinsel etkinlik sırasında, sürekli ya da yineleyici olarak, vajinaya girdikten sonra yaklaşık bir dakika içinde ve kişinin isteğinden önce boşalma örüntüsü:

Not: Erken boşalma tanısı, vajinayı kapsamayan cinsel etkinliklerde bulunan kişilere de konabilirse de, bu tür etkinlikler için özgül süre ölçütü belirlenmemiştir.

B. A tanı ölçütündeki belirtiler en az yaklaşık altı aydır sürmektedir ve her cinsel etkinlikte ya da neredeyse her cinsel etkinlikte (yaklaşık %75-100'ünde) (belirli durumlarda ya da yaygın ise her durumda) olmalıdır.

C. A tanı ölçütündeki belirtiler, kişide, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya neden olur.

D. Bu cinsel işlev bozukluğu, cinsel kökenli olmayan bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz ya da ağır bir ilişki bozukluğunda ya da gerginlik yaratıcı önemli başka etkenlerden kaynaklanmamaktadır ve bir maddeye/ilaca ya da başka bir sağlık durumuna bağlanamaz.

Olup olmadığını belirtiniz:

Yaşam boyu: Bu bozukluk kişi cinsel açıdan etkin olduğundan beri vardır.

Edinsel: Bu bozukluk, oldukça olağan bir cinsel işlevsellik evresinden sonra başlamıştır.

Olup olmadığını belirtiniz:

Yaygın: Belirli tür uyarımlar, durumlar ya da eşlerle sınırlı değildir.

Durumsal: Yalnızca belli tür uyarımlar, durumlar ya da eşlerle ortaya çıkar.

Varsa belirtiniz:

O sıradaki ağırlığını belirtiniz:

Ağır olmayan: Vajinaya girdikten sonra 30 saniye ile 1 dakika içinde boşalma olur.

Orta derecede: Vajinaya girdikten sonra 15 ile 30 saniye içinde boşalma olur.

Ağır: Cinsel etkinlikten önce, cinsel etkinliğin başında ya da vajinaya girdikten sonra yaklaşık 15 saniye içinde boşalma olur (27).

2.3.7. Cinsel Organlarda-Pelviste Ağrı/ İçe Girme Bozukluğu

2.3.7.1. Tanım

DSM 5'te vajinismus ve dispareni tanılarının aynı tanı kategorisine alınması ile oluşturulmuştur. Vajinismus, daha önceki sınıflamalarda vajina kaslarında kasılma ve bu nedenle birleşmeye olanak tanımama şeklinde özetlenen kısıtlı bir görüş yerine daha kapsayıcı bir perspektifle ele alınmıştır. Yeni tanımlamada, birleşmenin gerçekleşmemesi ve pelvik taban kaslarında kasılmanın yanı sıra, birleşme esnasında ağrı ya da birleşmeye

yönelik kaygı ya da korku da bir ölçüt olarak yer almıştır. Bu durum, vajinismusun cinsel birleşme kuramama, pelvik taban kaslarında kasılma, birleşmede ağrı ve zorlanma, birleşmeden kaçınma davranışları gibi çok sayıda görünümleri olabilen bir klinik tablo oluşu ile örtüşmektedir (59,70).

Cinsel ilişki öncesinde, sırasında ya da sonrasında yineleyici bir biçimde ya da sürekli olarak genital ağrı duyumu olarak tanımlanmış olan disparoninin; organik bir etiyoloji saptanamadığında cinselliğe dair korku ve kaygılardan kaynaklandığı kabul edilmektedir. Vajinismus ile yakından ilişkilidir ve birbirlerinin ortaya çıkmasına yol açabilirler, bu nedenlerle aynı tanı kategorisine alınmaları uygun bulunmuştur (27).

Cinsel birleşme denemesi olmadıkça, istek, uyarılma, orgazm sorunları görülmeyebilir. Ancak bazen cinsel birleşme düşüncesi bile kasılmayı başlatabilir. Vajina kaslarında kasılmanın yanı sıra bacaklarda ve diğer beden bölgelerinde de kasılma görülebilir. Cinsel birleşme girişiminde bulunulduğunda partneri itme, korku ve panik belirtileri ortaya çıkabilir. Genellikle cinsel yaşamın başından beri vardır (31).

2.3.7.2. Sıklık

Vajinismus prevalansı, batı ülkeleri kaynaklı araştırmalarda ülkemize kıyasla daha düşük oranlarda bildirilmektedir. Kanada kaynaklı bir araştırmada kadınlarda vajinismus sıklığı %1-6 olarak bulunmuştur (31,61). Ülkemizde ise genel popülasyonda yapılan bir çalışmada sıklık %15.3 olarak bildirilmiştir ve cinsel sorun nedeni ile başvuruların yaklaşık yarısının vajinismus nedeni ile olduğu ifade edilmektedir (71).

Disparoni prevalansını araştıran çalışmalarda, kullanılan tanım, süre kriteri, ölçüm metodu değişikçe farklı sonuçlarla karşılaşıldığı bildirilmiştir. İngiltere’de 2003 yılında 16-44 yaş arası kadınlarda yapılan bir araştırmada son 1 sene içinde en az 1 ay süreyle disparoni tarifleyen kadınlar %11.8, en az 6 ay süreyle disparoni tarifleyenler ise %3.4 olarak bulunmuştur (72).

2.3.7.3. Etiyoloji

Cinsel travma deneyimi, katı dini yetiştirilme tarzı, eşin duygusal istismarı, ilişki problemleri, cinselliği kötü gösteren veya aşağılayan aile ve toplum, cinsel mitler, yanlış inanışlar, tabular, kızlık zarını yitirme ile ilgili korkular, katı ve otoriter baba, zayıf ve pasif anne, gebeliğe dair endişeler vajinismus gelişiminde rol oynayan faktörler

olarak öne sürülmüştür. Çocukluk döneminde ağrılı dış tedavisi veya cerrahi girişim deneyimi olan kadınların ileride vajinismus geliştirebildikleri belirtilmektedir (27,31).

CİNSEL ORGANLARDA-PELVİSTE AĞRI/İÇE GİRME BOZUKLUĞU DSM-5 TANI ÖLÇÜTLERİ:

A. Aşağıdakilerden birinde (ya da daha çoğunda), sürekli ya da yineleyici güçlük çekme:

1. Birleşme sırasında vajinaya girme
2. Vajinaya girme ya da girme girişimleri sırasında vulvovajinada ya da pelviste belirgin ağrı duyma.
3. Vajinaya girme eyleminin gerçekleşeceği beklenirken ya da vajinaya girme sırasında ya da girilmesinden ötürü, vulvovajinada ya da pelviste ağrı duymayla ilgili olarak belirgin bir korku ya da kaygı duyma.
4. Vajinaya girme girişimi sırasında pelvis tabanı kaslarını çok germe ya da sıkma.

B. A tanı ölçütündeki belirtiler en az yaklaşık altı aydır sürmektedir.

C. A tanı ölçütündeki belirtiler, kişide, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya neden olur.

D. Bu cinsel işlev bozukluğu, cinsel kökenli olmayan bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz ya da ağır bir ilişki bozukluğunda (örn. eşin kaba güç kullanması) ya da gerginlik yaratıcı önemli başka etkenlerden kaynaklanmamaktadır ve bir maddeye/ilaca ya da başka bir sağlık durumuna bağlanamaz.

Olup olmadığını belirtiniz:

Yaşam boyu: Bu bozukluk kişi cinsel açıdan etkin olduğundan beri vardır.

Edinsel: Bu bozukluk, oldukça olağan bir cinsel işlevsellik evresinden sonra başlamıştır.

Olup olmadığını belirtiniz:

Yaygın: Belirli tür uyarımlar, durumlar ya da eşlerle sınırlı değildir.

Durumsal: Yalnızca belli tür uyarımlar, durumlar ya da eşlerle ortaya çıkar.

Varsa belirtiniz:

O sıradaki ağırlığını belirtiniz:

Ağır olmayan: A tanı ölçütündeki belirtiler az sıkıntı doğurur.

Orta derecede: A tanı ölçütündeki belirtiler orta düzeyde bir sıkıntı doğurur.

Ağır: A tanı ölçütündeki belirtiler çok sıkıntı doğurur (27).

2.3.8. Maddenin/İlacın Yol Açtığı Cinsel İşlev Bozukluğu

2.3.8.1. Tanım

Bu tanı kategorisinin temel özelliği cinsel işlevdeki bozukluğun maddenin/ilacın kullanılmaya başlanması ile, maddenin/ilacın dozunun artırılması ile ya da maddenin/ilacın kesilmesi ile ilişkili olmasıdır (59).

Alkol, amfetamin ve türevleri, kokain, opioidler, sedatifler, hipnotikler ve anksiyolitikler cinsel işlevleri etkilediği belirlenmiş keyif verici maddelerdir. Keyif verici maddeler cinsel işlevleri farklı şekillerde etkiler. Birçok madde düşük dozda alındığında, kaygıyı azaltıp duygulanımı yükselterek cinsel performansı ve cinsellikten

alınan hazzı artırır. Kronik kullanım ise sertleşmeyi güçleştirir, genital konjesyonu azaltır, boşalma ve orgazm kapasitesini bozar (27).

Psikotrop ilaçlar başta olmak üzere, neredeyse tüm farmakolojik ajanların cinsel işlevlerde bozukluklara yol açtığı bildirilmiştir. Antidepresanların en sık bildirilen cinsel yan etkileri orgazm veya boşalma zorluklarıdır. İstek ve sertleşme sorunlarına da daha nadir olarak yol açabilmektedir. Antidepresanlara bağlı cinsel yan etkilerin ilacın alımından yaklaşık 8 gün sonra ortaya çıktığı belirtilmektedir. Mirtazapin ve bupropiyon ise cinsel yan etki yapmadığı kabul edilen antidepresanlardır. Hem tipik hem de atipik antipsikotiklerle cinsel istek, sertleşme, boşalma ve orgazm sorunları bildirilmektedir. Duygudurum düzenleyicilerden lityum ve antikonvulzanlar ile de cinsel yan etkiler belirtilmektedir (27,59).

2.3.8.2. Sıklık

Antidepresanlara bağlı cinsel yan etkiler ilaca göre farklılık gösterir ve %25-80 gibi oranlarda bildirilmiştir. Antipsikotik kullananlarda ise %50'ye yakın cinsel yan etki oranı bildirilmektedir (59).

Tablo 1: Cinsel işlevleri olumsuz etkileyen ilaçlar (27,47).

Diüretikler -Tiazid grubu diüretikler -Potasyum tutucu diüretikler -Furosemid	Antihipertansifler -Beta blokerler -Alfa-1 blokerler -Alfa-2 agonistler -ACE inhibitörleri -Kalsiyum kanal blokeri	Psikotropolar -Antipsikotikler -Duygudurum düzenleyiciler -Trisiklik/tetrasiklik antidepresanlar -Selektif serotonin geri alım inhibitörleri -Serotonin/Noradrenalin geri alım inhibitörleri
Antikonvulzanlar -Fenitoin -Karbamazepin -Valproik asit	Kardiyolojik ilaçlar -Antiarritmikler -Dijital glikozidleri -Hipolipidemikler	Antiülser ilaçlar -H2 agonistleri
Kemoterapötikler	Antihistaminikler ve dekonjestanlar	Alkol ve uyuşturucu maddeler

MADDENİN/İLACIN YOL AÇTIĞI CİNSEL İŞLEV BOZUKLUĞU DSM-5 TANI ÖLÇÜTLERİ:

A. Klinik görünüme, klinik açıdan belirgin bir cinsel işlev bozukluğu egemendir.

B.Öykü, fizik muayene ya da laboratuvar bulgularından elde edilen kanıtlar (1) ve (2)'nin varlığını gösterir:

1. A tanı ölçütündeki belirtiler, madde esikliği (entoksikasyonu) ya da yoksunluğu sırasında ya da az bir zaman sonrasında ya da bir ilaç aldıktan sonra gelişmiştir.
2. Söz konusu madde/ilaç, A tanı ölçütündeki belirtileri ortaya çıkarabilir.

C.Bu bozukluk maddenin/ilacın yol açmadığı bir cinsel işlev bozukluğuyla daha iyi açıklanamaz.

Ayrı bir cinsel işlev bozukluğu olduğunun kanıtları şunlar olabilir;

Belirtiler, madde/ilaç kullanımından önce de vardır, belirtiler, akut yoksunluğun ya da ağır esikliğinin bitmesinden sonra önemli bir süre (örn. Yaklaşık bir ay) kalıcı olmuştur ya da ayrı bir maddenin/ilacın yol açmadığı cinsel işlev bozukluğunun başka kanıtları vardır. (örn. maddenin/ilacın yol açmadığı yineleyici dönemlerin olduğuna ilişkin bir öykü.

D. Bu bozukluk yalnızca deliryumun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır.

E. Bu bozukluk klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

Not: Madde esikliği ya da madde yoksunluğu yerine bu tanının konabilmesi için klinik görünümde A tanı ölçütündeki belirtilerin daha baskın olması ve bunların klinik açıdan ele almayı gerektirecek kadar ağır olması gerekir.

Varsa belirtiniz;

Esriklik (entoksikasyon) sırasında başlayan:

Maddeyle esriklik için tanı ölçütleri karşılanıyorsa ve belirtiler esriklik sırasında gelişmişse bu belirleyici kullanılır.

Yoksunluk sırasında başlayan: Maddeden yoksunluk için tanı ölçütleri karşılanıyorsa ve belirtiler yoksunluk sırasında ya da kısa bir zaman sonra gelişmişse bu belirleyici kullanılır.

İlaç kullanımından sonra başlayan: Belirtiler, ya ilaca başlanmasıyla ya da ilaç kullanımında bir değişikliğe gidilmesinden sonra ortaya çıkabilir.

O sıradaki ağırlığını belirtiniz:

Ağır olmayan: Cinsel etkinliklerin %25-50'sinde ortaya çıkar.

Orta derecede: Cinsel etkinliklerin %50-75'inde ortaya çıkar.

Ağır: Cinsel etkinliklerin %75'inde ya da daha çoğunda ortaya çıkar (27).

2.3.9. Diğer Tanımlanmış ve Tanımlanmamış Cinsel İşlev Bozukluğu

Klinik açıdan kişide sıkıntı yaratan, cinsel işlevselliği etkileyen, CİB belirtilerinin baskın olduğu ancak CİB tanı kategorilerinden hiçbirini tam karşılamayan durumlar için bu kategoriler belirlenmiştir. Tanı ölçütlerini tam karşılamamanın özel nedeni klinisyen tarafından yazılarak belirtilir ise diğer tanımlanmış belirtilmez ise tanımlanmamış olarak belirtilir (59).

2.4. BAĞLANMA

2.4.1. Tanım

Bağlanma, bebeğin dünyaya gelişi ile birlikte bebek ve bakım veren arasında şekillenmeye başlayan güçlü bir duygusal bağ olarak tanımlanır. Bebek ile bakım veren arasındaki, bebeğin bakım veren kişiyle yakınlık arayışı şeklinde kendini gösteren bu bağın, özellikle stres durumlarında belirginleştiği ve bireyin sonraki yaşam dönemlerinde de bütün ilişkilerine temel oluşturduğu düşünülmektedir (73,74).

Psikanalistler ve öğrenme kuramcıları 1950'lere kadar bağlanmayı; bireyin bebeklik döneminde beslenme ihtiyacını, erişkinlik döneminde ise cinsel dürtülerini doyurabilmesi için ötekine gereksinimi olduğunu fark etmesi ile ortaya çıkan bir ilişki örüntüsü olarak tanımlamaktaydı. Bowlby, anneden veya bakım verenden uzun süre mahrum kalan çocukların, açlık gibi fiziksel ihtiyaçları iyi karşılanırsa dahi kişilik gelişimlerinde ve yetişkinlikte kurdukları ilişkilerde olumsuz etkiler gözlemlemesi üzerine bu geleneksel modeli sorgulamaya başladı. Bowlby'nin ilk kez kuramsallaştırdığı bağlanma, geçmişte daha çok bebeklik ve çocukluk döneminde bakım veren ile ilişkiyi açıklamak için kullanılırken, günümüzde yetişkinlerin sosyal ve romantik ilişkilerinde sergiledikleri duygusal, bilişsel ve davranışsal özellikleri anlamak için de kullanılan bir model haline gelmiştir (73,74).

2.4.2. Bağlanma Kuramı

Bowlby, insan yavrusunun ruhsal sağlığı için, beslenme gereksiniminden bağımsız olarak bakım verenin varlığına gereksinim duyduğunu gözlemlemiştir. Sağlıklı bebek-bakım veren ilişkisinin özelliklerini sıcak, yakın, süregelen, her ikisine de keyif veren ve tatmin eden olarak tanımlamıştır. Bu gereksinim nedeni ile çocukta, bakım verenden uzaklaştığında veya uzaklaşma tehdidi varlığında ortaya çıkan; bakım verenin varlığında ise yatışan ağlama, tutunma, takip etme gibi davranışları "bağlanma davranışları" olarak tanımlamıştır. Bağlanma davranışları bireyin bakım verenine fiziksel olarak yakın olması veya mevcut yakınlığı koruması amacına yöneliktir (74,75).

Çocuğun bakım vereni (genellikle anne) ile yakınlık gereksinimi doğrultusunda kurduğu ilişkinin niteliğine göre bağlanmanın türleri şekillenir. Çocukların bakım verenleri

ile olan ilişkileri sonucunda ötekinin (diğerinin) ulaşılabilirliği hakkındaki beklentileri şekillenir ve bu beklentiler benlik ve diğerlerine ait temsilleri oluşturur. Diğer bir deyişle, çocuk bakım verenle olan deneyimlerini içselleştirerek kendisi ve başkaları hakkında zihinsel bir temsil yaratır. Erişkin yaşamı boyunca da kısmen sabit kaldığı kabul edilen bu temsiller “içsel çalışan modeller” olarak adlandırılmaktadır (75-77).

Bakım verenin gerektiğinde ulaşılabilen, destekleyici, korunak sağlayan biri olarak yaşantılanması, bireyin kendini sevmeye değer olarak algıladığı olumlu benlik modelinin ve başkalarını güvenilir olarak algıladığı olumlu öteki modelinin gelişmesine olanak tanır, ve neticede bireyin stres durumlarında uygun başa çıkma stratejileri geliştirebilmesini sağlar. Eğer bu güven hissi sağlanamazsa, kendi veya öteki modelleri olumsuz olarak temsil edilebilir ve birey “güvensiz stratejiler” geliştirebilir. Bu stratejiler; bağlanma gereksiniminin aşırı uyarılması (bağlanmanın kaygı boyutu yüksek) ya da bağlanma gereksiniminin bastırılması (bağlanmanın kaçınma boyutu yüksek) şeklinde iki farklı türde olabilir. Bağlanma gereksiniminin aşırı uyarıldığı bireyler takıntılı biçimde yakınlık ve koruma ararlar ve reddedilme tehdidine karşı aşırı duyarlıdırlar. Kişisel yetersizlikleri üzerinde durmaya yatkındırlar. Bağlanma gereksinimini bastırmaya yönelik bireyler ise yakınlıktan rahatsızlık duyabilir, ruhsal sorunlarını ve sıkıntılarını paylaşma, yardım arayışına girme yerine bunları bastırma yoluna gidebilirler (75-77).

2.4.3. Bebeklik Döneminde Bağlanma

Ainsworth ve ark. 1978’te, Bowlby’nin bağlanma kuramından yola çıkarak laboratuvar ortamında anne ve çocuk arasındaki bağlanma davranışlarını gözlemleyebilecekleri bir “Yabancı Durum Deneyi” tasarladılar. Yabancı Durum Deneyi çocuğun annesine bağlanmasının güvenli olup olmadığını gözlemlemek üzere tasarlanmış yedi bölümden oluşan bir deneydir. Deneyde anne ve çocuk bir odaya alındıktan sonra belirli bir sıra ile anne ve çocuğa yabancı olan bir çalışmacı odadan çıkar veya odaya geri dönerler. Böylece çocuğun odada annesiyle olduğu, annesi ve yabancıyla olduğu, yalnız yabancıyla olduğu veya tamamen yalnız kaldığı ortamlar yaratılır ve çocuğun bu farklı kombinasyonlara verdiği tepkiler değerlendirilir (6,78,79).

Ainsworth’un Yabancı Durum Deneyi’nden elde edilen verilere dayanılarak; güvenli (secure) bağlanma ve güvensiz (insecure) bağlanmanın alt tipleri olan

kaygılı/kararsız (anxious/ambivalent) ve kaygılı/kaçıngan (anxious/avoidant) bağlanma şeklinde üç kategori tanımlanmıştır. Güvenli bağlanan çocuklar bakım verenlerinin varlığından keyif alıyor, uzaklaşmalarından hoşlanmamakla birlikte bir süre tahammül edebiliyor, bakım verenleriyle birlikte bulundukları durumda bakım verenlerini “güvenli üs” (secure base) olarak kullanıp etrafı “araştırmacı davranışlar” gösterebiliyorlardı. Kaygılı/kararsız bağlanan çocuklar bakım verenleri ortamdan ayrıldığında yoğun bir kaygı ve kızgınlık yaşıyor, yabancı ile iletişimi reddediyor, anneyle yeniden birleşme sonrası kolaylıkla sakinleşemiyor ve keşif davranışlarını gösteremiyorlardı. Kaygılı/kaçıngan bağlanan çocuklara, bakım verenlerinin ihmalkar davrandığı ya da çocuğun yaklaşma isteklerini yineleyici olarak reddettiği gözlenmiştir. Kolay ulaşılabilir olmayan bakım verenin, çocuğun bağlanma gereksinimini bastırarak bağlanma nesnesinden kopmasına yol açtığı düşünülmüştür. Deney sırasında bu çocukların bakım verenlerinin uzaklaşmasına duyarsız kaldığı ya da çok huzursuz olmadığı, kavuşma sonrasında da bakım veren ile temas kurmaktan kaçındığı ve dikkatlerini çevreye odakladığı görülmüştür (6,78,79).

2.4.4. Yetişkin Bağlanma Stilleri ve Dörtlü Bağlanma Modeli

Bowlby’nin önerdiği kuram ve Ainsworth’un çalışmalarını takiben Hazan ve Shaver 1987’de, yetişkin romantik ilişkilerini inceleyen çalışmaları sonucu romantik aşkı bir bağlanma biçimi ve romantik partneri bir bağlanma objesi olarak tanımlamış ve bebeklikte gelişen bağlanma örüntülerinin yaşamın ilerleyen dönemlerindeki ilişkilerde de süregeldiğini ortaya koymuşlardır (80).

Hazan ve Shaver, bebeklerdeki ve yetişkinlerdeki bağlanmanın farklılıklarından da söz etmiştir. Çocuğun bağlanma figürü anne ya da birincil bakım veren iken, yetişkinde akran ya da sıklıkla romantik partnerdir. Çocuklukta bağlanma tek yönlü gelişir ve çocuk bakım alan konumundadır, yetişkinlikte ise karşılıklı gelişir ve bakım veren ve alan rolleri iç içe geçmiştir. En önemlisi ise yetişkin bağlanması olan romantik aşkta cinsel birliktelik vardır (80).

Bowlby’nin tanımladığı içsel çalışan modeller, birbirlerini tamamlayan benlik modeli ve öteki modellerinden oluşmaktadır ve bakım veren ile ilişkinin niteliğine göre bireyde olumlu veya olumsuz olarak temsil edilir. Bartholomew ve Horowitz 1991’de, Ainsworth’un çalışmalarını da temel alarak, Bowlby’nin tanımladığı benlik ve öteki

modellerinin olumlu veya olumsuz olduğu kombinasyonları ile oluşan dört farklı bağlanma biçimi tanımlamıştır (7,77).

Tablo 2: Bartholomew'in Dörtlü Bağlanma Modeli (7).

Dörtlü Bağlanma Modeli	Benlik Modeli Olumlu	Benlik Modeli Olumsuz
Öteki Modeli Olumlu	Güvenli (secure)	Saplantılı (preoccupied)
Öteki Modeli Olumsuz	Kayıtsız (dismissing)	Korkulu (fearful)

- **Güvenli bağlanma stili:** Olumlu benlik ve olumlu başkaları (teki) zihinsel temsilleri vardır. Güvenli bağlanan bireyler kendilerinin sevmeye değer, başkalarının ise güvenilir, ulaşılabilir ve iyi niyetli olduğu temsilini taşırlar. Böylece hem başkalarıyla kolaylıkla yakınlık kurabilir hem de yalnız kalma ile uygun şekilde başa çıkabilirler (7,81,82).

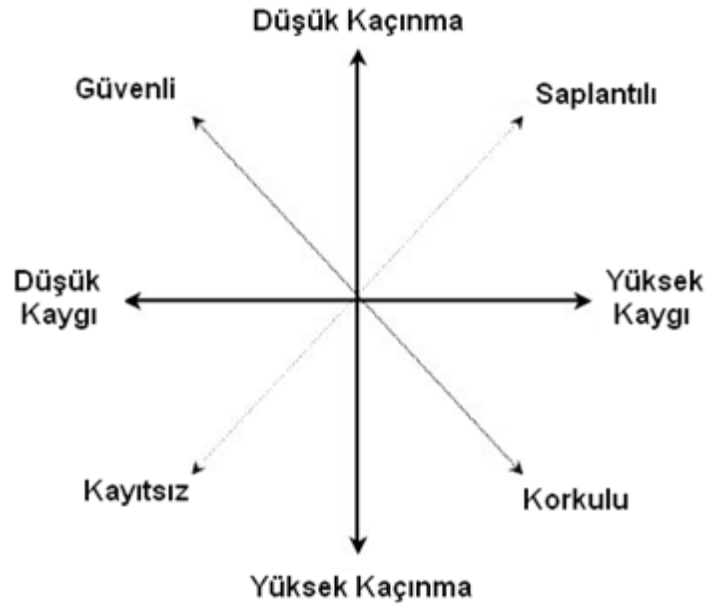
- **Saplantılı bağlanma stili:** Olumsuz benlik ve olumlu başkaları zihinsel temsilleri vardır. Saplantılı bağlanan bireylerin bebeklikteki bağlanma figürlerinin tutarsız ve duyarsız oldukları belirtilmektedir. Değerersizlik ve sevilmemeye duyguları taşırlar. Başkalarına ilişkin ise olumlu değerlendirmelere sahiptirler ve başkalarını sevip değer verebilirler. İlişkileri ile ilgili takıntılıdır, güçlü bir yakınlık ihtiyaı duyarlar ancak ilişkileriyle ilgili kaygıları ve reddedilme korkuları nedeniyle yakınlışmaktan kaçınabilirler (7,81,82).

- **Korkulu bağlanma stili:** Olumsuz benlik ve olumsuz başkaları zihinsel temsilleri vardır. Korkulu bağlanma biğimine sahip bireylerin bakım verenlerinin reddedici ve aşırı eleştirici olduğu gözlenmiştir. Kendilerini değerersiz ve sevmeye layık görmeyen bu kişiler başkalarını ise güvenilmez ve reddedici olarak dşnrlar. Reddedilme olasılığını engellemek için yakın ilişkilerden kaçınırlar (7,81,82).

- **Kayıtsız bağlanma stili:** Olumlu benlik ve olumsuz başkaları zihinsel temsilleri vardır. Kendine değer verme ve yüksek özsaygı ile birlikte başkalarına ilişkin olumsuz beklentiler görülür. Bu bireyler özerkliği tercih ederler ve başkalarına ihtiyaç duyma, yakın ilişkiler kurma gibi bağlanma gereksinimlerini savunmacı bir şekilde reddederler.

Bu kişiler stresli koşullarda, partnerlerinden destek aramaktansa psikolojik ve fiziksel olarak kendilerini geri çekme eğiliminde olabilirler (7,81,82).

Dörtlü Bağlanma Modeli'nden yola çıkan Brennan, Clark ve Shaver 1998'de yaptıkları analizler sonucunda dört kategoride tanımlanan yetişkin bağlanma davranışlarının, yakın ilişkilerde yaşanan kaygı ve kaçınma olmak üzere iki temel boyut ile daha iyi tanımlanabileceğini öne sürmüşlerdir (83,84). Kaygı boyutu; yakın ilişkilerde reddedilme ve terk edilmeye yönelik aşırı duyarlılıktan kaynaklanan bağlanma kaygısını, kaçınma boyutu; başkaları ile yakın olmaktan ve başkalarına bağımlı olmaktan duyulan rahatsızlığı ifade eder. Güvenli bağlanma düşük düzeyde kaygı ve kaçınma boyutu ile tanımlanırken, korkulu bağlanma her iki boyutun da yüksek düzeyleriyle tanımlanır. Saplantılı bağlanma yüksek kaygı ve düşük kaçınma ile tanımlanırken, kayıtsız bağlanma ise düşük kaygı ve yüksek kaçınma düzeyi ile tanımlanır (83,84). (Şekil 4)



Şekil 4: Kaygı ve kaçınma boyutlarına göre Dörtlü Bağlanma Modeli (83,84).

2.4.5. Bağlanma ve Cinsellik

Bağlanma, yaşamın erken dönemlerinde bakım veren ile ilişkinin niteliğine göre şekillenir ve oluşan bağlanma örüntüsü, bireyin yaşamı boyunca tüm yakın ilişkilerinde farklı şekillerde ifade edilerek kendini gösterir. Erişkinlerde, bağlanma özelliklerinin

ortaya çıktığı en önemli ilişki türü genellikle cinselliği de içeren romantik ilişkidir. Romantik partner ve aynı zamanda cinsel partner, bu bağlanmanın objesidir (80). Heiman'ın belirttiği gibi; "Her seks eylemi kendi ve ötekinin bedeninin ve zihninin araştırılmasıdır, eğer bağlanma ihtiyaçları doyurulmazsa, cinsel uyarılma riske atılacaktır." Heiman yalnızca uyarılmadan bahsetse de, bu argümanı diğer cinsel işlev alanlarına da uyarlamak mümkün görünmektedir (85,86). Dolayısıyla, yakın ilişkilerde ortaya çıkan bağlanma örüntülerinin de cinsel yakınlık sırasında ne ölçüde etkili olduğu ve cinsel tepkileri, cinsel işlevleri ne yönde etkilediği özellikle son yıllarda merak edilen ve çalışılan bir alan olmuştur (87).

Erişkin bağlanması ile çeşitli cinsel işlev alanlarının ilişkilerini ele alan çoğu kadınlar üzerine yapılmış 15 çalışmanın 2012'de yayınlanmış derlemesinde; hem kaygılı hem de kaçınan bağlanmanın, evlilik, flört, heteroseksüel ve eşcinsel ilişki türlerinin tümünde daha düşük cinsel doyumla ilişkili görüldüğü belirtilmiştir (87). Kadın cinselliği ve bağlanma üzerine yapılmış farklı çalışmalarda; kaygılı ve kaçınan bağlanma ile düşük cinsel uyarılma, ıslanma ve orgazm problemleri, cinsel ağrı deneyimi arasında anlamlı ilişkiler bildirilmiştir (88-91). Yaşları 18-35 arasında değişen heteroseksüel çiftlerin alındığı bir çalışmada; her iki cinsten de anksiyöz bağlanma, cinsel yaklaşmalardan kaçınma, partnerinin cinsellikten kaçındığı algısına sahip olma ve daha çok cinsel problem bildirme ile ilişkili bulunmuştur (92). Erkeklerde yapılmış kısıtlı sayıdaki çalışmalardan birinde; erektil disfonksiyonu olanlarda, güvensiz bağlanma sıklığının yüksek olduğu ve erken klinik başlangıç ve daha çok cinsel performans anksiyetesi görülmesi gibi klinik özelliklerle ilişkili olduğuna yönelik bulgular elde edilmiştir (18).

Dunkley ve ark.'nın 2015'te yayınlanmış 18-45 yaş aralığındaki 576 kadın ve 157 erkeği dahil ettikleri çalışmalarında kadınlarda kaçınan bağlanma tüm cinsel işlevler alanlarında bozulma ile ilişkili bulunurken; kaygılı bağlanma uyarılma, doyum ve orgazma ulaşmada güçlükler ile ilişkili bulunmuştur (13). Aynı çalışmada erkeklerde ise kaygılı bağlanma birçok cinsel işlev alanında bozulma ile ilişkili bulunurken, kaçınan bağlanma CİB ile korelasyon göstermemiş ve ereksiyon ve ejakülasyon kapasitesinde yeterlilik ile ilişkilendirilmiştir (13).

Stefanou ve McCabe'in 2012'de yayınladıkları derlemede de önerdikleri gibi erişkinlerde bağlanma ve cinsel işlevsellik alanında halen; erkeklerin cinsel işlevlerini

ele alan, farklı grupların temsil edildiği (yaş, etnik köken, cinsel yönelim ve ilişki durumu) ve farklı cinsel işlev değişkenlerini bütüncül olarak inceleyen daha çok araştırmaya ihtiyaç duyulduğu söylenebilir (87).

2.5. BEDEN ALGISI

2.5.1. Tanım

Beden algısı, diğer adıyla beden imajı veya beden imgesi, bireyin kendi fiziksel görünümüyle ilgili ne düşündüğü, nasıl hissettiği ve bununla ilgili tutumlarını ifade eden öznel, dinamik bir kavramdır. Başka bir ifadeyle beden algısı, kendi bedenimizin zihnimizde bize nasıl görüldüğüdür ve bu zihinsel temsil başkalarının değerlendirmesiyle uyumlu olmayabilir, hatta genellikle başkalarının algıladığından daha olumsuz olduğu ifade edilmektedir (61,93).

Beden parçalarının zihnimizdeki temsillerinin toplamından oluşan beden algısı, ‘ben’ temsilini oluşturur ve egonun şekillenmesinde temel bir öneme sahiptir (19). Beden algısı, çocuğun kendisini başkalarından ayırt etmeye başlaması ile oluşmaya başlar ve yaşam boyu çeşitli faktörlerle etkileşerek değişim gösterir. Birey yaşamın çok erken dönemlerinde fiziksel özelliklerin önemli olduğu görüşü ile karşılaşır ve bunu içselleştirir. Bebeklik ve çocukluk döneminde bakım verenin iyi bir bakım sağlaması, güven duygusunun gelişmesine, bu da iyi bir benlik ve beden algısı gelişimine katkı sağlayacaktır. Kendini fiziksel açıdan olumlu değerlendiren bireylerin, kişilerarası daha güvenli ilişkiler kurabildikleri, kendini beğenmeyen, kusurlu gören bireylerin ise yaşamlarının çeşitli dönemlerinde ya da sürekli olarak güvensizlik ve değersizlik duyguları yaşantıladıkları belirtilmektedir (20,21).

Beden algısı, kişinin yaşamı boyunca benlik saygısının ve ruhsal sağlığın önemli bir bileşenini oluşturur. Yapılan çalışmalarda, olumlu beden algısının yüksek kendilik değeri ile ilişkili olduğu ve depresyon, anksiyete, yeme bozukluğu gibi ruhsal hastalıklardan koruyucu bir faktör olduğu öne sürülmüştür (94,95). Ayrıca olumlu beden algısının, yakın ilişkilerde ve cinsel yakınlık kurmada rahatlık ve cinsellikte kendine güven ile ilişkili olduğu da ifade edilmektedir (61).

2.5.2. Beden Algısını Etkileyen Faktörler

Günümüzde beden algısıyla ilgili memnuniyetsizliklerin en önemli sebebi ulaşılması imkansız olan sosyal ve kültürel ideallerdir. Beden algısı şekillenmekte olan bireyler, kültürün ve medyanın sunduğu ideal beden tanımının etkisinde kalır. Beğeni kazanan bir vücudun nasıl olması gerektiği hakkındaki kalıp yargılar bireyin de zihninde “ideal beden algısı” oluşmasına yol açar. Bu oluşan “ideal beden algısı” bireyin kendi görünümü ile uyuşmuyor ise bireyin kendine ait beden algısı olumsuz yönde gelişebilmektedir (96-98).

Kişilerarası ilişkiler de beden algısı gelişiminde rol oynamaktadır. Bebeklikte ve çocuklukta ailesi tarafından sevildiğini, kabul gördüğünü gören çocuğun, benlik saygısı ve beden algısı olumlu yönde etkilenecektir. Ergenlik döneminde beden algısı daha çok akranlardan etkilenirken, erişkinlikte ise daha çok partnerlerden etkilendiği belirtilmektedir (98,99).

Yapılan çalışmalar vücut ağırlığının, beden algısının en güçlü yordayıcısı olduğunu öne sürmektedir. Ayrıca yaş ve cinsiyetin de beden algısını etkileyen faktörler olduğu gösterilmiştir. 7-8 yaş aralığı, sosyal karşılaştırmaların sıkça yapıldığı ve çocuğun kendi ile ilgili farkındalıklarının arttığı bir dönemdir. Bu yaş aralığında bedensel memnuniyetsizliklerin arttığı belirtilmektedir. Ergenlik de her iki cinsiyet için de hızlı bedensel değişikliklerin olduğu, akranlarla sosyal ilişkilerin geliştiği bir dönemdir. Erkeklerde maskülen özelliklerin gelişmesi ile bedensel memnuniyetin olumlu yönde etkilendiği gözlenirken, kızlarda ideal beden tanımı, vücut ağırlığı karşılaştırmaları gibi nedenlerle olumsuz yönde olabilmektedir (98,99). Çalışmalar kadınlarda, yaşlanmanın getirdiği bedensel değişiklikler ile birlikte bedensel memnuniyetsizliğin arttığını öne sürmektedir (100).

Kadınların erkeklere oranla daha fazla bedensel memnuniyetsizlik bildirdiği belirtilmektedir. Kadın bedeni, erkek bedenine göre toplum tarafından daha fazla irdelenmektedir; bu da kadının özellikle partnerine nasıl görüldüğüyle ilgili farkındalığını artırmaktadır. Buna ek olarak, erkekler de partnerlerinin fiziksel çekiciliklerine kadınlara oranla daha fazla önem vermektedirler. Bu faktörler sonucunda kadınlar, bilişsel ve davranışsal olarak fiziksel görünümüne erkeklere oranla daha

fazla yatırım yapmakta, ideal ve gerçek vücutları arasında daha fazla olumsuz karşılaştırmalar deneyimlemektedirler (93,101,102).

Beden algısı olağan yaşam döngüsündeki büyüme, hamilelik, yaşlanma gibi değişikliklerden etkilenmenin yanı sıra, hastalık, ameliyat, yaralanma gibi travmatik durumlardan da etkilenmektedir. Özellikle amputasyon, histerektomi, mastektomi, ostomi gibi kalıcı değişikliğe yol açan ameliyatların beden algısını etkilediğini gösteren çok sayıda çalışma vardır. Anoreksiya nervoza, bulimiya nervoza, şizofreni, depresyon gibi psikiyatrik hastalıklar da beden algısında bozulmaların görüldüğü hastalıklardandır (103).

2.5.3. Beden Algısı ve Cinsellik

Beden algısı diğer adıyla beden imajı, kişinin kendi beden estetiğini ve cinsel çekiciliğini algılayışını içeren bir kavramdır. Dolayısıyla fiziksel görünüş ile ilgili bilişlerin, cinsel yaşantının bir parçası olması kaçınılmazdır (104).

Master ve Johnson'ın öne sürdüğü; bedeninin olumsuz yönlerine odaklanma ve cinsel deneyim sırasında kendini izlemenin, cinsel işlevleri olumsuz etkilediği düşüncesi mevcut bilimsel verilerle desteklenmektedir. Faith ve Schare 1993'te her iki cinsi ele aldıkları araştırmalarında, vücutlarını daha negatif algılayan erkek ve kadınların cinsellikten kaçınma eğilimleri olduğunu öne sürmüşlerdir (105). Wiederman 2010'da yayınladığı bir çalışmada, kadınlarda cinsel işlev bozukluğunun, fiziksel yakınlık sırasında beden algısı ile ilgili farkındalık ve bedensel bilişlere odaklanma ile ilişkili olduğunu belirtmiştir (25).

Bugüne kadar beden imajı üzerine yapılmış çalışmalar cinsellik ile kişinin kendi bedenini algılayışı arasında ilişki olduğunu göstermektedir. Bu çalışmalar daha çok kadın cinselliği üzerine yapılmıştır. Beden algısı ile kadın cinselliğinin tutumsal ve duygusal bileşenlerinin ilişkisini araştıran çeşitli çalışmalarda; pozitif beden imajı uyarılma, orgazm ve doyumlu bir cinsel yaşamla ilişkili bulunurken, vücutları hakkında daha olumsuz düşünen kadınların cinsel istek ve uyarılma seviyeleri daha düşük, cinselliği başlatma sıklığı daha az ve cinsel kaçınma davranışları daha sık bulunmuş ve azalmış cinsel zevk, orgazm ve tatmin deneyimledikleri bildirilmiştir (104-108).

Mastektomi ve kalıcı ostomi operasyonları gibi vücut görüntüsünde kalıcı değişikliklere yol açan durumların beden algısında bozulmaya yol açarak, cinsellik ve cinsel işlevler üzerine doğrudan etkileri olabileceğini gösteren çalışmalar da literatürde giderek artmaktadır (24,109). Türkiye’ de yapılmış bir çalışmada, kalıcı ostomi ameliyatının beden algısında bozulmaya yol açtığı ve beden algısı düşük olan hastaların, cinsel olarak daha sık kaçınma ve dokunma sorunu yaşadığı bildirilmiştir (24).

2.5.4. Beden Algısı ve Bağlanma

‘Ben’ temsiliinin bir parçası olan ve egonun şekillenmesinde de rol oynayan beden imajı, küçük yaşlardan itibaren biyolojik, psikososyal ve sosyokültürel birçok faktörden etkilenerek şekillenen dinamik bir kavramdır. Çocuklukta beden imajı, kişilerarası ilişkilerde en çok ebeveynlerden, erişkinlikte ise eşten etkilenir. Bağlanma kuramına göre çocuğun bağlanma objesi birincil bakım vereni iken, erişkinin ise romantik partneridir. Dolayısıyla bağlanma objesiyle olan ilişki örüntülerini tanımlayan bağlanma stilleri de beden imajı kavramı ile etkileşimi olduğu varsayımı ile üzerinde çalışılabilecek bir alandır (80,97).

Beden imajı ve bağlanma ilişkisi bugüne kadar daha çok obezite ve yeme bozukluğu tanıları ekseninde çalışılmış ve tartışılmıştır. Koskina ve Giovazolias’ın olumsuz beden imajının, yeme bozukluğu geliştirmede güvensiz bağlanma stilleri açısından etkilerini araştırdıkları çalışmalarında her iki cinste bağlanmanın kaygı boyutunun, bedeninden memnuniyetsizlik ile pozitif ilişkili olduğu, bağlanmanın kaçınma boyutunun ise yeme davranışları ile ilişkili olduğu ileri sürülmüştür (23). Kutlu’nun beden imajı gelişiminde ebeveyne bağlanmanın rolünü incelediği çalışmada ise obezite tanısı olan bireylerde patolojik bağlanma örüntülerine daha çok rastlandığı ve bu bireylerin beden algılarının da daha düşük olduğu öne sürülmüştür (110).

Sandoval’ın kadınlarda olumlu beden imajının yordayıcıları olarak güvenli bağlanma stili, kendine güven ve iyimserlik parametrelerini incelediği çalışmasında güvenli bağlanma stilinin, beden imajının en önemli yordayıcısı olduğu düşünülmüştür (22). Uras ve ark. tarafından yapılan beden imajı ve bağlanma stillerini ele alan çalışmada güvenli bağlanma stiline sahip grubun bedensel memnuniyetlerinin, korkulu ve saplantılı bağlanma stiline sahip gruptan daha yüksek olduğu gözlenmiş, kayıtsız bağlanma stiline sahip grupta ise anlamlı bir fark gözlenmemiştir (21). Cheng ve

Mallinckrodt'un kadınlarda yaptığı çalışmada; kaygılı bağlanma ile medyanın etkilerini içselleştirme ve beden imajından memnuniyetsizlik arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu öne sürülmüştür (111). Arslangiray'ın niversite ğrencilerinde beden imajı ve bağlanma stilleri ilişkisini ele aldığı çalışmasında ise; bağlanmanın kaygı boyutu azaldıkça beden imajı puanlarının arttığı bulunmuş ve kaygı boyutunun artışı ile bireyin olumsuz duygularının artarak beden imajının zedelendiği şeklinde yorumlanmıştır.



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ÇALIŞMA EVRENİ

Çalışma evreni; Prof. Dr. Mazhar Osman Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi ayaktan tedavi ünitesine başvuran 18-65 yaş arası, en az ilkokul mezunu, en az 6 aydır düzenli cinsel eşe sahip, DSM-5'e göre psikotik bozukluk tanısı olmayan, son iki haftadır cinsel işlev bozukluğuna yol açtığı bilinen ilaç kullanımı olmayan hastalardan oluşmaktadır.

3.2. ÖRNEKLEM SEÇİMİ

Çalışmaya 115 kadın ve 98 erkek olgu dahil edilmiştir. Çalışmaya dahil edilen olgular, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi ayaktan tedavi ünitesine Haziran 2016 - Ağustos 2016 tarihleri arasında başvurmuş 18-65 yaş arası, en az ilkokul mezunu, en az 6 aydır düzenli cinsel eşe sahip, DSM-5'e göre psikotik bozukluk tanısı olmayan, son iki haftadır cinsel işlev bozukluğuna yol açtığı bilinen ilaç kullanımı olmayan, araştırma ile ilgili bilgilendirildikten sonra çalışmaya katılmak için onayı alınmış olan başvuru sırasına göre ardışık kadın ve erkek olgulardan oluşmaktadır. Çalışma ile ilgili Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulu'ndan 03.05.2016 tarih ve 548 karar numarası ile onay alınmıştır.

3.3. İÇLEME KRİTERLERİ

- 18-65 yaş arasında olmak
- İletişimi sağlayacak ölçüde yeterli mental kapasiteye sahip olmak
- En az ilkokul mezunu olmak
- Araştırma hakkında bilgilendirildikten sonra çalışmaya katılmaya onay vermiş olmak
- Heteroseksüel cinsel eşe sahip olmak (en az 6 aydır düzenli)

3.4. DIŞLAMA KRİTERLERİ

- Psikotik bozukluk spektrumuna ait tanıların varlığı
- Hamilton Depresyon ölçeğine göre 16 ve üzeri puan almış olmak
- Kardiyovasküler, renal, ürolojik, hepatik, pulmoner, genetik, endokrin ve nörolojik hastalıklar ile nutrisyonel bozukluklar, entoksikasyonlar, operasyonlar ve diğer organik bozukluklar gibi cinsel yaşamı olumsuz etkilediği bilinen tıbbi durum varlığı
- Zeka geriliği olan hastalar
- Belirgin alkol ya da psikoaktif madde kötüye kullanımı ve bağımlılığının varlığı
- Hamilelik, emzirme veya menopoz dönemi içerisindeki kadın hastalar
- Son 2 hafta içerisinde cinsel işlevleri etkilediği bilinen herhangi bir ilaç kullanımı

3.5. VERİ TOPLAMA VE DEĞERLENDİRME GEREÇLERİ

1. Sosyodemografik Veri Formu: Çalışmanın araştırmacıları tarafından katılımcıların çalışmaya dahil edilme ve dışlanma ölçütlerine uygunluğunu belirlemek, sosyodemografik özelliklerini saptamak ve cinsel öyküleri hakkında veri toplamak amacıyla oluşturulmuştur. Form; yaş, öğrenim düzeyi, medeni hal, evlilik süresi, çalışma durumu gibi sosyodemografik bilgiler; ilk cinsel bilgilerin edinildiği yaş, cinsel birleşme varlığı, ilk birleşmenin gerçekleştiği yaş, mastürbasyon varlığı, ilk mastürbasyon yaşı, mevcut mastürbasyon sıklığı, mevcut cinsel partneri, sevişme sıklığı, katılım düzeyi, cinsellik ile ilgili memnuniyet, cinsel yakınma varlığı gibi cinsel yaşam özellikleri hakkında bilgi edinilmesini amaçlayan sorulardan oluşmaktadır.

2. DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme / The Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-1): Klinisyen tarafından uygulanan ve DSM IV kriterlerine göre eksen I bozukluklarının sorgulandığı bu ölçek Spitzer ve ark. tarafından geliştirilmiştir (113). SCID-1 Türkçe

versiyonunun geçerlik ve güvenirlik çalışması Çorapçioğlu ve ark. tarafından yapılmıştır (114). Çalışmamızda psikotik bozukluk spektrumuna ait tanısı olan hastaları dışlamak amacıyla uygulanmıştır.

3. Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği (GRCDÖ): Cinsel ilişkinin niteliğini ve cinsel işlevleri değerlendirmeye yönelik bir ölçüm aracıdır. Rust ve Golombok tarafından geliştirilmiş ve Türkçe geçerlilik ve güvenirliği Tuğrul ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (115,116). Kadın ve erkek için ayrı formlar vardır ve her biri 28 sorudan oluşur. Kadın ve erkek formunda sıklık, iletişim, doyum, kaçınma ve dokunma alt boyutları ortaktır. Ayrıca kadın formunda vajinismus ve anorgazmi, erkek formunda ise erken boşalma ve erektil disfonksiyon alt boyutları vardır. Ölçekte 2, 4, 5, 8, 9, 10, 11, 15, 16, 17, 19, 21, 22, 25, 26, 27 ve 28. maddeler ters çevrilerek puanlanmaktadır. Ham puanlar daha sonra 1 ile 9 arasında değişen standart puanlara dönüştürülmekte, kadın ve erkekler için ayrı ayrı ya da çiftler için ortak profil çizilebilmektedir. GRCDÖ’de sağlıklı sağlıksız ayrımını belirleyen klinik düzey puanı 5 olarak belirlenmiştir. 5 ve üzerindeki standart puanlar, o alt boyutta soruna işaret eder. Ölçeğin değerlendirilmesinde hem toplam hem alt boyutlardan elde edilen puanlar kullanılabilir. Bazı alt boyut puanlarından tanı koyabilmek için de yararlanılabilmektedir. Yüksek puanlar cinsel işlevsellikte ve ilişkinin niteliğinde bozulmalara işaret eder. Ölçeğin alt boyut değerlendirmelerinde yüksek puanlar alınması o boyuttaki cinsel sorunu ifade eder (116).

4. Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği (HAM-D): Depresif belirtileri olan kişilere klinisyen tarafından uygulanan, depresyonun şiddetini ölçmeye yönelik bir testtir. Hamilton tarafından 1960'ta geliştirilmiştir ve hala depresyon derecesini ölçmek için en yaygın olarak kullanılan ölçektir (117,118). Son bir hafta içerisinde hastanın yaşantıladığı depresyon semptomlarını sorgulayan 17 maddeden oluşur. Ölçeğin uykuya dalma güçlüğü, gece yarısı uyanma, sabah erken uyanma, somatik semptomlar, genital semptomlar, zayıflama ve içgörü ile ilgili maddeleri 0-2, diğer maddeleri 0-4 arasında puanlanır. En yüksek 53 puan alınır. 0-7 puan depresyon olmadığını, 8-15 puan arası hafif derecede depresyonu, 16-28 arası orta derecede depresyonu, 29 ve üzeri ağır derecede depresyonu işaret eder (118). Ölçeğin geçerlilik ve güvenirlik çalışması Akdemir ve ark. (1996) tarafından yapılmıştır (119).

Çalışmamızda ölçekten 16 ve üzeri puan alan katılımcıların dışlanması amacıyla uygulanmıştır.

5. Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HAM-A): Anksiyete düzeyini ve belirti dağılımını belirlemek, anksiyete şiddetini ölçmek için 1959 yılında Hamilton tarafından geliştirilmiştir. 1998 yılında ölçeğin Türkçe formunun geçerlilik ve güvenirliliği yapılmıştır (120). Çalışmamızda anksiyete değişkeninin cinsel işlev bozukluğu üzerindeki etkisinin kontrollü ele alınması amacıyla uygulanmıştır.

6. Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri-II (YİYE-II): Yetişkin romantik ilişkilerindeki bağlanmanın boyutlarını ölçmek için kullanılan Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri (YİYE) Brennan, Clark ve Shaver tarafından geliştirilmiştir. Ölçek, kişilerin romantik ilişkilerinde partnerleri hakkında sahip oldukları zihinsel modelleri tespit etmeyi amaçlamaktadır (83). Daha sonra Fraley, Waller ve Brennan, ölçekte kullanılan maddelerle yaptıkları yeni analiz sonucuna göre en yüksek ayırt etme gücüne sahip on sekiz kaygı ve on sekiz kaçınma maddesini seçerek YİYE 'ye göre daha yüksek ölçüm duyarlılığına sahip olan YİYE-II'yi geliştirmişlerdir (121). YİYE-II'nin, Türkçe formu için geçerlik ve güvenirlik çalışması Selçuk ve ark. tarafından yapılmıştır (122). Maddeler, bağlanmanın iki boyutunu (kaygı ve kaçınma) ölçmeye yönelik oluşturulmuştur. Her bir alt boyut için 18 madde bulunmakta, toplamda 36 maddeden oluşmaktadır. Katılımcılar ölçekteki her bir maddeyi 7'li likert tipi ölçek üzerinden (1= hiç katılmıyorum, 7=tamamen katılıyorum) değerlendirmektedir. Ölçekte bazı maddeler ters kodlanmaktadır. Sonuçta iki farklı toplam puan elde edilmektedir. İki alt boyuttan da alınan puanlar 18 ile 126 arasında değişmektedir. İncelemeler sonucunda iki boyutlu faktör yapısının korunduğu gözlenmiştir. Ölçeğin iç tutarlık değeri, kaçınma için cronbach alfa katsayısı .90 ; kaygı için cronbach alfa katsayısı .86 olarak bulunmuştur. Ayrıca ölçeğin, yüksek test-tekrar test güvenirliği kaçınma için .81, kaygı için .82 olarak belirtilmektedir (123).

7. Beden Algısı Ölçeği/Beden İmajı Ölçeği (BAÖ): 1953'te Secord ve Jourard tarafından geliştirilmiş olan BAÖ, kişilerin bedenlerindeki çeşitli kısımlardan ve çeşitli beden işlevlerinden hoşnutsuzluk düzeyini ölçmeyi amaçlamaktadır (124). Ölçekte 40 madde yer almakta olup, her bir madde bir organ veya bedenin bir parçası ya da bir işlevi ile ilgili beğeni düzeyini sorgulamaktadır. Her bir madde için 1'den 5'e kadar puanlanmış olan "Hiç beğenmiyorum", "Pek Beğenmiyorum", "Kararsızım",

“Oldukça beğeniyorum” ve “Çok beğeniyorum” yanıt seçenekleri bulunmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 40, en yüksek puan 200 olup yüksek puanlar olumlu değerlendirmedeki artışı yansıtmaktadır. Ölçeğin kesme puanı 135 olarak belirlenmiş olup, 135 altında puan alanlar düşük beden imajına sahip olarak değerlendirilmektedir. Ülkemizdeki Türkçe formu uyarlaması ve geçerlilik çalışmaları Hovardaoğlu tarafından yapılmıştır (125). Üniversite öğrencileri arasında yapılan bir çalışmada testin Türkçe formunun yarıya bölme güvenirliği .75, madde korelasyonları .45 ile .89 arasında ve Cronbach Alpha katsayısı .91 olarak belirlenmiştir (126).

3.6. İŞLEM

Araştırmamıza Prof. Dr. Mazhar Osman Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi ayaktan tedavi ünitesine Haziran 2016 - Ağustos 2016 tarihleri arasında başvurmuş, dahil edilme ve dışlama ölçütlerine uyan başvuru sırasına göre ardışık kadın ve erkek olgular alındı.

Çalışmaya katılan tüm hastaların çalışmanın amacı hakkında bilgi veren bilgilendirilmiş onam formu ile onayları alındıktan sonra görüşmeciyile beraber sosyodemografik veri formu dolduruldu, SCID-1, HAM-D ve HAM-A uygulandı.

Ardından hastalara GRCDÖ, YİYE-II, BAÖ verilerek kendilerine uyan seçenekleri işaretleyerek doldurmaları istendi.

3.7. ARAŞTIRMANIN İSTATİSTİĞİ

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS 16 for Windows kullanılmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodlar (ortalama, standart sapma, frekans) kullanıldı. YİYE-II kullanılarak bağlanma biçimlerinin belirlenmesinde kümeleme analizi kullanıldı.

Parametrik varsayımların karşılandığı değişkenlerin iki grup arası karşılaştırmalarında Student t test, karşılamayan değişkenlerin iki grup arası karşılaştırmalarında Mann Whitney U test kullanıldı. Bağımsız değişkenin sadece cinsiyet ya da bağlanma biçimi olduğu karşılaştırmalarda tek yönlü ANOVA, bağımlı değişkenin birden çok olması durumunda tek yönlü MANOVA, Cinsiyet ve bağlanma

türüne göre karşılaştırmalarda normal dağılımın sağlandığı değişkenlerden iki yönlü ANOVA, bağımlı değişkenin birden çok olması durumunda iki yönlü MANOVA, farkın hangi gruplardan kaynaklandığının tespitinde Post-Hoc test olarak varyans homojenliğinin sağlandığı değişkenlerde Bonferroni, varyans homojenliğinin sağlanmadığı değişkenlerde ise Games-Howell testleri kullanıldı. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Ki-Kare testi, beklenen frekansların karşılanmaması durumunda Yates Düzeltmesi testi kullanıldı.

Çalışmada nitel ve nicel ilişkilerin karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren verilerde Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı, normal dağılmayan verilerin karşılaştırılmasında ise Spearman's rho kullanılmıştır. HAM-D puanları, HAM-A puanları, medeni durum ve yaşın kontrol edildiği durumlarda ilişkilerin belirlenmesinde kısmi korelasyon ve hiyerarşik lineer regresyon analizi kullanılmıştır. Tüm analizlerin sonuçları anlamlılık $p < 0.05$ ve $p < 0.01$ düzeyinde değerlendirildi.

4. BULGULAR

Tablo 3:Kadın ve Erkek Katılımcıların Sosyodemografik Verilerinin Karşılaştırılması

N=213		Kadın (n=115)	Erkek (n=98)		
		Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)	t/U	p
^t Yaş		33.86±7.76(33)	35.86±8.25(34)	-1.818	0.070
^M Çocuk Sayısı		1.93±1.07(2)	1.94±0.81(2)	2418	0.550
		N(%)	N(%)	χ^2	p
Medeni Durum	Bekar	14(12.2)	5(5.1)	3.257	0.071
	Evli	101(87.8)	93(94.9)		
İlişki Süresi	6ay-11ay	12(11.9)	9(9.7)	4.178	0.524
	1-2 Yıl	16(15.8)	21(22.6)		
	3-4 Yıl	7(6.9)	12(12.9)		
	5-9 Yıl	22(21.8)	18(19.4)		
	10-19 Yıl	25(24.8)	20(21.5)		
	>=20 Yıl	19(18.8)	13(14.0)		
Çocuk Durumu	Var	73(63.5)	68(70.1)	1.037	0.309
	Yok	42(46.5)	29(29.9)		
⁺ Büyüme Yeri	Şehir Merkezi	80(69.6)	52(53.1)	6.794	0.053
	İlçe	22(19.1)	28(28.6)		
	Kasaba	0(0.0)	1(1.0)		
	Köy	13(11.3)	17(17.3)		
⁺ Halen Yaşadığı Yer	Şehir Merkezi	112(97.4)	92(93.9)	0.863	0.353
	İlçe	3(2.6)	6(6.1)		
Öğrenim düzeyi	İlkokul	35(30.4)	24(24.5)	2.991	0.393
	Ortaokul	14(12.2)	17(17.3)		
	Lise	29(25.2)	31(31.6)		
	Üniversite ve Üstü	37(32.2)	26(26.5)		
Çalışma Durumu	Çalışmıyor	65(56.5)	8(8.2)	62.102	<0.01 **
	Düzenli	39(33.9)	85(86.7)		
	Part Time	5(4.3)	2(2.0)		
	Emekli	3(2.6)	2(2.0)		
	Öğrenci	3(2.6)	1(1.0)		

^t Student t Test, ^MMann-Whitney U test Ki Kare Testi, ⁺Fischer Exact Ki Kare **p<0.01

Kadın katılımcılarda çalışmayanların oranı erkek katılımcılardan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir (p<0.01). Diğer değişkenler açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır (p>0.05). (Tablo 3)

Tablo 4: Kadın ve Erkek Katılımcıların Tıbbi Özelliklerinin Karşılaştırılması

		Kadın (n=115)	Erkek (n=98)	χ^2	p
		N(%)	N(%)		
Psikiyatrik Öykü	Var	33(28.7)	17(17.3)	3.188	0.074
	Yok	82(71.3)	81(82.7)		
Takip Tanısı	Depresif Boz.	51(44.3)	13(13.3)	33.290	<0.01**
	Anksiyete Boz.	15(13.0)	17(17.3)		
	Panik Boz.	4(3.5)	7(7.1)		
	Konversiy on Boz.	5(4.3)	1(1.0)		
	Somatofor m Boz.	4(3.5)	4(4.1)		
	OKB	0(0.0)	3(3.1)		
	CİB	14(12.2)	13(13.3)		
	Diğer***	22(19.1)	40(40.8)		

*Student t Test, ^zMann-Whitney U test, ⁺Fischer Exact test, Ki kare test, **p<0.01, ***Distimi, TSSB, Özgül fobiler, Yeme Bozuklukları, İdari Amaçlı Muayeneler, Danışma Amaçlı Muayeneler, vb.)

Kadın katılımcılarda depresif bozukluk tanısı ile takip edilenlerin oranı erkek katılımcılardan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir (p<0.01). Tıbbi özelliklere dair diğer değişkenler açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır (p>0.05). (Tablo 4)

Tablo 5: Kadın ve Erkek Katılımcıların Cinsel Bilgilenme ve Mastürbasyona Dair Özelliklerinin Karşılaştırılması

		Kadın (n=115)	Erkek (n=98)		
N=213		Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)	U	p
^M Cinsel Bilgilenme Yaşı		16.43±3.76 (15)	14.76±2.60 (14)	3815	<0.01**
^M İlk Mastürbasyon Yaşı		16.10±4.52 (16)	14.78±2.09 (15)	1882	<0.01**
		N(%)	N(%)	χ^2	p
Düzenli Adet	Var	115(100.0)	-	-	-
Cinsel Bilgi Kaynağı	Aile	20(17.4)	4(4.1)	42.958	<0.01**
	Arkadaşlar	50(43.5)	76(77.6)		
	Medya	10(8.7)	5(5.1)		
	İnternet	6(5.2)	4(4.1)		
	Okul	12(10.4)	2(2.0)		
	Eş	15(13.0)	0(0.0)		
	Sağlık Hizmeti	1(0.9)	1(1.0)		
	Diğer	1(0.9)	4(4.1)		
	Yok	0(0.0)	2(2.0)		
Mastürbasyon	Var	54(47.0)	96(98.0)	66.078	<0.01**
	Yok	61(53.0)	2(2.0)		
Mastürbasyon Sıklığı	Yok	63(54.8)	11(11.2)	60.948	<0.01**
	Haftada ≥ 1	8(7.0)	34(34.7)		
	2Haftada 1	9(7.8)	6(6.1)		
	Ayda 1	16(13.9)	15(15.3)		
	2-3 Ayda1	7(6.1)	3(3.1)		
	Evlilik Sonrası Yok	12(10.4)	29(29.6)		
Mastürbasyona Karşı Tutumu	Doğal	67(58.3)	72(73.5)	9.420	0.051
	Gereksiz	33(28.7)	13(13.3)		
	Günah	8(7.0)	10(10.2)		
	Zararlı	2(1.7)	1(1.0)		
	Diğer	5(4.3)	2(2.0)		

^zMann-Whitney U test, ^KKi kare test, ^{YD}Yates Düzeltmeli Ki Kare **p<0.01

Kadın ve erkek hastaların cinselliğe ilişkin bilgi ve tutumlarına dair özellikler karşılaştırılmıştır. Kadın hastalarda cinsel bilgilenme ve ilk mastürbasyon yaşı erkek katılımcılardan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir ($p<0.01$). Kadın ve erkek katılımcılar açısından cinsel bilgi kaynağı açısından istatistiksel olarak anlamlı derecede fark vardır ($p<0.01$). Kadın hastalarda cinsel bilgi kaynağı arkadaşlar, aile ve eş iken, erkek hastalarda arkadaşlar olduğu söylenebilir. Erkek hastalarda mastürbasyon yapanların oranı kadın hastalardan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksekken ($p<0.01$), buna paralel olarak yine erkek katılımcılarda mastürbasyon sıklığı da yüksektir ($p<0.01$). (Tablo 5)



Tablo 6: Kadın ve Erkek Katılımcıların Cinsel Yaşantılarına Dair Özelliklerin Karşılaştırılması

		Kadın (n=115)	Erkek (n=98)		
N=213		Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)	U	p
^M İlk Cinsel Birleşme Yaşı		21.79±3.93 (21)	19.62±3.52 (19)	3472	<0.01**
		N(%)	N(%)	χ^2	p
^{YD} Cinsel Birleşme	Var	104(90.4)	94(95.9)	1.665	0.197
	Yok	11(9.6)	4(4.1)		
^{YD} Cinsel Partneri	Eşi	101(87.8)	92(93.9)	1.622	0.203
	Arkadaşı	14(12.2)	6(6.1)		
Sevişme Sıklığı	Hiç	0(0.0)	1(1.0)	6.728	0.242
	Ayda1	12(10.4)	7(7.1)		
	2Haftada 1	21(18.3)	9(9.2)		
	Haftada≥1	70(60.9)	73(74.5)		
	Hergün≥1	10(8.7)	7(7.1)		
	Diğer	2(1.7)	1(1.0)		
Cinsel İlişki Başlatma Sıklığı	Hiç	29(25.2)	1(1.0)	54.499	<0.01**
	%25	25(21.7)	6(6.1)		
	%50	39(33.9)	33(33.7)		
	%75	15(13.0)	31(31.6)		
	%100	7(6.1)	27(27.6)		
Cinsel İlişki Katılım Düzeyi	Hiç	4(3.5)	1(1.0)	28.132	<0.01**
	%25	20(17.4)	3(3.1)		
	%50	19(16.5)	5(5.1)		
	%75	22(19.1)	14(14.3)		
	%100	50(43.5)	75(76.5)		
Cinselliğinden	Memnun	78(67.8)	61(62.2)	0.727	0.394
	Memnun Değil	37(32.2)	37(37.8)		

^zMann-Whitney U test, ^{Ki}Ki kare test, ^{YD}Yates Düzeltmeli Ki Kare **p<0.01

Kadın ve erkek hastaların cinsel yaşantılarına dair özellikler karşılaştırılmıştır. Kadın hastalarda ilk cinsel birleşme yaşı erkek hastalardan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir (p<0.01). Erkek hastaların cinsel ilişki başlatma sıklığı ve cinsel

ilişkiye katılım düzeyi kadın hastalardan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir (p<0.01) (Tablo 6)

Tablo 7: Kadın ve Erkek Katılımcıların Cinsel Yakınmalarına Dair Özelliklerin Karşılaştırılması

		Kadın (n=115)	Erkek (n=98)	χ^2	p
		N(%)	N(%)		
Cinsel Yakınma	Var	62(53.9)	55(56.1)	0.104	0.747
	Yok	53(46.1)	43(43.9)		
Kadın Cinsel Yakınma Türü (N:63)	İsteksizlik	18(29.0)	-	-	-
	Uyarılma/İsyanma	6(9.7)	-		
	Anorgazmi	15(24.2)	-		
	Vajinismus	11(17.7)	-		
	İsteksizlik ve İsyanma Sorunu	1(1.6)	-		
	İsteksizlik ve Anorgazmi	6(9.7)	-		
	İsyanma Sorunu ve Anorgazmi	2(3.2)	-		
	İsyanma Sorunu ve Vajinismus	2(3.2)	-		
	Anorgazmi ve Vajinismus	1(1.6)	-		
	İsteksizlik	-	17(12.7)		
Erkek Cinsel Yakınma Türü (N:55)	Sertleşme Boz.	-	5(9.1)	-	-
	Erken Bosalma	-	29(52.7)		
	Gec Bosalma	-	2(3.6)		
	İsteksizlik ve Sertleşme Boz.	-	3(5.5)		
	İsteksizlik ve Erken Bosalma	-	1(1.8)		
	Sertleşme Boz. ve Erken Bosalma	-	7(12.7)		
	Diğer	-	1(1.8)		

⁺Student t Test, ²Mann-Whitney U test,, Ki kare test, **p<0.01, *p<0.05

Kadın ve erkek hastaların cinsel yakınması bulunanların oranı istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir. (Tablo 7)

Tablo 8: Kadın Katılımcıların GRCDÖ Puanlarının Dağılımı

N=115	Min-Max	Ort±SS (Medyan)
GRCDÖ		
Sıklık	0-8	4.69±1.98(5)
İletişim	0-8	3.67±2.36(4)
Doyum	0-16	5.93±4.05(5)
Kaçınma	0-16	4.75±3.57(4)
Dokunma	0-16	4.95±3.98(4)
Vajinismus	0-16	6.51±3.86(5)
Anorgazmi	0-16	6.72±3.90(7)
Toplam	7-102	43.10±19.02(41)

Kadın hastaların GRCDÖ toplam puanları 7-102 arasında değişerek, ortalama 43.10±19.02'dir. (Tablo 8)

Tablo 9: Erkek Katılımcıların GRCDÖ Puanlarının Dağılımı

N=98	Min-Max	Ort±SS (Medyan)
GRCDÖ		
Empotans	0-16	4.08±3.15(4)
Erken Boşalma	0-16	5.74±3.83(6)
Dokunma	0-9	2.24±2.23(2)
Kaçınma	0-10	2.56±2.49(2)
Doyum	0-14	5.95±3.33(5)
Sıklık	0-8	3.60±1.97(4)
İletişim	0-8	2.81±2.21(3)
Toplam	3-66	30.25±13.51(30)

Erkek hastaların GRCDÖ toplam puanları 3-66 arasında değişerek, ortalama 30.25±13.51'dir. (Tablo 9)

Tablo 10: Cinsiyete Göre YİYE-II Puanlarının Karşılaştırılması

	Kadın (n=115)	Erkek (n=98)			
N=213	Ort±SS	Ort±SS	F	p	Kısmi η^2
YİYE					
Kaçınma	60.10±16.91	54.33±15.21	6.744	0.010*	0.031
Kaygı	69.14±21.51	64.23±19.47	3.009	0.084	0.014

*Tek Yönlü MANOVA, *p<0.05*

Kadın ve erkek hastaların YİYE-II puanları tek yönlü MANOVA ile değerlendirilmiştir. Kovaryans matrislerinin eşitliği (Box's $M=2.277$ $F_{(3, 45138207)}=0.751$, $p=0.521$) ve hata varyanslarının eşitliği (Kaçınmacı bağlanma için Levene's $F_{(1, 211)}=1.097$, $p=0.296$, Kaygılı bağlanma için Levene's $F_{(1, 211)}=1.982$, $p=0.161$) varsayımlarının karşılandığı görülmektedir. MANOVA istatistiksel olarak anlamlıdır (Wilks' $\lambda=0.968$, $F_{(2, 210)}=3.455$, $p=0.033$, kısmi $\eta^2=0.032$). (Tablo 10)

Tablo 11: YİYE-II ile Elde Edilen Bağlanma Türlerinin Cinsiyete Göre Karşılaştırılması

		Kadın (n=115)	Erkek (n=98)		
		N(%)	N(%)	χ^2	p
Bağlanma Türü	Korkulu	29(25.2)	9(9.2)	11.417	0.010*
	Güvenli	33(28.7)	39(39.8)		
	Sanlantılı	21(18.3)	26(26.5)		
	Kayıtsız	32(27.8)	24(24.5)		

Ki kare test, *p<0.05

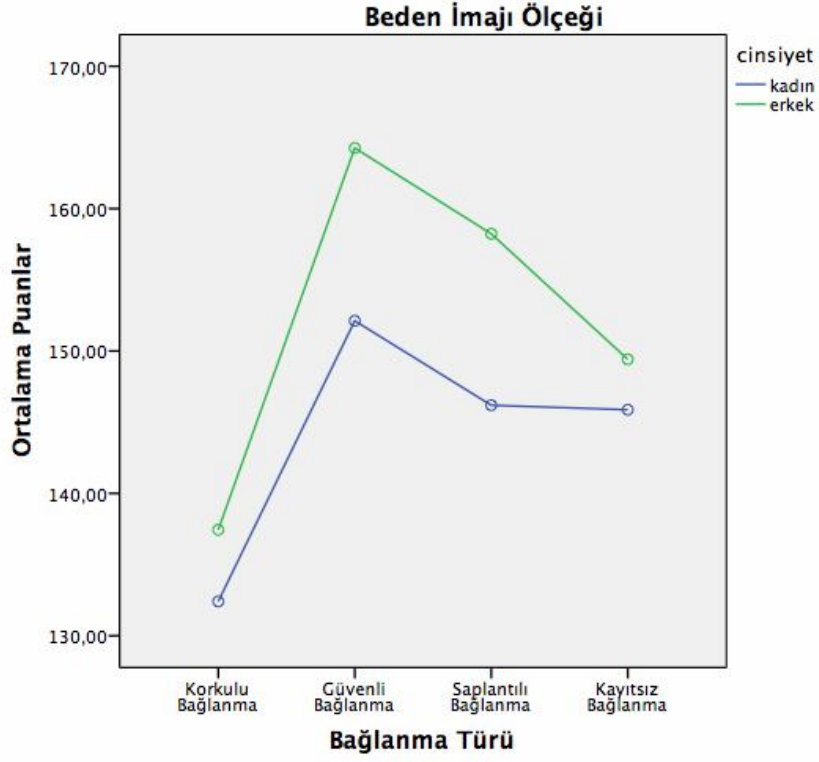
Kadın ve erkek hastaların bağlanma türleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0.05$). Korkulu bağlanan kadınların oranının korkulu bağlanan erkeklerden yüksek olduğu görülmektedir ($p<0.05$). (Tablo 11)

Tablo 12: BAÖ Puanlarının Cinsiyet ve Bağlanma Türlerine Göre Karşılaştırılması

	Kadın (n=115)	Erkek (n=98)				
N=213	Ort±SS	Ort±SS	F	p	Kısmi η^2	
Bağlanma Türü			F	P		
Korkulu	132.41±29.60	137.60±25.28	1	1		
			4.723	0.031*	0.023	
Güvenli	152.12±19.53	164.25±27.28	F	P		
			6.066	0.001**	0.082	
Saplantılı	146.19±29.92	158.23±19.67	2	2		
			0.422	0.737	0.006	
Kavitsız	145.87±26.79	149.41±19.92	F	P		
			3	3		
Cinsiyet	144.33±27.01	156.56±24.69				

İki Yönlü ANOVA, F1, P1=Cinsiyetin ana etkisi, F2,P2=Bağlanma türünün ana etkisi, F3,P3=CinsiyetXBağlanma türünün ortak etkisi. * $p<0.05$, ** $p<0.01$

Hastaların cinsiyetleri ve YİYE-II puanlarına göre belirlenen bağlanma biçimlerine göre Beden İmajı Ölçeği Puanları iki yönlü ANOVA ile karşılaştırılmıştır. Buna göre hastaların cinsiyetlerine ($p<0.05$) ve bağlanma türüne ($p<0.01$) göre beden imajı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunurken cinsiyetXbağlanma türü ortak etkisi istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$). Kadın hastaların beden imajı puanları erkek katılımcılardan istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüktür ($p<0.05$). Bağlanma türüne göre farkın hangi gruplardan kaynaklandığının tespiti için post-hoc Bonferonni kullanılmıştır. Buna göre, korkulu bağlanma gösterenlerin beden imajı ölçeği puanları güvenli ($p<0.01$) ve saplantılı ($p<0.05$) bağlananlardan istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüktür. Diğer bağlanma türleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0.05$). (Tablo 12)



Şekil 5: BAÖ Puanlarının Cinsiyet ve Bağlanma Türlerine İlişkin Korelasyonu

Tablo 13: Kadın Katılımcıların GRCDÖ Puanlarının Bağlanma Türüne Göre Karşılaştırılması

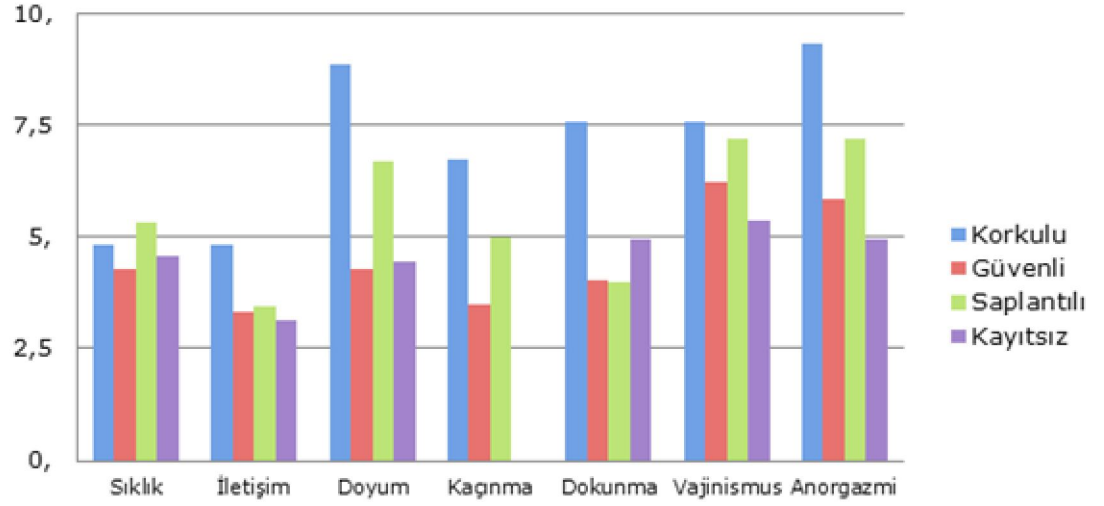
N=115	Korkulu (n:29)	Güvenli (n:33)	Saplantılı (n:21)	Kayıtsız (n:32)			
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	F ^(3,111)	p	Kısmi η ²
GRCDÖ							
Sıklık	4.82±2.05	4.27±2.11	5.33±1.85	4.59±1.82	1.305	0.276	0.034
İletişim	4.82±2.33	3.33±2.30	3.47±2.18	3.12±2.32	3.349	0.022*	0.083
Doyum	8.86±3.71	4.30±3.75	6.71±3.70	4.43±3.31	10.720	<0.001**	0.225
Kaçınma	6.72±4.51	3.51±2.72	5.00±3.06	4.09±3.03	5.155	0.002**	0.122
Dokunma	7.55±4.31	4.03±3.58	4.00±3.79	4.95±3.98	6.285	0.001**	0.145
Vajinismus	7.58±4.15	6.24±4.35	7.19±4.23	5.37±2.33	1.985	0.120	0.051
Anorgazmi	9.31±3.85	5.87±3.44	7.19±4.09	4.93±3.02	8.480	<0.001**	0.186
Toplam	57.44±17.48	36.66±18.14	44.47±15.93	35.84±16.04	10.429	<0.001**	0.220

Tek Yönlü MANOVA, *p<0.05 **p<0.01

Çalışmaya katılan kadınların GRCDÖ puanları bağlanma türlerine göre karşılaştırılmıştır. Kovaryans matrislerinin eşitliğini denetleyen Box's M değeri istatistiksel olarak anlamlıdır (Box's M=274.353 $F_{(108, 21439)}=2.196$, $p<0.001$). Bu nedenle MANOVA'nın kovaryansların eşitliği varsayımı ihlal edildiğinden, bu tip bir ihlalde kullanılması uygun multivariate test olarak Pillai's Trace kullanılmıştır. Buna göre; bağlanma türleri arasında uygulanan ölçek puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($V^{(s)}=0.417$, $F_{(24, 318)}=2.140$, $p=0.002$, kısmi $\eta^2=0.139$). Bu bulgu ölçek puanlarından en az biri açısından bağlanma türleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğunu işaret etmektedir. Hangi puanlar açısından fark olduğunun tespiti için gruplar arası etki test sonuçları incelenmiştir. GRCDÖ sıklık ve vajinismus değişkenleri dışında kalan değişkenlerde bağlanma türleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır (iletişim için $p<0.05$, diğerleri için $p<0.01$).

Ölçek puanlarındaki farkların hangi gruplardan kaynaklandığının tespiti için varyansların eşitliğinin sağlandığı değişkenlerde post-hoc olarak Bonferroni, sağlanmadığı değişkenlerde ise Games-Howell yöntemleri kullanılmıştır. İletişim değişkeni açısından; korkulu bağlananların puanı kayıtsız bağlananlardan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir ($p<0.05$). Diğer bağlanma türleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0.05$) Doyum değişkeni açısından; korkulu bağlananların puanı hem güvenli, hem de kayıtsız bağlananlardan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir ($p<0.01$). Diğer bağlanma türleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0.05$) Kaçınma değişkeni açısından; korkulu bağlananların puanı güvenli bağlananlardan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir ($p<0.01$). Diğer bağlanma türleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0.05$) Dokunma değişkeni açısından; korkulu bağlananların puanı hem güvenli ($p<0.01$), hem saplantılı ($p<0.05$) hem de kayıtsız ($p<0.01$) bağlananlardan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir. Diğer bağlanma türleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0.05$) Anorgazmi değişkeni açısından; korkulu bağlananların puanı hem güvenli, hem de kayıtsız bağlananlardan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir ($p<0.01$). Diğer bağlanma türleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0.05$) GRCDÖ Toplam değişkeni açısından; korkulu bağlananların puanı hem güvenli, hem de kayıtsız bağlananlardan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir ($p<0.01$). Diğer bağlanma türleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0.05$). (Tablo 13)

Kadın Katılımcıların Bağlanma Biçimlerine Göre GRCDÖ Puanlarının Karşılaştırılması



Şekil 6: Kadın Katılımcıların Bağlanma Biçimlerine Göre GRCDÖ Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 14: Erkek Katılımcıların GRCDÖ Puanlarının Bağlanma Türüne Göre Karşılaştırılması

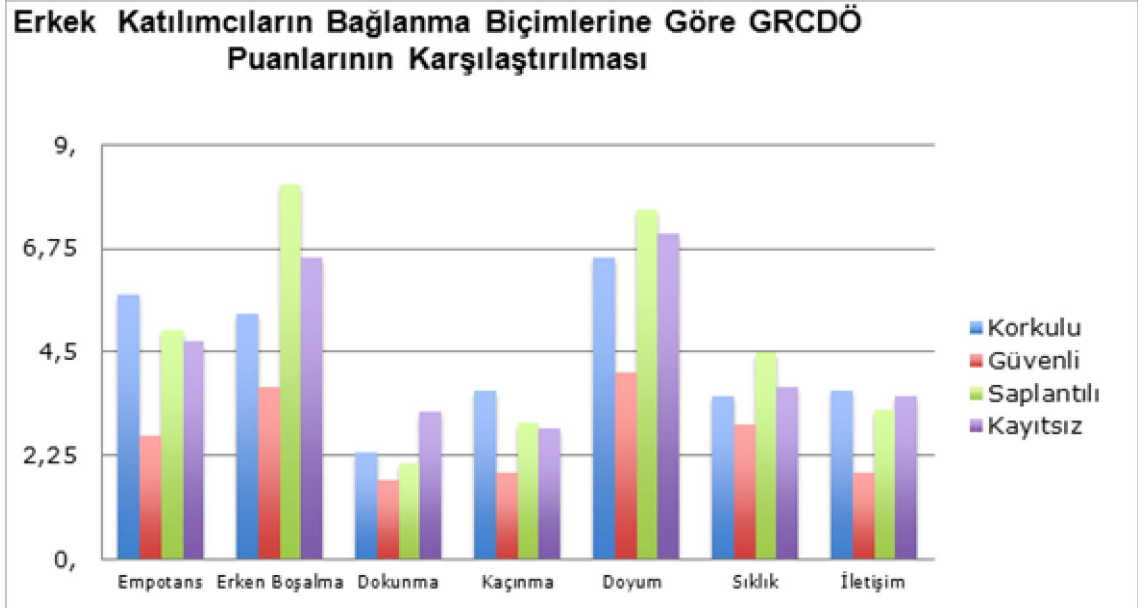
N=115	Korkulu (n:9)	Güvenli (n:39)	Saplantılı (n:26)	Kayıtsız (n:24)			
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	F ^(3,94)	p	Kısmi η ²
GRCDÖ							
Empotans	5.77±4.73	2.69±2.35	4.96±2.91	4.75±3.15	4.976	0.003**	0.137
Erken Boşalma	5.33±3.53	3.74±2.56	8.15±3.58	6.54±4.32	9.218	<0.001**	0.227
Dokunma	2.33±2.14	1.74±2.11	2.07±2.17	3.20±2.35	2.205	0.093	0.066
Kaçınma	3.66±3.64	1.87±1.79	2.96±2.76	2.83±2.42	1.955	0.126	0.059
Doyum	6.55±2.60	4.05±3.06	7.57±3.12	7.08±2.78	9.168	<0.001**	0.226
Sıklık	3.55±2.65	2.92±1.88	4.50±1.67	3.75±1.82	3.661	0.015*	0.105
İletişim	3.66±2.54	1.89±1.87	3.23±2.38	3.54±1.97	4.236	0.007**	0.119
Toplam	34.44±13.03	21.61±10.91	37.15±11.23	35.29±12.80	11.996	<0.001**	0.277

Tek Yönlü MANOVA, * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

Çalışmaya katılan erkeklerin GRCDÖ puanları bağlanma türlerine göre tek yönlü MANOVA ile karşılaştırılmıştır. Korkulu bağlanma gösteren erkeklerin sayısı oldukça az olmakla birlikte normal dağılım varsayımı karşılandığından analize alınmıştır. Kovaryans matrislerinin eşitliğini denetleyen Box's M değeri istatistiksel olarak anlamlıdır (Box's $M=212.843$, $F_{(108, 3340)}=1.495$, $p=0.001$). Bu nedenle MANOVA'nın kovaryansların eşitliği varsayımı ihlal edildiğinden, bu tip bir ihlalde kullanılması uygun multivariate test olarak Pillai's Trace kullanılmıştır. Buna göre; bağlanma türleri arasında uygulanan ölçek puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($V^{(s)}=0.568$, $F_{(24, 267)}=2.596$, $p<0.001$, kısmi $\eta^2=0.189$). Bu bulgu ölçek puanlarından en az biri açısından bağlanma türleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğunu işaret etmektedir. Hangi puanlar açısından fark olduğunun tespiti için gruplar arası etki test sonuçları incelenmiştir. GRCDÖ dokunma ve kaçınma değişkenleri dışında kalan değişkenlerde bağlanma türleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır (sıklık için $p<0.05$, diğerleri için $p<0.01$).

Ölçek puanlarındaki farkların hangi gruplardan kaynaklandığının tespiti için varyansların eşitliğinin sağlandığı değişkenlerde post-hoc olarak Bonferroni, yöntemi kullanılmıştır. Empotans değişkeni açısından; güvenli bağlananların puanı hem korkulu hem de saplantılı bağlananlardan istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüktür ($p<0.05$). Diğer bağlanma türleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0.05$) Erken boşalma değişkeni açısından; güvenli bağlananların puanı hem kayıtsız ($p<0.05$) hem de saplantılı ($p<0.01$) bağlananlardan istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüktür. Diğer bağlanma türleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0.05$) Doyum değişkeni açısından; güvenli bağlananların puanı hem kayıtsız hem de saplantılı bağlananlardan istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüktür ($p<0.01$). Diğer bağlanma türleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0.05$) Sıklık değişkeni açısından; güvenli bağlananların puanı saplantılı bağlananlardan istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüktür ($p<0.01$). Diğer bağlanma türleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0.05$) İletişim değişkeni açısından; güvenli bağlananların puanı kayıtsız bağlananlardan istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüktür ($p<0.05$). Diğer bağlanma türleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0.05$) GRCDÖ Toplam değişkeni açısından; güvenli bağlananların puanı hem korkulu, hem kayıtsız hem de saplantılı

bağlananlardan istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüktür ($p<0.01$). Diğer bağlanma türleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0.05$). (Tablo 14)



Şekil 7: Erkek Katılımcıların Bağlanma Biçimlerine Göre GRCDÖ Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 15: Kadın Katılımcılarda GRCDÖ Puanlarının Kullanılan Diğer Ölçeklerle Arasındaki İlişki

N=115	Beden İmajı	YİYE Kaçınmacı	YİYE Kaygılı
GRCDÖ Sıklık	-0.152	0.066	0.163
GRCDÖİletişim	-0.166	0.243**	0.212*
GRCDÖDoyum	-0.276**	0.340**	0.481**
GRCDÖKaçınma	-0.264**	0.410**	0.281**
GRCDÖDokunma	-0.134	0.387**	0.262**
GRCDÖVajinismus	-0.148	0.219*	0.182
GRCDÖAnorgazmi	-0.155	0.355**	0.445**
GRCDÖToplam	-0.289**	0.460**	0.428**
Beden İmajı	1	-0.357**	-0.351**

Pearson korelasyon, + * $p<0.05$, ** $p<0.01$

Çalışmaya katılan kadınların GRCDÖ iletişim puanları YİYE Kaçınmacı ($p<0.01$) ve YİYE kaygılı ($p<0.05$) puanları ile pozitif yönde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermektedir. GRCDÖ doyum puanları Beden İmajı ölçeği puanları ile negatif yönde, YİYE Kaçınmacı ve YİYE kaygılı puanları ile pozitif yönde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermektedir ($p<0.01$). GRCDÖ kaçınma puanları Beden İmajı ölçeği puanları ile negatif yönde, YİYE Kaçınmacı ve YİYE kaygılı puanları ile pozitif yönde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermektedir ($p<0.01$). GRCDÖ dokunma puanları YİYE Kaçınmacı ve YİYE kaygılı puanları ile pozitif yönde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermektedir ($p<0.01$). GRCDÖ vajinismus puanları YİYE Kaçınmacı puanları ile pozitif yönde, HAM-D ile de negatif yönde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermektedir ($p<0.05$). GRCDÖ anorgazmi puanları YİYE Kaçınmacı ve YİYE kaygılı puanları ile pozitif yönde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermektedir ($p<0.01$). GRCDÖ toplam puanları Beden İmajı Ölçeği puanları ile negatif yönde, YİYE Kaçınmacı ve YİYE kaygılı puanları ile pozitif yönde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermektedir ($p<0.01$). Beden İmajı ölçeği puanları YİYE Kaçınmacı ve YİYE kaygılı puanları ile negatif yönde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermektedir ($p<0.01$). (Tablo 15)

Tablo 16: Kadın Katılımcılarda GRCDÖ Puanlarının Kullanılan Diğer Ölçeklerle Arasındaki İlişki (HAM-D Kontrollü)

N=115	Beden İmajı	YİYE Kaçınmacı	YİYE Kaygılı
GRCDÖ Sıklık	-0.140	0.047	0.153
GRCDÖİletişim	-0.148	0.221*	0.198*
GRCDÖDoyum	-0.274**	0.340**	0.481**
GRCDÖKaçınma	-0.252**	0.398**	0.272**
GRCDÖDokunma	-0.109	0.362**	0.246**
GRCDÖVajinismus	-0.183	0.270**	0.211*
GRCDÖAnorgazmi	-0.155	0.359**	0.447**
GRCDÖToplam	-0.284**	0.457**	0.425**
Beden İmajı	1	-0.341**	-0.342**

Kısmi korelasyon, * $p<0.05$, ** $p<0.01$

Çalışmaya katılan kadınlarda HAM-D değişkeni kontrol edildiğinde GRCDÖ iletişim puanları YİYE kaçınmacı ve YİYE kaygılı puanları ile pozitif yönde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermektedir ($p<0.05$). GRCDÖ doyum puanları Beden İmajı Ölçeği ile negatif yönde, YİYE Kaçınmacı ve YİYE kaygılı puanları ile pozitif yönde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermektedir ($p<0.01$). GRCDÖ kaçınma puanları Beden İmajı Ölçeği ile negatif yönde YİYE Kaçınmacı ve YİYE kaygılı puanları ile pozitif yönde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermektedir ($p<0.01$). GRCDÖ dokunma puanları YİYE Kaçınmacı ve YİYE kaygılı puanları ile pozitif yönde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermektedir ($p<0.01$). GRCDÖ vajinismus puanları YİYE Kaçınmacı ve YİYE Kaygı puanları ile pozitif yönde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermektedir ($p<0.05$). GRCDÖ anorgazmi puanları YİYE Kaçınmacı ($p<0.01$) ve YİYE kaygılı ($p<0.05$) puanları ile pozitif yönde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermektedir. GRCDÖ toplam puanları Beden İmajı Ölçeği ile negatif yönde, YİYE Kaçınmacı ve YİYE kaygılı puanları ile pozitif yönde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermektedir ($p<0.01$). Beden İmajı Ölçeği puanları , YİYE Kaçınmacı ve YİYE kaygılı puanları ile negatif yönde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermektedir ($p<0.01$). (Tablo 16)

Tablo 17: Kadın Katılımcılarda GRCDÖ Puanlarının Kullanılan Diğer Ölçeklerle Arasındaki İlişki (HAM-A Kontrollü)

N=115	Beden İmajı	YİYE Kaçınmacı	YİYE Kaygılı
GRCDÖ Sıklık	-0.146	0.056	0.163
GRCDÖİletişim	-0.155	0.230*	0.213*
GRCDÖDoyum	-0.275**	0.340**	0.481**
GRCDÖKaçınma	-0.259**	0.406**	0.282**
GRCDÖDokunma	-0.126	0.378**	0.263**
GRCDÖVajinismus	-0.161	0.238*	0.184*
GRCDÖAnorgazmi	-0.161	0.365**	0.446**
GRCDÖToplam	-0.287**	0.459**	0.428**
Beden İmajı	1.000	-0.350**	-0.352**

Kısmi korelasyon, * $p<0.05$, ** $p<0.01$

Çalışmaya katılan kadınlarda HAM-A değişkeni kontrol edildiğinde GRCDÖ iletişim puanları YİYE kaçınmacı ve YİYE kaygılı puanları ile pozitif yönde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermektedir ($p<0.05$). GRCDÖ doyum puanları Beden İmajı Ölçeği ile negatif yönde, YİYE Kaçınmacı ve YİYE kaygılı puanları ile pozitif yönde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermektedir ($p<0.01$). GRCDÖ kaçınma puanları Beden İmajı Ölçeği ile negatif yönde YİYE Kaçınmacı ve YİYE kaygılı puanları ile pozitif yönde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermektedir ($p<0.01$). GRCDÖ dokunma puanları YİYE Kaçınmacı ve YİYE kaygılı puanları ile pozitif yönde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermektedir ($p<0.01$). GRCDÖ vajinismus puanları YİYE Kaçınmacı ve YİYE Kaygı puanları ile pozitif yönde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermektedir ($p<0.05$). GRCDÖ anorgazmi puanları YİYE Kaçınmacı ($p<0.01$) ve YİYE kaygılı ($p<0.05$) puanları ile pozitif yönde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermektedir. GRCDÖ toplam puanları Beden İmajı Ölçeği ile negatif yönde, YİYE Kaçınmacı ve YİYE kaygılı puanları ile pozitif yönde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermektedir ($p<0.01$). Beden İmajı Ölçeği puanları , YİYE Kaçınmacı ve YİYE kaygılı puanları ile negatif yönde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermektedir ($p<0.01$). (Tablo 17)

Tablo 18: Kadınlar Katılımcılarda GRCDÖ Puanlarının Kullanılan Diğer Ölçeklerle Arasındaki İlişki (Evlilik Durumu Kontrollü)

N=115	Beden İmajı	YİYE Kaçınmacı	YİYE Kaygılı
GRCDÖ Sıklık	-0.156	0.061	0.160
GRCDÖİletişim	-0.188*	0.219*	0.197*
GRCDÖDoyum	-0.303**	0.318**	0.475**
GRCDÖKaçınma	-0.279**	0.397**	0.272**
GRCDÖDokunma	-0.149	0.372**	0.251**
GRCDÖVajinismus	-0.159	0.204*	0.172
GRCDÖAnorgazmi	-0.171	0.339**	0.438**
GRCDÖToplam	-0.319**	0.443**	0.420**
Beden İmajı	1.000	-0.372**	-0.360**

Kısmi korelasyon, * $p<0.05$, ** $p<0.01$

Çalışmaya katılan kadınlarda Medeni durum değişkeni kontrol edildiğinde GRCDÖ iletişim puanları Beden İmajı Ölçeği ile negatif yönde, YİYE kaçınmacı ve YİYE kaygılı puanları ile pozitif yönde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermektedir ($p<0.05$). GRCDÖ doyum puanları Beden İmajı Ölçeği ile negatif yönde, YİYE Kaçınmacı ve YİYE kaygılı puanları ile pozitif yönde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermektedir ($p<0.01$). GRCDÖ kaçınma puanları Beden İmajı Ölçeği ile negatif yönde, YİYE Kaçınmacı ve YİYE kaygılı puanları ile pozitif yönde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermektedir ($p<0.01$). GRCDÖ dokunma puanları YİYE Kaçınmacı ve YİYE kaygılı puanları ile pozitif yönde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermektedir ($p<0.01$). GRCDÖ vajinismus puanları YİYE Kaçınmacı puanları ile pozitif yönde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermektedir ($p<0.05$). GRCDÖ anorgazmi puanları YİYE Kaçınmacı ($p<0.01$) ve YİYE kaygılı ($p<0.05$) puanları ile pozitif yönde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermektedir. GRCDÖ toplam puanları Beden İmajı Ölçeği ile negatif yönde, YİYE Kaçınmacı ve YİYE kaygılı puanları ile pozitif yönde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermektedir ($p<0.01$). Beden İmajı Ölçeği puanları , YİYE Kaçınmacı ve YİYE kaygılı puanları ile negatif yönde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermektedir ($p<0.01$). (Tablo 18)

Tablo 19: Kadın Katılımcılarda GRCDÖ Puanlarının Kullanılan Diğer Ölçeklerle Arasındaki İlişki (Yaş Kontrollü)

N=115	Beden İmajı	YİYE Kaçınmacı	YİYE Kaygılı
GRCDÖ Sıklık	-0.157	0.062	0.177
GRCDÖİletişim	-0.180	0.234*	0.249**
GRCDÖDoyum	-0.275**	0.343**	0.488**
GRCDÖKaçınma	-0.267**	0.409**	0.295**
GRCDÖDokunma	-0.156	0.378**	0.32**
GRCDÖVajinismus	-0.136	0.237*	0.153
GRCDÖAnorgazmi	-0.152	0.361**	0.446**
GRCDÖToplam	-0.294**	0.459**	0.448**
Beden İmajı	1.000	-0.367**	-0.342**

Kısmi korelasyon, * $p<0.05$, ** $p<0.01$

Çalışmaya katılan kadınlarda yaş değişkeni kontrol edildiğinde GRCDÖ iletişim puanları YİYE kaçınmacı ($p<0.05$) ve YİYE kaygılı ($p<0.01$) puanları ile pozitif yönde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermektedir. GRCDÖ doyum puanları Beden İmajı Ölçeği ile negatif yönde, YİYE Kaçınmacı ve YİYE kaygılı puanları ile pozitif yönde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermektedir ($p<0.01$). GRCDÖ kaçınma puanları Beden İmajı Ölçeği ile negatif yönde YİYE Kaçınmacı ve YİYE kaygılı puanları ile pozitif yönde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermektedir ($p<0.01$). GRCDÖ dokunma puanları YİYE Kaçınmacı ve YİYE kaygılı puanları ile pozitif yönde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermektedir ($p<0.01$). GRCDÖ vajinismus puanları YİYE Kaçınmacı puanları ile pozitif yönde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermektedir ($p<0.05$). GRCDÖ anorgazmi puanları YİYE Kaçınmacı ve YİYE kaygılı puanları ile pozitif yönde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermektedir ($p<0.01$). GRCDÖ toplam puanları Beden İmajı Ölçeği ile negatif yönde, YİYE Kaçınmacı ve YİYE kaygılı puanları ile pozitif yönde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermektedir ($p<0.01$). Beden İmajı Ölçeği puanları , YİYE Kaçınmacı ve YİYE kaygılı puanları ile negatif yönde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermektedir ($p<0.01$). (Tablo 19)

Tablo 20: Erkek Katılımcılarda GRCDÖ Puanlarının Kullanılan Diğer Ölçeklerle Arasındaki İlişki

N=98	Beden İmajı	YİYE Kaçınmacı	YİYE Kaygılı
Empotans	-0.338**	0.210*	0.326**
Erken Boşalma	-0.129	0.193	0.280**
Dokunma	0.002	0.255*	0.117
Kaçınma	-0.080	0.167	0.262**
Doyum	-0.327**	0.285**	0.436**
Sıklık	-0.202*	0.149	0.207*
İletişim	-0.188	0.373**	0.278**
Toplam	-0.277**	0.336**	0.437**
Beden İmajı	1	-0.296**	-0.276**

Pearson korelasyon, + * $p<0.05$, ** $p<0.01$

Çalışmaya katılan erkeklerin GRCDÖ empotans puanları Beden İmajı Ölçeği ile negatif yönde ($p<0.01$), YİYE Kaygılı($p<0.01$) ve YİYE kaçınmacı ($p<0.05$) puanları ile pozitif yönde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermektedir. GRCDÖ erken boşalma puanları YİYE kaygılı puanları ile pozitif yönde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermektedir ($p<0.01$). GRCDÖ dokunma puanları YİYE kaçınmacı puanları ile pozitif yönde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermektedir ($p<0.05$). GRCDÖ kaçınma puanları YİYE kaygılı puanları ile pozitif yönde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermektedir ($p<0.01$). GRCDÖ doyum puanları Beden İmajı Ölçeği ile negatif yönde, YİYE Kaçınmacı ve YİYE kaygılı puanları ile pozitif yönde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermektedir ($p<0.01$). GRCDÖ sıklık puanları Beden imajı Ölçeği ile negatif yönde, YİYE Kaygılı puanları ile pozitif yönde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermektedir ($p<0.05$). GRCDÖ iletişim puanları YİYE Kaçınmacı ve YİYE kaygılı puanları ile pozitif yönde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermektedir ($p<0.01$). GRCDÖ toplam puanları Beden İmajı Ölçeği ile negatif yönde, YİYE Kaçınmacı ve YİYE kaygılı puanları ile pozitif yönde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermektedir ($p<0.01$). (Tablo 20)

Tablo 21: Erkek Katılımcılarda GRCDÖ Puanlarının Kullanılan Diğer Ölçeklerle Arasındaki İlişki (HAM-D Kontrollü)

N=98	Beden İmajı	YİYE Kaçınmacı	YİYE Kaygılı
Empotans	-0.336**	0.208*	0.322**
Erken Boşalma	-0.118	0.191	0.276**
Dokunma	0.012	0.254*	0.113
Kaçınma	-0.102	0.169	0.268**
Doyum	-0.342**	0.285**	0.437**
Sıklık	-0.188	0.147	0.201*
İletişim	-0.158	0.372**	0.269**
Toplam	-0.273**	0.334**	0.434**
Beden İmajı	1.000	-0.297**	-0.264**

Kısmi korelasyon, * $p<0.05$, ** $p<0.01$

Çalışmaya katılan erkeklerin HAM-D değişkeni kontrol edildiğinde GRCDÖ empotans puanları Beden İmajı Ölçeği ile negatif yönde ($p<0.01$), YİYE kaçınmacı ($p<0.05$) ve YİYE Kaygılı ile de pozitif yönde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermektedir ($p<0.01$). GRCDÖ erken boşalma puanları YİYE kaygılı puanları ile pozitif yönde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermektedir ($p<0.01$). GRCDÖ dokunma puanları YİYE kaçınmacı puanları ile pozitif yönde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermektedir ($p<0.05$). GRCDÖ kaçınma puanları YİYE kaygılı puanları ile pozitif yönde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermektedir ($p<0.01$). GRCDÖ doyum puanları Beden İmajı Ölçeği ile negatif yönde, YİYE Kaçınmacı ve YİYE kaygılı puanları ile pozitif yönde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermektedir ($p<0.01$). GRCDÖ sıklık puanları YİYE kaygılı puanları ile pozitif yönde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermektedir ($p<0.05$). GRCDÖ iletişim puanları YİYE Kaçınmacı ve YİYE kaygılı puanları ile pozitif yönde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermektedir ($p<0.01$). GRCDÖ toplam puanları Beden İmajı Ölçeği ile negatif yönde, YİYE Kaçınmacı ve YİYE kaygılı puanları ile pozitif yönde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermektedir ($p<0.01$). Beden İmajı ölçeği puanları YİYE Kaçınmacı, YİYE kaygılı puanları ile negatif yönde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermektedir ($p<0.01$). (Tablo 21)

Tablo 22: Erkek Katılımcılarda GRCDÖ Puanlarının Kullanılan Diğer Ölçeklerle Arasındaki İlişki (HAM-A Kontrollü)

N=98	Beden İmajı	YİYE Kaçınmacı	YİYE Kaygılı
Empotans	-0.332**	0.204*	0.320**
Erken Boşalma	-0.111	0.183	0.268**
Dokunma	-0.007	0.260*	0.121
Kaçınma	-0.075	0.162	0.258*
Doyum	-0.335**	0.285**	0.437**
Sıklık	-0.192	0.142	0.198
İletişim	-0.167	0.363**	0.262*
Toplam	-0.267**	0.328**	0.429**
Beden İmajı	1.000	-0.279**	-0.253*

Kısmi korelasyon, * $p<0.05$, ** $p<0.01$

Çalışmaya katılan erkeklerin HAM-A değişkeni kontrol edildiğinde GRCDÖ empotans puanları Beden İmajı Ölçeği ile negatif yönde ($p<0.01$), YİYE kaçınmacı ($p<0.05$) ve YİYE Kaygılı ile de pozitif yönde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermektedir ($p<0.01$). GRCDÖ erken boşalma puanları YİYE kaygılı puanları ile pozitif yönde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermektedir ($p<0.01$). GRCDÖ dokunma puanları YİYE kaçınmacı puanları ile pozitif yönde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermektedir ($p<0.05$). GRCDÖ kaçınma puanları YİYE kaygılı puanları ile pozitif yönde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermektedir ($p<0.05$). GRCDÖ doyum puanları Beden İmajı Ölçeği ile negatif yönde, YİYE Kaçınmacı ve YİYE kaygılı puanları ile pozitif yönde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermektedir ($p<0.01$). GRCDÖ iletişim puanları YİYE Kaçınmacı ($p<0.01$) ve YİYE kaygılı ($p<0.05$) puanları ile pozitif yönde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermektedir. GRCDÖ toplam puanları Beden İmajı Ölçeği ile negatif yönde, YİYE Kaçınmacı ve YİYE kaygılı puanları ile pozitif yönde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermektedir ($p<0.01$). Beden İmajı ölçeği puanları YİYE Kaçınmacı ($p<0.01$), YİYE kaygılı ($p<0.05$) puanları ile negatif yönde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermektedir. (Tablo 22)

Tablo 23: Erkek Katılımcılarda GRCDÖ Puanlarının Kullanılan Diğer Ölçeklerle Arasındaki İlişki (Evlilik Durumu Kontrollü)

N=98	Beden İmajı	YİYE Kaçınmacı	YİYE Kaygılı
Empotans	-0.346**	0.217*	0.342**
Erken Boşalma	-0.128	0.189	0.276**
Dokunma	-0.014	0.271**	0.141
Kaçınma	-0.087	0.172	0.274**
Doyum	-0.337**	0.29**	0.449**
Sıklık	-0.195	0.14	0.193
İletişim	-0.200	0.381**	0.292**
Toplam	-0.287**	0.342**	0.452**
Beden İmajı	1.000	-0.287**	-0.262*

Kısmi korelasyon, * $p<0.05$, ** $p<0.01$

Çalışmaya katılan erkeklerin medeni durum değişkeni kontrol edildiğinde GRCDÖ empotans puanları Beden İmajı Ölçeği ile negatif yönde ($p<0.01$), YİYE kaçınmacı ($p<0.05$) ve YİYE Kaygılı ile de pozitif yönde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermektedir ($p<0.01$). GRCDÖ erken boşalma puanları YİYE kaygılı puanları ile pozitif yönde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermektedir ($p<0.01$). GRCDÖ dokunma puanları YİYE kaçınmacı puanları ile pozitif yönde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermektedir ($p<0.01$). GRCDÖ kaçınma puanları YİYE kaygılı puanları ile pozitif yönde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermektedir ($p<0.01$). GRCDÖ doyum puanları Beden İmajı Ölçeği ile negatif yönde, YİYE Kaçınmacı ve YİYE kaygılı puanları ile pozitif yönde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermektedir ($p<0.01$). GRCDÖ iletişim puanları YİYE Kaçınmacı ve YİYE kaygılı puanları ile pozitif yönde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermektedir ($p<0.01$). GRCDÖ toplam puanları Beden İmajı Ölçeği ile negatif yönde, YİYE Kaçınmacı ve YİYE kaygılı puanları ile pozitif yönde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermektedir ($p<0.01$). Beden İmajı ölçeği puanları YİYE Kaçınmacı ($p<0.01$), YİYE kaygılı ($p<0.05$) puanları ile negatif yönde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermektedir. (Tablo 23)

Tablo 24: Erkek Katılımcılarda GRCDÖ Puanlarının Kullanılan Diğer Ölçeklerle Arasındaki İlişki (Yaş Kontrollü)

N=98	Beden İmajı	YİYE Kaçınmacı	YİYE Kaygılı
Empotans	-0.335**	0.217*	0.323**
Erken Boşalma	-0.131	0.197	0.280**
Dokunma	-0.031	0.240*	0.136
Kaçınma	-0.086	0.166	0.264**
Doyum	-0.331**	0.291**	0.435**
Sıklık	-0.201*	0.154	0.205*
İletişim	-0.184	0.386**	0.273**
Toplam	-0.279**	0.342**	0.436**
Beden İmajı	1.000	-0.317**	-0.267**

Kısmi korelasyon, * $p<0.05$, ** $p<0.01$

Çalışmaya katılan erkeklerin Yaş değişkeni kontrol edildiğinde GRCDÖ empotans puanları Beden İmajı Ölçeği ile negatif yönde ($p<0.01$), YİYE kaçınmacı ($p<0.05$) ve YİYE Kaygılı ile de pozitif yönde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermektedir ($p<0.01$). GRCDÖ erken boşalma puanları YİYE kaygılı puanları ile pozitif yönde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermektedir ($p<0.01$). GRCDÖ dokunma puanları YİYE kaçınmacı puanları ile pozitif yönde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermektedir ($p<0.05$). GRCDÖ kaçınma puanları YİYE kaygılı puanları ile pozitif yönde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermektedir ($p<0.01$). GRCDÖ doyum puanları Beden İmajı Ölçeği ile negatif yönde, YİYE Kaçınmacı ve YİYE kaygılı puanları ile pozitif yönde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermektedir ($p<0.01$). GRCDÖ sıklık puanları Beden İmajı Ölçeği ile negatif yönde, YİYE kaygılı puanları ile pozitif yönde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermektedir ($p<0.05$). GRCDÖ iletişim puanları YİYE Kaçınmacı ve YİYE kaygılı puanları ile pozitif yönde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermektedir ($p<0.01$). GRCDÖ toplam puanları Beden İmajı Ölçeği ile negatif yönde, YİYE Kaçınmacı ve YİYE kaygılı puanları ile pozitif yönde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermektedir ($p<0.01$). Beden İmajı ölçeği puanları YİYE Kaçınmacı ve YİYE kaygılı puanları ile negatif yönde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermektedir ($p<0.01$). (Tablo 24)

Tablo 25: Kadın Katılımcılarda GRCDÖ Puanlarının Yordanmasına Dair Lineer Regresyon Analizi Sonuçları

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	R ²	B	Std.Hata	β	t	p	Güven Aralığı
GRCDÖ Sıklık (df:2,112; F:1.594)	Kaçınmacı Bağlanma	0.028	-0.005	0.013	-0.042	-0.366	0.715	-0.031 0.022
	Kaygılı Bağlanma		0.017	0.010	0.187	1.641	0.104	-0.004 0.038
GRCDÖ İletişim (df:2,112; F:4.061)	Kaçınmacı Bağlanma	0.050	0.025	0.016	0.182	1.629	0.106	-0.005 0.056
	Kaygılı Bağlanma		0.012	0.012	0.107	0.964	0.337	-0.012 0.036
GRCDÖ Doyum (df:2,112; F:17.449)	Kaçınmacı Bağlanma	0.224	0.023	0.024	0.095	0.939	0.350	-0.025 0.071
	Kaygılı Bağlanma		0.080	0.019	0.427	4.237	<0.001**	0.043 0.118
GRCDÖ Kaçınma (df:2,112; F:11.586)	Kaçınmacı Bağlanma	0.157	0.078	0.022	0.371	3.530	0.001**	0.034 0.122
	Kaygılı Bağlanma		0.011	0.017	0.069	0.654	0.515	-0.023 0.046
GRCDÖ Dokunma (df:2,112; F:10.032)	Kaçınmacı Bağlanma	0.137	0.083	0.025	0.352	3.316	0.001**	0.033 0.132
	Kaygılı Bağlanma		0.011	0.020	0.060	0.563	0.575	-0.028 0.050
GRCDÖ Vajinismus (df:2,112; F:3.113)	Kaçınmacı Bağlanma	0.053	0.039	0.026	0.171	1.526	0.130	-0.012 0.090
	Kaygılı Bağlanma		0.015	0.020	0.083	0.741	0.460	-0.025 0.055
GRCDÖ Anorgazmi (df:2,112; F:15.161)	Kaçınmacı Bağlanma	0.213	0.034	0.024	0.148	1.448	0.151	-0.013 0.081
	Kaygılı Bağlanma		0.065	0.019	0.360	3.520	0.001**	0.029 0.102
GRCDÖ Toplam Puan (df:2,112; F:18.872)	Kaçınmacı Bağlanma	0.252	0.360	0.112	0.320	3.207	0.002**	0.137 0.582
	Kaygılı Bağlanma		0.216	0.088	0.245	2.451	0.016*	0.041 0.391

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

Çoklu lineer regresyon analizinde YİYE II Kaçınmacı ve Kaygılı Bağlanma puanları modele dahil edildi. Çoklu lineer lojistik regresyon analizinde elde edilen model GRCDÖ Doyum ($F(2,112)=17.449$, $p < 0.01$), GRCDÖ Kaçınma ($F(2,112)=11.586$ $p < 0.01$), GRCDÖ Dokunma ($F(2,112)=10.032$, $p < 0.01$), GRCDÖ

anorgazmi ($F(2,112)=15.161$, $p<0.01$) ve GRCDÖ Total ($F(2,112)=18.872$, $p<0.01$) değişkenlerinde istatistiksel olarak anlamlıdır.

Buna göre YİYE II Kaygılı bağlanma puanları GRCDÖ Doyum, Anorgazmi ($p<0.01$) ve Toplam ($p<0.05$) puanlarını istatistiksel olarak anlamlı olarak yordamaktadır. Diğer değişkenler sabit kaldığında Kaygılı bağlanmanın bir birim artması GRCDÖ doyum puanında 0.08 puanlık, GRCDÖ Anorgazmi puanında 0.07 puanlık, GRCDÖ Toplam puanda 0.21 puanlık bir artışa neden olup pozitif yönde, anlamlı bir ilişki göstermektedir.

YİYE II kaçınmacı GRCDÖ Kaçınma, Dokunma ve toplam değişkenlerini istatistiksel olarak anlamlı derecede yordamaktadır ($p<0.01$). Diğer değişkenler sabit kaldığında kaçınmacı bağlanma puanları bir birim artması GRCDÖ kaçınma puanlarında 0.08, GRCDÖ dokunma puanlarında 0.8, toplam puanda 0.36 puanlık bir artışa neden olup pozitif yönde, anlamlı bir ilişki göstermektedir. (Tablo 25)

Tablo 26: Kadın Katılımcılarda GRCDÖ Sıklık Puanlarının Yordanmasına Dair Lineer Regresyon Analizi Sonuçları (HAM-D, HAM A, yaş, medeni durum, kontrollü)

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	R ²	B	Std.Hata	β	t	p	Güven Aralığı
GRCDÖ Sıklık (df:6,108; F:0.818)	HAM-D	0.043	0.029	0.064	0.054	0.444	0.658	-0.099 0.156
	HAM-A		0.023	0.070	0.040	0.333	0.740	-0.116 0.163
	Yaş		0.019	0.027	0.073	0.699	0.486	-0.034 0.072
	Medeni Durum		0.121	0.594	0.020	0.204	0.839	-1.056 1.299
	Kaçınmacı Bağlanma		-0.010	0.014	-0.084	-0.701	0.485	-0.038 0.018
	Kaygılı Bağlanma		0.020	0.011	0.219	1.787	0.077	-0.002 0.043

Çoklu hiyerarşik lineer regresyon analizinde kontrol parametreleri olarak HAM-D, HAM A, yaş, medeni durum değişkenleri ilk basamakta modele alındı. YİYE II

Kaygılı ve Kaçınmacı bağlanma alt ölçekleri ikinci basamakta modele dahil edildi. Çoklu hiyerarşik lineer lojistik regresyon analizinde elde edilen nihai model istatistiksel olarak anlamlı değildir ($F(6,108)=0.818$, $p=0.559$). Kaygılı ve kaçınan bağlanma puanları GRCDÖ sıklığı yordamamaktadır. Ayrıca, kaçınmacı bağlanma negatif yönde, kaygılı bağlanma pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı olmayan bir ilişki göstermektedir. (Tablo 26)

Tablo 27: Kadın Katılımcılarda GRCDÖ İletişim Puanlarının Yordanmasına Dair Lineer Regresyon Analizi Sonuçları (HAM-D, HAM A, yaş, medeni durum, kontrollü)

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	R ²	B	Std.Hata	β	t	p	Güven Aralığı
GRCDÖ İletişim (df:6,108; F:0.818)	HAM-D		0.056	0.073	0.089	0.763	0.447	-0.089 0.201
	HAM-A		0.012	0.080	0.017	0.145	0.885	-0.146 0.169
	Yaş		0.036	0.030	0.119	1.198	0.234	-0.024 0.097
	Medeni Durum		1.421	0.673	0.197	2.110	0.037*	0.086 2.756
	Kaçınmacı Bağlanma		0.014	0.016	0.099	0.868	0.388	-0.018 0.045
	Kaygılı Bağlanma		0.017	0.013	0.153	1.310	0.193	-0.009 0.042

Çoklu hiyerarşik lineer regresyon analizinde kontrol parametreleri olarak HAM-D, HAM A, yaş, medeni durum değişkenleri ilk basamakta modele alındı. YİYE II Kaygılı ve Kaçınmacı bağlanma alt ölçekleri ikinci basamakta modele dahil edildi. Çoklu hiyerarşik lineer lojistik regresyon analizinde elde edilen nihai model istatistiksel olarak anlamlıdır ($F(6,108)=2.806$, $p=0.014$). Medeni durum değişkeni GRCDÖ iletişim ile pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermekte ve yordamaktadır. Bununla birlikte Kaygılı ve kaçınmacı bağlanma puanları GRCDÖ iletişimi yordamamaktadır. Ayrıca, kaçınmacı bağlanma ve kaygılı bağlanma pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı olmayan bir ilişki göstermektedir ($p>0.05$). (Tablo 27)

Tablo 28: Kadın Katılımcılarda GRCDÖ Doyum Puanlarının Yordanmasına Dair Lineer Regresyon Analizi Sonuçları (HAM-D, HAM A, yaş, medeni durum, kontrollü)

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	R ²	B	Std.Hat a	β	t	p	Güven Aralığı
GRCDÖ Doyum (df:6,108; F:6.973)	HAM-D	0.279	-0.019	0.114	-0.017	-0.162	0.871	-0.245 0.208
	HAM-A		-0.036	0.125	-0.030	-0.288	0.774	-0.283 0.211
	Yaş		0.035	0.048	0.068	0.743	0.459	-0.059 0.129
	Medeni Durum		2.400	1.054	0.194	2.276	0.025*	0.310 4.489
	Kaçınmacı Bağlanma		0.013	0.025	0.056	0.539	0.591	-0.036 0.063
	Kaygılı Bağlanma		0.084	0.020	0.448	4.211	<0.001**	0.045 0.124

Çoklu hiyerarşik lineer regresyon analizinde kontrol parametreleri olarak HAM-D, HAM A, yaş, medeni durum değişkenleri ilk basamakta modele alındı. YİYE II Kaygılı ve Kaçınmacı bağlanma alt ölçekleri ikinci basamakta modele dahil edildi. Çoklu hiyerarşik lineer lojistik regresyon analizinde elde edilen nihai model istatistiksel olarak anlamlıdır ($F(6,108)=6.973$, $p<0.001$). Buna göre medeni durum ve kaygılı bağlanma puanları GRCDÖ doyumunu yordamaktadır. Kontrol değişkenlerine rağmen Kaygılı bağlanma puanlarının GRCDÖ doyumla olan pozitif yönde, istatistiksel olarak anlamlı ilişkisinin sürdüğü görülmektedir. Tüm diğer değişkenler sabit kaldığında evli olmak GRCDÖ Doyum puanlarında 2.40 puanlık bir artışa neden olurken kaygılı bağlanma puanlarının bir puan artması 0.08 puanlık bir artışa neden olmaktadır. (Tablo 28)

Tablo 29: Kadın Katılımcılarda GRCDÖ Kaçınma Puanlarının Yordanmasına Dair Lineer Regresyon Analizi Sonuçları (HAM-D, HAM A, yaş, medeni durum, kontrollü)

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	R ²	B	Std.Hata	β	t	p	Güven Aralığı
GRCDÖ Kaçınma (df:6,108; F:4.047)	HAM-D	0.184	0.065	0.107	0.068	0.603	0.548	-0.148 0.278
	HAM-A		-0.028	0.117	-0.027	0.242	0.809	-0.260 0.204
	Yaş		-0.004	0.045	-0.008	0.081	0.936	-0.092 0.085
	Medeni Durum		1.162	0.990	0.107	1.174	0.243	-0.800 3.125
	Kaçınmacı Bağlanma		0.074	0.023	0.352	3.170	0.002**	0.028 0.121
	Kaygılı Bağlanma		0.010	0.019	0.061	0.540	0.591	-0.027 0.047

Çoklu hiyerarşik lineer regresyon analizinde kontrol parametreleri olarak HAM-D, HAM A, yaş, medeni durum değişkenleri ilk basamakta modele alındı. YİYE II Kaygılı ve Kaçınmacı bağlanma alt ölçekleri ikinci basamakta modele dahil edildi. Çoklu hiyerarşik lineer lojistik regresyon analizinde elde edilen nihai model istatistiksel olarak anlamlıdır ($F(6,108)=4.407$, $p=0.001$). Buna göre; kontrol değişkenlerine rağmen kaçınmacı bağlanma puanlarının GRCDÖ kaçınmayla olan pozitif yönde, istatistiksel olarak anlamlı ilişkisinin sürdüğü görülmektedir. Tüm diğer değişkenler sabit kaldığında kaçınmacı bağlanma puanlarındaki bir puanlık artış GRCDÖ kaçınma puanlarında 0.074 puanlık bir artışa neden olmaktadır. (Tablo 29)

Tablo 30: Kadın Katılımcılarda GRCDÖ Dokunma Puanlarının Yordanmasına Dair Lineer Regresyon Analizi Sonuçları (HAM-D, HAM A, yaş, medeni durum kontrollü)

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	R ²	B	Std.Hata	β	t	p	Güven Aralığı
GRCDÖ Dokunma (df:6,108; F:4.932)	HAM-D	0.215	0.168	0.117	0.159	1.433	0.155	-0.064 0.400
	HAM-A		-0.098	0.128	-0.084	0.764	0.447	-0.351 0.156
	Yaş		0.090	0.049	0.175	1.847	0.068	-0.007 0.186
	Medeni Durum		1.513	1.080	0.125	1.400	0.164	-0.629 3.654
	Kaçınmacı Bağlanma		0.063	0.026	0.267	2.454	0.016*	0.012 0.114
	Kaygılı Bağlanma		0.022	0.021	0.119	1.068	0.288	-0.019 0.063

Çoklu hiyerarşik lineer regresyon analizinde kontrol parametreleri olarak HAM-D, HAM A, yaş, medeni durum değişkenleri ilk basamakta modele alındı. YİYE II Kaygılı ve Kaçınmacı bağlanma alt ölçekleri ikinci basamakta modele dahil edildi. Çoklu hiyerarşik lineer lojistik regresyon analizinde elde edilen nihai model istatistiksel olarak anlamlıdır ($F(6,108)=4.932$, $p<0.001$). Buna göre; kontrol değişkenlerine rağmen kaçınmacı bağlanma puanlarının GRCDÖ Dokunmayla olan pozitif yönde, istatistiksel olarak anlamlı ilişkisinin sürdüğü görülmektedir ($p<0.05$). Tüm diğer değişkenler sabit kaldığında kaçınmacı bağlanma puanlarındaki bir puanlık artış GRCDÖ dokunma puanlarında 0.063 puanlık bir artışa neden olmaktadır. (Tablo 30)

Tablo 31: Kadın Katılımcılarda GRCDÖ Vajinismus Puanlarının Yordanmasına Dair Lineer Regresyon Analizi Sonuçları (HAM-D, HAM A, yaş, medeni durum kontrollü)

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	R ²	B	Std.Hata	β	t	p	Güven Aralığı
GRCDÖ Vajinismus (df:6,108; F:2.919)	HAM-D	0.140	-0.234	0.119	-0.228	-0.1961	0.052	-0.470 0.003
	HAM-A		-0.005	0.130	-0.005	-0.041	0.968	-0.263 0.252
	Yaş		-0.057	0.050	-0.113	-1.141	0.256	-0.155 0.042
	Medeni Durum		1.089	1.099	0.092	0.991	0.324	-1.090 3.268
	Kaçınmacı Bağlanma		0.054	0.026	0.237	2.080	0.040*	0.003 0.106
	Kaygılı Bağlanma		0.007	0.021	0.037	0.322	0.748	-0.035 0.048

Çoklu hiyerarşik lineer regresyon analizinde kontrol parametreleri olarak HAM-D, HAM A, yaş, medeni durum değişkenleri ilk basamakta modele alındı. YİYE II Kaygılı ve Kaçınmacı bağlanma alt ölçekleri ikinci basamakta modele dahil edildi. Çoklu hiyerarşik lineer lojistik regresyon analizinde elde edilen nihai model istatistiksel olarak anlamlıdır (F(6,108)=2.919, p=0.011). Buna göre; kontrol değişkenleri olmadığında GRCDÖ vajinismus ile anlamlı bir yordama ilişkisi göstermeyen Kaçınmacı Bağlanma puanlarının kontrol değişkenleri modele dahil edildiğinde GRCDÖ vajinismusla pozitif yönde, istatistiksel olarak anlamlı bir yordama ilişkisi gösterdiği görülmektedir(p<0.05). Tüm diğer değişkenler sabit kaldığında kaçınmacı bağlanma puanlarındaki bir puanlık artış GRCDÖ vajinismus puanlarında 0.054 puanlık bir artışa neden olmaktadır. (Tablo 31)

Tablo 32: Kadın Katılımcılarda GRCDÖ Anorgazmi Puanlarının Yordanmasına Dair Lineer Regresyon Analizi Sonuçları (HAM-D, HAM A, yaş, medeni durum kontrollü)

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	R ²	B	Std.Hata	β	t	p	Güven Aralığı
GRCDÖ Anorgazmi (df:6,108; F:5.593)	HAM-D	0.237	0.005	0.113	0.004	0.040	0.968	-0.220 0.229
	HAM-A		-0.121	0.124	-0.106	-0.982	0.328	-0.366 0.124
	Yaş		0.019	0.047	0.038	0.411	0.682	-0.074 0.113
	Medeni Durum		1.590	1.045	0.134	1.522	0.131	-0.481 3.661
	Kaçınmacı Bağlanma		0.031	0.025	0.136	1.272	0.206	-0.018 0.081
	Kaygılı Bağlanma		0.066	0.020	0.363	3.322	0.001**	0.027 0.105

Çoklu hiyerarşik lineer regresyon analizinde kontrol parametreleri olarak HAM-D, HAM A, yaş, medeni durum değişkenleri ilk basamakta modele alındı. YİYE II Kaygılı ve Kaçınmacı bağlanma alt ölçekleri ikinci basamakta modele dahil edildi. Çoklu hiyerarşik lineer lojistik regresyon analizinde elde edilen nihai model istatistiksel olarak anlamlıdır ($F(6,108)=5.593$, $p<0.001$). Buna göre; kontrol değişkenlerine rağmen kaygılı bağlanma puanlarının GRCDÖ Anorgazmiyle olan pozitif yönde, istatistiksel olarak anlamlı ilişkisinin sürdüğü görülmektedir($p<0.01$). Tüm diğer değişkenler sabit kaldığında kaygılı bağlanma puanlarındaki bir puanlık artış GRCDÖ Anorgazmi puanlarında 0.066 puanlık bir artışa neden olmaktadır. (Tablo 32)

Tablo 33: Çalışmaya Katılan Kadınların GRCDÖ Toplam Puanlarının Yordanmasına Dair Lineer Regresyon Analizi Sonuçları (HAM-D, HAM A, yaş, medeni durum kontrollü)

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	R ²	B	Std.Hata	β	t	p	Güven Aralığı
GRCDÖ Toplam Puan (df:6,108; F:7.503)	HAM-D		0.024	0.531	0.005	0.045	0.964	-1.029 1.076
	HAM-A		-0.276	0.578	-0.050	-0.478	0.634	-1.423 0.870
	Yaş	0.294	0.176	0.220	0.072	0.797	0.427	-0.261 0.613
	Medeni Durum		11.426	4.892	0.197	2.336	0.021*	1.729 21.123
	Kaçınmacı Bağlanma		0.314	0.116	0.279	2.709	0.008**	0.084 0.544
	Kaygılı Bağlanma		0.234	0.093	0.265	2.519	0.013*	0.050 0.418

* $p<0.05$ ** $p<0,01$

Çoklu hiyerarşik lineer regresyon analizinde kontrol parametreleri olarak HAM-D, HAM A, medeni durum değişkenleri ilk basamakta modele alındı. YİYE II Kaygılı ve Kaçınmacı bağlanma alt ölçekleri ikinci basamakta modele dahil edildi. Çoklu hiyerarşik lineer lojistik regresyon analizinde elde edilen nihai model anlamlıdır ($F(6,104)=7.503$, $p<0.01$). Diğer değişkenler sabit kaldığında evli olmak 11.42 puanlık, Kaçınmacı bağlanmanın bir birim artması GRCDÖ toplam puanda 0.31 puanlık, kaygılı bağlanmanın bir birim artması 0.23 puanlık bir artışa neden olmaktadır. (Tablo 33)

Tablo 34: Erkek Katılımcılarda GRCDÖ Puanlarının Yordanmasına Dair Lineer Regresyon Analizi Sonuçları

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	R ²	B	Std.Hat a	β	t	p	Güven Aralığı
GRCDÖ Empotans (df:2,95; F:5.946)	Kaçınmacı Bağlanma	0.111	0.017	0.022	0.081	0.748	0.456	-0.028 0.061
	Kaygılı Bağlanma		0.047	0.017	0.290	2.679	0.009**	0.012 0.082
GRCDÖ E. Boşalma (df:2,95; F:4.382)	Kaçınmacı Bağlanma	0.084	0.021	0.028	0.085	0.777	0.439	-0.033 0.076
	Kaygılı Bağlanma		0.048	0.022	0.242	2.210	0.030*	0.005 0.091
GRCDÖ Dokunma (df:2,95; F:3.371)	Kaçınmacı Bağlanma	0.065	0.038	0.017	0.254	2.290	0.024*	0.005 0.071
	Kaygılı Bağlanma		0.000	0.013	0.004	0.034	0.973	-0.025 0.026
GRCDÖ Kaçınma (df:2,95; F:3.671)	Kaçınmacı Bağlanma	0.072	0.010	0.018	0.062	0.562	0.575	-0.026 0.046
	Kaygılı Bağlanma		0.030	0.014	0.234	2.122	0.036*	0.002 0.058
GRCDÖ Doyum (df:2,95; F:11.918)	Kaçınmacı Bağlanma	0.201	0.025	0.022	0.113	1.106	0.271	-0.020 0.069
	Kaygılı Bağlanma		0.066	0.018	0.386	3.763	0.001**	0.031 0.101
GRCDÖ Sıklık (df:2,95; F:2.338)	Kaçınmacı Bağlanma	0.047	0.009	0.015	0.071	0.638	0.525	-0.020 0.038
	Kaygılı Bağlanma		0.018	0.011	0.175	1.565	0.121	-0.005 0.040
GRCDÖ İletişim (df:2,95; F:8.710)	Kaçınmacı Bağlanma	0.155	0.045	0.015	0.311	2.956	0.004**	0.015 0.076
	Kaygılı Bağlanma		0.016	0.012	0.139	1.319	0.190	-0.008 0.040
GRCDÖ Toplam Puan (df:2,95; F:13.081)	Kaçınmacı Bağlanma	0.216	0.156	0.090	0.176	1.731	0.087	-0.023 0.335
	Kaygılı Bağlanma		0.249	0.070	0.359	3.536	0.001**	0.109 0.389

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

Çoklu lineer regresyon analizinde YİYE II Kaçınmacı ve Kaygılı Bağlanma puanları modele dahil edildi. Çoklu lineer lojistik regresyon analizinde elde edilen model GRCDÖ Empotans ($F(2,95)=5.946$, $p=0.004$), GRCDÖ Erken Boşalma ($F(2,95)=4.382$, $p=0.015$), GRCDÖ Dokunma ($F(2,95)=3.317$, $p=0.041$), GRCDÖ

Kaçınma ($F(2,95)=3.671$, $p=0.029$), GRCDÖ Doyum ($F(2,95)=11.918$, $p<0.001$), GRCDÖ İletişim ($F(2,95)=8.710$, $p<0.001$) ve GRCDÖ Total ($F(2,95)=13.081$, $p<0.001$) değişkenlerinde istatistiksel olarak anlamlıdır.

Buna göre YİYE II Kaygılı bağlanma puanları GRCDÖ Empotans, Doyum, Toplam ($p<0.01$) Erken Boşalma ve Kaçınma ($p<0.05$) puanlarını istatistiksel olarak anlamlı olarak yordama ilişkisi göstermektedir. Diğer değişkenler sabit kaldığında Kaygılı bağlanmanın bir birim artması GRCDÖ Empotans puanında 0.05 puanlık, GRCDÖ Dokunma puanında 0.07 puanlık, GRCDÖ Toplam puanda 0.25 puanlık, GRCDÖ Erken Boşalmada 0.05 puanlık, GRCDÖ Kaçınma puanlarında 0.03 bir artışa neden olmaktadır.

YİYE II kaçınmacı bağlanma GRCDÖ Dokunma ($p<0.05$) ve GRCDÖ iletişim ($p<0.01$) değişkenlerini istatistiksel olarak anlamlı derecede yordamaktadır. Diğer değişkenler sabit kaldığında kaçınmacı bağlanma puanları bir birim artması GRCDÖ Dokunma puanlarında 0.04, GRCDÖ iletişim puanlarında 0.5 puanlık bir artışa neden olmaktadır. (Tablo 34)

Tablo 35: Erkek Katılımcılarda GRCDÖ Empotans Puanlarının Yordanmasına Dair Lineer Regresyon Analizi Sonuçları (HAM-D, HAM A, yaş, medeni durum kontrollü)

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	R ²	B	Std.Hata	β	t	p	Güven Aralığı
GRCDÖ Empotans (df:6,91; F:2.181)	HAM-D	0.126	0.019	0.114	0.019	0.164	0.870	-0.207 0.244
	HAM-A		0.005	0.091	0.006	0.050	0.960	-0.177 0.186
	Yaş		0.005	0.040	0.013	0.120	0.905	-0.074 0.084
	Medeni Durum		1.661	1.438	0.117	1.155	0.251	-1.196 4.517
	Kaçınmacı Bağlanma		0.018	0.023	0.087	0.780	0.438	-0.028 0.064
	Kaygılı Bağlanma		0.049	0.018	0.306	2.710	0.008**	0.013 0.086

Çoklu hiyerarşik lineer regresyon analizinde kontrol parametreleri olarak HAM-D, HAM A, yaş, medeni durum değişkenleri ilk basamakta modele alındı. YİYE II Kaygılı ve Kaçınmacı bağlanma alt ölçekleri ikinci basamakta modele dahil edildi. Çoklu hiyerarşik lineer lojistik regresyon analizinde elde edilen nihai model istatistiksel olarak anlamlı değildir ($F(6,91)=2.181$, $p=0.052$). Bununla birlikte kontrol değişkenlerine rağmen Kaygılı bağlanma puanının GRCDÖ Empotans ile olan pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişkisi devam etmektedir($p<0.01$). (Tablo 35)

Tablo 36: Çalışmaya Katılan Erkeklerin GRCDÖ Erken Boşalma Puanlarının Yordanmasına Dair Lineer Regresyon Analizi Sonuçları (HAM-D, HAM A, yaş, medeni durum, kontrollü)

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	R ²	B	Std.Hata	β	t	p	Güven Aralığı
GRCDÖ E. Boşalma (df:6,91; F:1.494)	HAM-D	0.090	0.025	0.141	0.020	0.178	0.859	-0.255 0.305
	HAM-A		0.062	0.113	0.063	0.544	0.588	-0.164 0.287
	Yaş		-0.005	0.049	-0.010	-0.095	0.925	-0.103 0.093
	Medeni Durum		0.066	1.785	0.004	0.037	0.970	-3.478 3.611
	Kaçınmacı Bağlanma		0.020	0.029	0.079	0.698	0.487	-0.037 0.077
	Kaygılı Bağlanma		0.046	0.23	0.236	2.048	0.043*	0.001 0.091

Çoklu hiyerarşik lineer regresyon analizinde kontrol parametreleri olarak HAM-D, HAM A, yaş, medeni durum değişkenleri ilk basamakta modele alındı. YİYE II Kaygılı ve Kaçınmacı bağlanma alt ölçekleri ikinci basamakta modele dahil edildi. Çoklu hiyerarşik lineer lojistik regresyon analizinde elde edilen nihai model istatistiksel olarak anlamlı değildir ($F(6,91)=1.494$, $p=0.189$). Bununla birlikte kontrol değişkenlerine rağmen Kaygılı bağlanma puanının GRCDÖ Erken Boşalma ile olan pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişkisi devam etmektedir ($p<0.05$). (Tablo 36).

Tablo 37: Erkek Katılımcılarda GRCDÖ Dokunma Puanlarının Yordanmasına Dair Lineer Regresyon Analizi Sonuçları (HAM-D, HAM A, yaş, medeni durum kontrollü)

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	R ²	B	Std.Hata	β	t	p	Güven Aralığı
GRCDÖ Dokunma (df:6,91; F:2.191)	HAM-D	0.127	0.073	0.082	0.101	0.894	0.374	-0.089 0.2360.002
	HAM-A		-0.032	0.066	-0.056	-0.493	0.623	-0.163 0.098
	Yaş		-0.055	0.029	-0.201	-1.934	0.056	-0.112 0.002
	Medeni Durum		1.646	1.035	0.160	1.590	0.115	-0.410 3.702
	Kaçınmacı Bağlanma		0.034	0.017	0.226	2.028	0.046*	0.001 0.067
	Kaygılı Bağlanma		0.007	0.013	0.064	0.567	0.572	-0.019 0.034

Çoklu hiyerarşik lineer regresyon analizinde kontrol parametreleri olarak HAM-D, HAM A, yaş, medeni durum değişkenleri ilk basamakta modele alındı. YİYE II Kaygılı ve Kaçınmacı bağlanma alt ölçekleri ikinci basamakta modele dahil edildi. Çoklu hiyerarşik lineer lojistik regresyon analizinde elde edilen nihai model istatistiksel olarak anlamlı değildir ($F(6,91)=2.191$, $p=0.052$). Bununla birlikte kontrol değişkenlerine rağmen Kaçınmacı bağlanma puanının GRCDÖ Dokunma ile olan pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişkisi devam etmektedir ($p<0.05$). (Tablo 37)

Tablo 38: Erkek Katılımcılarda GRCDÖ Kaçınma Puanlarının Yordanmasına Dair Lineer Regresyon Analizi Sonuçları (HAM-D, HAM A, yaş, medeni durum kontrollü)

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	R ²	B	Std.Hata	β	t	p	Güven Aralığı
GRCDÖ Kaçınma (df:6,91; F:1.496)	HAM-D	0.090	-0.087	0.092	-0.109	-0.944	0.348	-0.269 0.096
	HAM-A		0.041	0.074	0.065	0.558	0.578	-0.106 0.188
	Yaş		-0.008	0.032	-0.027	-0.250	0.803	-0.072 0.056
	Medeni Durum		1.128	1.162	0.100	0.971	0.334	-1.180 3.437
	Kaçınmacı Bağlanma		0.009	0.019	0.057	0.500	0.619	-0.028 0.046
	Kaygılı Bağlanma		0.033	0.015	0.258	2.238	0.028*	0.004 0.062

Çoklu hiyerarşik lineer regresyon analizinde kontrol parametreleri olarak HAM-D, HAM A, yaş, medeni durum ve mastürbasyon durumu değişkenleri ilk basamakta modele alındı. YİYE II Kaygılı ve Kaçınmacı bağlanma alt ölçekleri ikinci basamakta modele dahil edildi. Çoklu hiyerarşik lineer lojistik regresyon analizinde elde edilen nihai model istatistiksel olarak anlamlı değildir (F(6,91)=1.496, p=0.188). Bununla birlikte kontrol değişkenlerine rağmen Kaygılı bağlanma puanının GRCDÖ Kaçınma ile olan pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişkisi devam etmektedir(p<0.05). (Tablo 38)

Tablo 39: Erkek Katılımcılarda GRCDÖ Doyum Puanlarının Yordanmasına Dair Lineer Regresyon Analizi Sonuçları (HAM-D, HAM A, yaş, medeni durum kontrollü)

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	R ²	B	Std.Hata	β	t	p	Güven Aralığı
GRCDÖ Doyum (df:6,91; F:4.178)	HAM-D	0.164	-0.018	0.114	-0.017	-0.162	0.871	-0.244 0.207
	HAM-A		-0.035	0.092	-0.041	-0.381	0.704	-0.217 0.147
	Yaş		0.006	0.040	0.014	0.141	0.888	-0.074 0.085
	Medeni Durum		1.743	1.439	0.116	1.211	0.229	-1.115 4.602
	Kaçınmacı Bağlanma		0.027	0.023	0.123	1.163	0.248	-0.019 0.073
	Kaygılı Bağlanma		0.070	0.018	0.410	3.836	0.001	0.034 0.106

Çoklu hiyerarşik lineer regresyon analizinde kontrol parametreleri olarak HAM-D, HAM A, medeni durum değişkenleri ilk basamakta modele alındı. YİYE II Kaygılı ve Kaçınmacı bağlanma alt ölçekleri ikinci basamakta modele dahil edildi. Çoklu hiyerarşik lineer lojistik regresyon analizinde elde edilen nihai model anlamlıdır ($F(6,91)=4.178$, $p<0.01$). Diğer değişkenler sabit kaldığında kaygılı bağlanmanın bir birim artması GRCDÖ Doyumda 0.07 puanlık bir artışa neden olan pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişkinin sürdüğü görülmektedir (Tablo 39).

Tablo 40: Erkek Katılımcılarda GRCDÖ Sıklık Puanlarının Yordanmasına Dair Lineer Regresyon Analizi Sonuçları (HAM-D, HAM A, yaş, medeni durum kontrollü)

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	R ²	B	Std.Hata	β	t	p	Güven Aralığı
GRCDÖ Sıklık (df:6,91; F:0.892)	HAM-D	0.041	0.074	0.066	0.561	0.576	-0.105	0.188
	HAM-A	0.005	0.059	0.011	0.089	0.929	-0.113	0.123
	Yaş	0.004	0.026	0.015	0.138	0.891	-0.048	0.055
	Medeni Durum	0.547	0.936	-0.061	-0.585	0.560	-2.406	1.311
	Kaçınmacı Bağlanma	0.009	0.015	0.071	0.613	0.541	-0.021	0.039
	Kaygılı Bağlanma	0.016	0.012	0.155	1.325	0.189	-0.008	0.039

Çoklu hiyerarşik lineer regresyon analizinde kontrol parametreleri olarak HAM-D, HAM A, yaş, medeni durum değişkenleri ilk basamakta modele alındı. YİYE II Kaygılı ve Kaçınmacı bağlanma alt ölçekleri ikinci basamakta modele dahil edildi. Çoklu hiyerarşik lineer lojistik regresyon analizinde elde edilen nihai model istatistiksel olarak anlamlı değildir ($F(6,91)=0.892$, $p=0.505$). Kaçınma ve Kaygılı bağlanma değişkenleri de istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermemektedir ($p>0.05$). (Tablo 40)

Tablo 41: Erkek Katılımcılarda GRCDÖ İletişim Puanlarının Yordanmasına Dair Lineer Regresyon Analizi Sonuçları (HAM-D, HAM A, yaş, medeni durum kontrollü)

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	R ²	B	Std.Hata	β	t	p	Güven Aralığı
GRCDÖ İletişim (df:6,91; F:3.540)	HAM-D	0.189	0.074	0.077	0.104	0.958	0.341	-0.079 0.226
	HAM-A		0.017	0.062	0.029	0.268	0.789	-0.106 0.139
	Yaş		0.018	0.027	0.067	0.671	0.504	-0.035 0.072
	Medeni Durum		0.941	0.972	0.094	0.968	0.335	-0.990 2.872
	Kaçınmacı Bağlanma		0.047	0.016	0.325	3.027	0.003*	0.016 0.078
	Kaygılı Bağlanma		0.015	0.012	0.132	1.218	0.226	-0.009 0.040

Çoklu hiyerarşik lineer regresyon analizinde kontrol parametreleri olarak HAM-D, HAM A değişkenleri ilk basamakta modele alındı. YİYE II Kaygılı ve Kaçınmacı bağlanma alt ölçekleri ikinci basamakta modele dahil edildi. Çoklu hiyerarşik lineer lojistik regresyon analizinde elde edilen nihai model anlamlıdır (F(6,91)=3.540, p=0.003). Diğer değişkenler sabit kaldığında kaçınmacı bağlanmanın bir birim artması GRCDÖ İletişim puanlarında 0.047 puanlık bir artışa neden olup pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişkinin sürdüğü görülmektedir. (Tablo 41)

Tablo 42: Erkek Katılımcılarda GRCDÖ Toplam Puanlarının Yordanmasına Dair Lineer Regresyon Analizi Sonuçları (HAM-D, HAM A, yaş, medeni durum kontrollü)

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	R ²	B	Std.Hata	β	t	p	Güven Aralığı
GRCDÖ Toplam (df:6,91; F:4.591)	HAM-D	0.232	0.084	0.457	0.019	0.184	0.855	-0.823 0.991
	HAM-A		0.076	0.368	0.022	0.206	0.838	-0.654 0.806
	Yaş		0.007	0.160	0.004	0.045	0.964	-0.311 0.325
	Medeni Durum		7.538	5.780	0.123	1.304	0.195	-3.943 19.020
	Kaçınmacı Bağlanma		0.160	0.093	0.180	1.718	0.089	-0.025 0.344
	Kaygılı Bağlanma		0.261	0.073	0.376	3.554	0.001* *	0.115 0.406

Çoklu hiyerarşik lineer regresyon analizinde kontrol parametreleri olarak HAM-D, HAM A, medeni durum değişkenleri ilk basamakta modele alındı. YİYE II Kaygılı ve Kaçınmacı bağlanma alt ölçekleri ikinci basamakta modele dahil edildi. Çoklu hiyerarşik lineer lojistik regresyon analizinde elde edilen nihai model anlamlıdır ($F(6,91)=4.591$, $p<0.001$). Diğer değişkenler sabit kaldığında kaygılı bağlanmanın bir birim artması GRCDÖ toplam puanlarında 0.26 puanlık bir artışa neden olup pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişkinin sürdüğü görülmektedir. (Tablo 42)

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada amaçlarımız;

- 1) Psikiyatri polikliniğine başvuran kadın ve erkek olgularda CİB ve farklı cinsel işlev alanlarının bağlanma stilleri ile ilişkisini incelemek,
- 2) Psikiyatri polikliniğine başvuran kadın ve erkek olgularda CİB ve farklı cinsel işlev alanlarının beden algısı ile ilişkisini incelemek,
- 3) Psikiyatri polikliniğine başvuran kadın ve erkek olgularda beden algısının bağlanma stilleriyle ilişkisini incelemektir. Bulgular bu bağlamda tartışıldı.

5.1. SOSYODEMOGRAFİK VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Çalışmamıza 115 kadın ve 98 erkek katılımcı dahil edilmiştir. Çalışmamızın güçlü yanlarından biri; kadın ve erkek katılımcılar arasında çalışma durumu haric sosyodemografik özellikler açısından anlamlı bir fark görülmemesidir. Kadın katılımcılarda çalışmayanların oranı erkek katılımcılardan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Bu sonucun ülkemizde yapılan çalışmalarda bildirilen kadın ve erkeklerin işgücüne katılım oranları arasındaki farkı yansıttığı söylenebilir (127). Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı verilerine göre Türkiye’de profesyonel çalışma hayatında kadın oranı %32, Amerika Birleşik Devletleri’nde %56’dır (128).

5.2. KADIN VE ERKEK HASTALARIN CİNSEL BİLGİLENME, MASTÜRBASYON, CİNSEL YAŞANTI VE CİNSEL YAKINMALARINA DAİR ÖZELLİKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Kadın katılımcılarda cinsel bilgilendirme yaşı, ilk mastürbasyon yaşı ve ilk cinsel birleşme yaşı erkek katılımcılardan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Kadın ve erkek katılımcılar arasında cinsel bilgi kaynağı açısından da

istatistiksel olarak anlamlı derecede fark saptandı. Kadın katılımcılarda cinsel bilgi kaynağı aile, eş ve arkadaşlar iken, erkek katılımcılarda arkadaşlar olduğu söylenebilir. Yıldırım ve ark.'nın CİB tanısı alan kadın ve erkek olgularda cinsiyete ilişkin farkları araştırdıkları çalışmasında; çalışmamızla benzer şekilde cinsel bilgilenme kaynağı açısından cinsiyetler arası fark saptanmıştır. Kadın olguların esas bilgi kaynağının eşleri olduğu, ilk cinselliği eşleri ile yaşadıkları ifade edilmiştir. Benzer şekilde mastürbasyonu öğrenme yaşı, ilk cinsel birleşme yaşı açısından da fark bulunduğu ve erkeklerin cinsel etkinliğe daha erken yaşlarda başladığı ifade edilmiştir (129). Cinsel tutum ve davranışlarda cinsiyet farklarını ele alan çeşitli yurtdışı kaynaklı çalışmalarda da yine ilk cinsel birleşme yaşında kadın ve erkek cinsiyet arasındaki örüntü benzerdir (130,131).

Cinsellikte cinsiyet farklarını ele alan bir araştırmada; kadınların ilk cinsel deneyimlerinin erkeklerden daha geç yaşta ve genelde duygusal bir ilişki örüntüsü içinde gerçekleştiği, birçok kadının bağlılık kurulmuş bir ilişkiyi cinsellik yaşamının ön koşulu olarak gördüğü ifade edilmiştir (132). Bazı teorisyenler kadın ve erkek arasındaki bu farklılıkları genetik ve hormonal köken ile açıklasa da, son yıllarda özellikle Amerika Birleşik Devletleri temelli birkaç çalışmada ilk cinsel birleşme yaşındaki farkın kaybolduğu hatta tersine döndüğü ve bu verilerin, kadın ve erkek arasındaki cinsel tutum ve davranış farklarını oluşturanın sosyokültürel bakış açısı ve beklentiler olduğuna işaret ettiği öne sürülmektedir (133).

Erkek katılımcılarda mastürbasyon yapanların oranı kadın katılımcıların yaklaşık iki katı iken, yine erkek katılımcılarda mastürbasyon sıklığı da yüksek bulundu. Bu sonuç mastürbasyonda cinsiyet farklılıklarını araştıran çalışmaların bulguları ile paraleldir (129,130,134). Cinsel tutum ve davranışlarda cinsiyetler arası farkları inceleyen çalışmaları ele alan 2010'da yayınlanmış bir meta analizde; çalışmaların tümünde tutarlı bir şekilde saptanan mastürbasyon prevalansında cinsiyetler arası farkın dikkat çekici olduğu belirtilmektedir (130).

Gerressu ve ark.'nın İngiltere'de yaptıkları bir saha çalışmasında; hayatında en az bir kere mastürbasyon yapmış erkeklerin oranı, kadınların yaklaşık iki katı olarak bulunmuştur. Aynı çalışmada yüksek eğitim düzeyi, yüksek sosyo ekonomik durum, eşcinsel yaşantılar ve daha erken yaşta cinsel etkinlikte bulunmanın kadınların mastürbasyon yapma sıklığı ile aynı yönde, çocuklu ya da dindar olmanın ise ters yönde

ilişkili olduğu bulunmuştur. Özellikle yüksek sosyoekonomik düzey ve eğitim düzeyinin, artmış cinsel eğitim ile ilişkili olduğu ve bilgiye ulaşma kolaylaştıkça kişilerin mastürbasyona yönelik tutumlarının da olumlu yönde değiştiği belirtilmiştir (135). Ülkemizde cinsel bilgisizliğin, eğitim düzeyinden bağımsız olarak oldukça yaygın olması ve kız çocuklarının cinselliğinden, bedeninden ve arzularından uzak tutularak yetiştirilmesi eğiliminin cinsiyetler arası bu farkın açılmasına katkıda bulunduğu öne sürülebilir (36, 136).

Çalışmamızda erkek katılımcıların cinsel ilişki başlatma sıklığı ve cinsel etkinliğe katılım düzeyi kadın katılımcılardan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu. Cinsel ilişki başlatma sıklığı, katılım düzeyi cinsel öykü alırken kişinin cinsel istek durumunu belirleme amacıyla yöneltilen sorulardandır. Tıp literatüründe bugüne kadar yapılan çalışmalarda genellikle çalışmamızla benzer olarak kadınlarda erkeklerden daha düşük olarak belirlenmesinin nedenleri tartışılmıştır (34,137). Erkeklerin daha sık cinsellik aklına getirdiği ve dolayısıyla daha sık cinsellik talep ettiğini gösteren çalışmalar bulunsun da bazı çalışmalar öz bildirim yolu ile elde edilen bu bilgilerin, sosyokültürel normlar ve beklentilerin etkisi ile çarpıtıldığını öne sürmektedir. Erkeklerin cinsel davranışlarını daha çok, daha sık olarak ifade etme eğiliminden, kadınların ise daha az ifade etme eğiliminden söz edilmektedir (138). Öte yandan özellikle ülkemiz gibi muhafazakar toplumlarda kadın ve erkeklerin hayata, birbirlerine ve cinselliğe ayrı ayrı hazırlanışının cinsel davranışlardaki etkisi göz önünde bulundurulmalıdır. Egemen toplumsal bakış açısı ile kız çocukları cinselliğinden, bedeninden ve arzularından ayırıştırılarak büyütülür. İyi bir kız, cinsel isteğini ifade etmez ve hatta bazen cinsellikten haz alması bile utanç kaynağı olarak görülür. Bu bakış açısı; kadınların cinsel davranışlarının oluşumunda kaçınılmaz olarak rol oynar. Kadın, böylece cinsellikte edilgen kılınır (36).

5.3. CİNSİYETE GÖRE BAĞLANMA ÖZELLİKLERİ İLE İLGİLİ DEĞERLENDİRMELER

Temel bağlanma boyutları açısından cinsiyetler karşılaştırıldığında; çalışmamızdaki kadın katılımcılarda bağlanmanın kaçınma boyutu erkeklere oranla yüksek bulunurken, kaygı boyutu açısından iki cinsiyet arasında fark gözlenmedi. Bağlanmanın kaçınma boyutu duyguları kontrol etme, bağlanma ihtiyacını ve yakınlık

arayışını bir anlamda gizlemek için yakınlık kurmaktan ve destek aramaktan kaçınma şeklinde bir savunma stratejisi kullanımını ifade eder (139). Kaçınan bağlanan bireylerin, cinsel etkileşimlerin içinde barındırdığı duygusal yakınlıktan da rahatsızlık duyduğu bilinmektedir (140,141). Kaçınma stratejisinin çalışmamızdaki kadınlarda daha çok kullanılıyor olması, cinsel yakınlıktan ve cinsel ilişkiden kaçınma sonucu cinsel birleşmenin kadınlarda erkeklere göre daha geç yaşlara bırakılmış olmasını açıklayabilir.

Küme analizi ile elde edilen dörtlü bağlanma modeli türlerinde ise korkulu bağlanan kadın katılımcıların oranı korkulu bağlanan erkeklerden fazla bulundu. Literatürde, kadınlarda korkulu bağlanma türüne, erkeklerde kayıtsız bağlanma türüne daha sık rastlandığını ifade eden çalışmalar bulunmaktadır (142,143). Çalışmamızda erkek katılımcılardaki dağılım bu eğilimi göstermese de, erkeklerde beklenen bu durumun evrensel bir doğru olmadığına yönelik çalışmalar da vardır. Kayıtsız bağlanma erkeklerde gerçekten daha mı sık görülüyor sorusunun cevabını arayan bir çalışmada; erkeklerde kayıtsız bağlanmanın kadınlara göre daha sık bulunmasının sosyokültürel faktörlerle ilişkili olup evrensel geçerliliği olmadığı, farklı sosyokültürlerde farklı sonuçlarla karşılaşıldığı, dahası birçok çalışmada bu yönde sonuç çıksa da birçoğunda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulunmadığı belirtilmiştir (144).

5.4. BEDEN İMAJI İLE CİNSİYET VE BAĞLANMA STİLİ İLİŞKİSİ ÜZERİNE DEĞERLENDİRMELER

Çalışmamızda beden imajı puanları literatürle paralel olarak kadınlarda, erkeklerden anlamlı düzeyde düşük bulundu (100,145,146). Kadın bedeninin, erkek bedenine göre toplum ve medya tarafından daha fazla irdelenmesi, kadının özellikle partnerine ve akranlarına nasıl görüldüğüyle ilgili farkındalığını artırmaktadır. Bunun sonucunda kadınlar, bilişsel ve davranışsal olarak fiziksel görünümlerine erkeklere oranla daha fazla yatırım yapmakta, ideal ve gerçek vücutları arasında daha fazla olumsuz karşılaştırmalar deneyimlemektedirler (101,102,147).

Beden imajının bağlanmanın kaygı ve kaçınma boyutları ile ilişkisine bakıldığında her iki cinsten hem kaygılı hem de kaçınan bağlanma, olumsuz beden imajı ile ilişkili bulunmuştur. Depresyon, anksiyete, ilişki durumu ve yaş kontrol edildiğinde

de istatistiksel açıdan anlamlı ilişkiler sürmüştür. Bağlanma stilleri ve beden imajı ilişkisinin incelendiği kısıtlı sayıdaki literatürde ise kaygılı bağlanmanın olumsuz beden imajı üzerine etkilerine yönelik bulgular ön planda gözlenmiştir. Ancak bu çalışmalar yalnızca üniversite öğrencilerini ele alan çalışmalardır. Çalışmamızda elde edilen sonucun, üniversite öğrencilerinde elde edilen bulguları tekrarlamaması ele alınan grupların farkından kaynaklanıyor olabilir (23,112).

Çalışmamızda her iki cinsten korkulu bağlanan katılımcıların beden imgelerinin, güvenli ve saplantılı bağlanana göre daha olumsuz olduğu bulundu. Literatür incelendiğinde; güvensiz bağlanma ile olumsuz beden imajı ilişkisini gösteren çeşitli çalışmalar bulunsada bunların çoğu yeme bozuklukları, obezite gibi belirli klinik gruplarda ve kadınlar üzerinedir (22,23,148). Her iki cins ve klinik olmayan üniversite öğrencilerini ele alan iki çalışma ise YİYE-II'nin kaygı ve kaçınma alt ölçek puanları ile değerlendirme yapmış ve küme analizi ile dört bağlanma stilini elde etmemiştir (23,112). Dörtlü modele göre korkulu, saplantılı, kayıtsız ve güvenli bağlanma stilleri elde edilerek beden imajı ile ilişkisine bakılmış yalnızca bir çalışmaya; Uras'ın çalışmasına ulaşılabilmektedir. Uras, bağlanma stillerini belirlemek için Bartholomew ve Horowitz'in geliştirdiği 4 sorudan oluşan "Relationship Questionnaire" (İlişki Anketi) kullandığı çalışmada; güvenli bağlanan bireylerin, korkulu ve saplantılı bağlanana göre daha yüksek bedensel memnuniyet bildirdiğini ifade etmiştir. Bu sonuç çalışmamızla uyumludur; çalışmamızda da güvenli bağlanan bireylerde bedeninden memnuniyet daha yüksektir. Ancak Uras'ın çalışmasından farklı olarak çalışmamızda korkulu bağlanma, diğer bağlanma türlerine göre öne çıkarak düşük beden imajı ile istatistiksel anlamlı ilişki göstermiştir. Uras'ın çalışmasında yalnızca üniversite öğrencilerinin ele alınması, bağlanma stilini belirlemek için bireyin kendisinin hangi dört bağlanma tanımından birine daha çok uyduğunu belirttiği İlişki Anketi kullanılması ve beden imgesinin de çalışmamızdan farklı bir yöntem ile değerlendirilmesi gibi örneklem ve yöntem farkları bu bulgudaki farkı açıklayabilir (21).

Korkulu bağlanma, olumsuz benlik ve olumsuz başkaları modellerini ifade eder. Korkulu bağlanan bireyler kendilerini değersiz bulmaları ve sevmeye layık görmemelerinin yanı sıra, diğerleri tarafından da değersiz görüldükleri, eleştirilecekleri, reddedilecekleri düşüncesine sahiptirler (7). Hem zihinlerindeki 'ben' temsili bir parçası olan bedenleriyle ilgili olumsuz düşüncelere sahip olabilirken, hem de karşı

tarafın kendi dış görünüşlerini beğenmeyeceği, eleştireceği düşüncesine sahip olabilir ve bu düşünceleri içselleştirebilirler (7,102). Bu iki faktörün bir araya gelişi; diğer bağlanma türlerine göre daha olumsuz beden algısına sahip olmalarını açıklayabilir.

5.5. BEDEN İMAJI İLE CİNSEL İŞLEVLER ÜZERİNE DEĞERLENDİRMELER

Kadınlarda düşük cinsel doyum, genel cinsel işlevsellikte bozulma ve cinsel kaçınma davranışları olumsuz beden imajı ile güçlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki gösterdi. Bulguların, kadınlarda olumsuz beden imgesinin cinsel işlevlerin çeşitli alanlarında bozulmaya yol açtığına dair literatürle paralel olduğu söylenebilir. Bugüne kadar yapılan çeşitli çalışmalarda; kadınlarda düşük cinsel doyum, düşük cinsel işlevsellik ve cinsel kaçınma davranışları düşük beden algısına sahip olma ile ilişkilendirilmiştir (24,104,105,107,108,149). Ek olarak Kılıç ve ark. her iki cinste dokunma, sıklık ve iletişim alanlarında bozulmayı, Gündüz ise dokunma, iletişim, vajinismus ve anorgazmi alanlarındaki bozuklukları olumsuz beden algısı ile ilişkili bulmuşlardır. Ancak her iki çalışma da belirli klinik grupları ele almıştır. Kılıç ve ark. kalıcı ostomi ameliyatı olmuş hastaları, Gündüz ise sedef hastalarını incelemiştir (24,61). Beden algısını ve cinsel işlevleri olumsuz yönde etkilediği bildirilen bu hastalıklar bireyde daha fazla cinsel işlev alanında soruna yol açıyor olabilir (24,61). İstek, uyarılma ve orgazm alanlarını beden memnuniyeti ile ilişkili bulmuş başka çalışmalar da vardır (106,108,150). Ancak bu çalışmaların beden imajı ve cinsel işlevleri farklı yöntemlerle değerlendirmelerinin yanı sıra örneklemeleri de çoğu bir ilişki içinde olmayan üniversite öğrencilerinden veya cinsel yönelim ve ilişki durumu açısından farklı gruplardan oluşmaktadır. Sanchez ve Kiefer'in çalışmasında bir ilişki içinde olan kadın ve erkeklerde, kendi bedeni ile ilgili uğraşların azaldığı ve orgazma ulaşma güçlüklerinin daha az görüldüğü belirtilmektedir (106). Örneklemi partneri olan heteroseksüel kadınlardan oluşan çalışmamızın bulguları bu nedenle farklılık gösteriyor olabilir.

Erkeklerde empotans, düşük cinsel doyum, ve genel cinsel işlevsellikte bozulma olumsuz beden imajı ile güçlü ilişki, sıklıkta azalma ise daha zayıf bir istatistiksel açıdan anlamlı ilişki gösterdi. Erkeklerde beden algısı ve cinsel işlevler alanında yapılmış oldukça az sayıdaki çalışmada, bulgularımızla paralel olarak erkeklerde

olumsuz beden imajı; düşük cinsel doyum, azalmış cinsel davranış sıklığı ve daha sık cinsel problem yaşama ile ilişkilendirilmiştir (24,105,106). Kılıç ve ark.'nın kalıcı ostomili hastaları ele aldığı çalışmasında bulgularımıza ek olarak dokunma ve kaçınma, Gündüz'ün sedef hastalarını ele aldığı çalışmasında da ek olarak dokunma, kaçınma ve erken boşalma beden imajı ile ilişkili bulunmuştur (24,61). Ancak yukarıda bahsettiğimiz gibi çalışmamızdan farklı olarak kalıcı bedensel değişiklikleri olan grupların seçilmiş olması bu farkı açıklıyor olabilir (24,61).

Çalışmamızda olumsuz beden algısı, hem kadında hem erkekte cinsellikten daha az doyum alma ve düşük cinsel işlevsellikle ilişkili görünmektedir. Depresyon, anksiyete, ilişki durumu ve yaş kontrol edildiğinde de istatistiksel açıdan anlamlı ilişkiler sürmüştür. Cinsellikten haz ve doyum almak, gevşemeyi ve kendini bırakmayı gerektirir. Cinsellik sırasında beden ile ilgili olumsuz bilişlerin kendini izlemeye yol açtığı, cinsel haza odaklanmaktan ve doyumlu bir cinsellikten uzaklaştırdığı ve hatta kadınlarda bedenini sergilemekle ilgili kaygılar nedeni ile cinsel kaçınma davranışlarına yol açabileceği söylenebilir (25,151,152).

5.6. KADINLARDA CİNSEL İŞLEVLER İLE BAĞLANMA STİLİ İLİŞKİSİ ÜZERİNE DEĞERLENDİRMELER

Kadınların GRCDÖ ile elde edilen cinsel işlev değişkenleri ile YİYE-II kaçınma ve kaygı alt ölçek puanları karşılaştırıldı. Çalışmaya katılan kadınlarda bağlanmanın kaçınma boyutu; cinsel iletişim, doyum, kaçınma, dokunma, anorgazmi alanlarında ve genel cinsel işlevsellikte bozulma ile güçlü istatistiksel açıdan anlamlı ilişki, vajinismus ile ise daha zayıf ama yine istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermiştir. Bağlanmanın kaygı boyutu ise; cinsel doyum, kaçınma, dokunma, anorgazmi alanlarında ve genel cinsel işlevsellikte bozulma ile güçlü ilişki, cinsel iletişim ile daha zayıf bir ilişki göstermiştir.

Bu bulgular kısmen, bağlanma stiline kadın cinselliği ile nasıl etkileştiğini araştıran çalışmaların sonuçlarıyla tutarlıdır. Geçmiş çalışmalarda yüksek düzeyde kaygılı ve kaçınan bağlanmanın, genel cinsel işlevsellikte bozulma ile ilişkili olduğu gösterilmiştir, çalışmamızın bulguları da bunu destekler niteliktedir (13,14,87,88). Çalışmamıza benzer olarak Feeney yaş ortalaması 18.38 olan üniversite öğrencilerini

ele aldığı çalışmasında, kadınlarda partneriyle cinsellik hakkında iletişime açık olmanın, hem kaçınan hem kaygılı bağlanma ile ters ilişkili olduğunu öne sürmüştür (9). Yine ortalama yaşı 25.46 olduğu başka bir çalışmada hem kaygılı hem kaçınan bağlanma ketlenmiş cinsel iletişim ile ilişkili bulunmuştur (153). Çalışmamızda cinsel iletişim sorunları ile kaçınan bağlanmanın daha güçlü, kaygılı bağlanmanın daha zayıf bir ilişki göstermesi grubumuzun sosyodemografik özelliklerinden kaynaklanıyor olabilir. Uzun bir ilişki örüntüsü içinde olan ileri yaş bireylerde, kaygılı bağlanmanın bazı olumsuz etkilerinin daha az görülebileceği mevcut literatürde vurgulanmıştır (92,154). Yüksek kaçınan bağlanma gösteren bireylerde ise genç yaşlarda cinsellikte bir zorluk yaşadıklarında ilişkiyi sonlandırma eğilimi olduğundan, ancak ileri yaşlarda bağlılık gerektiren uzun süreli bir ilişki içindeyken kaçınan bağlanmaya ait cinsellikteki etkilerin daha belirgin olabileceğinden (örn: mevcut partneri ile cinsel sorunlarını konuşmaktan kaçınmak) söz edilmektedir (92).

Literatüre bakıldığında; çalışmamıza paralel olarak hem kaçınan hem de kaygılı bağlanmanın kadınlarda daha az doyumlu bir cinsellikle ilişkili olduğu çeşitli çalışmalarla gösterilmiştir (13-15,155). Yine çalışma bulgularımızla benzer olarak cinsel kaçınma davranışları ile bağlanma stilleri ilişkisini ele alan literatürde, kadınlarda hem kaçınan hem kaygılı bağlanmanın cinsel kaçınma davranışları ile ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar vardır (87,92). GRCDÖ dokunma alt ölçeği ile belirlenen düşük cinsel uyarılma ve anorgazmi alt ölçeği ile belirlenen orgazm bozuklukları da literatürde çeşitli çalışmalarda hem kaygılı hem kaçınan bağlanma ile ilişkili bulunmuştur (13,15,16,87,88).

Çalışmamızda vajinismus değişkeni ile belirli cinsel aktivitede ağrı, birleşme girişiminde kasılma sorunları farklı bir tablo sergilemiş; yalnızca kaçınan bağlanma ile ilişkili bulunmuştur. Bu sonuç Dunkley ve ark.'nın ve Granot ve ark.'nın çalışmaları ile paraleldir (13,17). Bunun tersi olarak; vajinismus ile kontrol grubunu karşılaştıran iki farklı çalışmada ise bağlanmanın yalnızca kaygı boyutu vajinismus ile ilişkili bulunmuştur (84,156). Bağlanmanın kaçınma boyutu yakınlık ihtiyacının bastırılmasını, yakın ilişkiden ve başkasına bağımlı olmaktan duyulan rahatsızlığı ifade eder. Yüksek kaçınma gösteren bireyler ötekiyle bir ve bütün olmaktan rahatsızlık duyarken özerk olabilmeye daha çok önem atfedebilirler (76). Kaçınan bağlanan bireyler, duygusal bir ilişki örüntüsü içindeki cinsel yakınlıktan rahatsızlık duyabilirler ve hatta bunun için

kısa süreli ilişkilerde, gününbirlik cinsellik yaşamayı tercih edebilirler. Aksine kaygılı bağlanan bireyler ise ilişkilerinde yakınlık kaybı ile ilgili bir tehdit hissettiklerinde kaygılarını azaltmak ve sevildiklerinin temini için cinselliğe yönelebilir ve hatta partnerlerine ısrarcı olabilirler (92,140). Buna göre; çalışmamızdaki kaçınan bağlanan kadınlar da cinselliğin duygusal bileşenlerinden, bir ve bütün olmaktan duydukları rahatsızlık nedeni ile cinsel birleşmeden kaçınıyor ve cinsel birleşmeye yönelik bilinçli olmasa da bir direnç koyuyor olabilirler (76,92).

Sıklık değişkeni çalışmamızda bağlanma stilleri ile ilişkili bulunmasa da adölesanlarda ve genç erişkinlerde kaçınan bağlanmanın düşük cinsel aktivite sıklığı ile ilişkili bulunduğunu ifade eden çalışmalar vardır (92,157). Brassard, Shaver ve Lussier'in çalışmasında uzun ilişki süresinin her iki cinsten de cinsel ilişki sıklığını azalttığı ifade edilmiştir. Yaş ile cinsel etkinlik sıklığının azaldığını bildiren çalışmalar da literatürde yer almaktadır. Çalışmamızda 5 yıl ve üzeri düzenli cinsel partnere sahip katılımcıların örneklemin yarısını oluşturduğu düşünülürse güvenli bağlananlarda da uzun ilişki süresi ve yaş ile ilişkili azalmış sıklık bildirilmiş olabileceği ve anlamlı fark saptanmamasının bununla ilişkili olabileceği düşünüldü (92,157,158).

Kadınlarda YİYE-II alt ölçek puanlarının küme analizine sokulması sonucu elde edilen dört bağlanma stili (güvenli, saplantılı, korkulu, kayıtsız) ile GRCDÖ sıklık ve vajinismus değişkeni hariç cinsel işlev alanları arasında anlamlı bir ilişki bulundu. Literatür incelendiğinde tüm cinsel işlev alanları ile güvenli, saplantılı, korkulu, kayıtsız bağlanma stillerinin ayrı ayrı ele alındığı bir çalışmaya rastlanmadı. Çalışmamız, YİYE-II kaçınma ve kaygı alt ölçek puanlarının küme analizine sokulması sonucu dört ayrı bağlanma türünü elde edip her iki cinsten tüm cinsel işlev alanları ile ilişkisini değerlendiren ilk çalışmadır. Çalışmamızda kadınlarda korkulu bağlanma; cinsel doyum, genel cinsel işlevsellik, orgazm, cinsel iletişim, dokunma alanlarında bozulma ve cinsel kaçınma davranışları ile en çok ilişki gösteren bağlanma türü olarak öne çıkmıştır. Çeri'nin vajinismus tanısı almış kadınlar ve eşlerini, kontrol grubundaki çiftlerle dört bağlanma türü açısından karşılaştırdığı çalışmasında; güvenli, saplantılı, korkulu, kayıtsız bağlanma türleri açısından anlamlı fark bulunmamıştır (84). Çalışmamızın bulguları da Çeri'nin çalışmasını destekler nitelikteydi; vajinismus değişkeni açısından dört bağlanma türü arasında anlamlı fark bulunmadı.

Brassard ve ark.'nın kadınlarda güvensiz bağlanmanın cinsel doyum ve cinsel işlevsellik ile ilişkisini araştırdıkları çalışmalarında küme analizi ile dört bağlanma türü elde edilmese de, kayıtsız bağlanma türüne karşılık gelen kaçınması yüksek, kaygısı düşük kadınların en düşük cinsel doyuma sahip olan grup olduğu ifade edilmiştir. Aynı çalışmada literatür dikkate alındığında korkulu bağlanma türünün en düşük cinsel doyuma sahip olacağının beklendiği ancak çalışmalarındaki evli olmayan genç kadın profiline bu sonuca yol açmış olabileceği öne sürülmüştür (14).

Çalışmamızda en düşük cinsel doyum; korkulu bağlanan kadınlarda gözlemlendi. Cinsel doyum haricinde genel cinsel işlevsellik, orgazm, cinsel iletişim ve dokunma parametrelerinde bozulma ve cinsel kaçınma davranışları da en çok korkulu bağlanma stili ile ilişkili bulundu. Korkulu bağlanmada güvensiz bağlanma stratejilerinden hem kaygı hem de kaçınma kullanılmaktadır. Kaygılı bağlanan bireylerin cinselliklerinin kalitesini ilişkilerinin kalitesiyle ilişkilendirdikleri ve hatta aşkı ve romantik ilişkilerinin duygusal komponentlerini cinsellikten ayıramadıkları, cinsellikle eş tuttukları belirtilmektedir. Bu bireyler, duygusal yakınlık ihtiyacını gidermek için de cinsel yakınlığı kullanabilirler. Dolayısıyla cinsel problemlere yönelik aşırı hassas olabilmektedirler. Bu bireylerin, partnerleriyle cinsel alanda bir problem yaşadıklarında bunu neredeyse bir ilişki problemi gibi ele aldıkları ve yakınlık ile ilgili bir tehdit, partner tarafından reddedilme gibi algıladıkları söylenebilir (86,140,159,160). Çalışmamızın bulgularının da desteklediği gibi cinsel iletişimdeki zayıflığın kaçınan bağlanma ile güçlü bir ilişki sergilediği de göz önüne alınırsa; Kaçınma stratejisi kullanımı düşük, yalnızca kaygılı bağlanma özellikleri gösteren bir birey, ilişkisine yönelik olarak yorumladığı bu tehdidi çözmek için belki de partneriyle cinsel problemlerini konuşabilir veya farklı yollarla sorun çözme arayışına girebilir. Hatta kaygılı bağlanan bireylerin bağlanma ihtiyacını gidermek için cinselliğe yönelik ısrarcı olabildikleri belirtilmektedir (92,160). Ancak hem kaygılı bağlanma özelliği ile cinsel probleme yönelik aşırı hassas olan hem de kaçınma stratejisi kullanan, olumsuz öteki modeli ile karşı tarafı reddedici, eleştirici olarak algılayan korkulu bağlanan birey; cinsel problemi partneriyle konuşmaktan kaçınabilir, cinsel kaçınma davranışları sergileyebilir ve sonuç olarak cinsel problemlerin daha çok kısır döngüye girmesi söz konusu olabilir (92). Dolayısıyla korkulu bağlanmada kaygılı ve kaçınan bağlanma stratejilerinin bir arada kullanılması, cinsel işlev alanlarındaki bozulmaların hem

başlatıcı, hem sürdürücü etmenleri olarak rol oynayabilir. Bu korkulu bağlanmanın, kadınlarda bağlanma türleri arasında düşük cinsel işlevler ile en güçlü ilişki gösteren bağlanma türü olarak öne çıkmasını açıklayabilir.

Depresyon, anksiyete, yaş ve ilişki durumunun cinsel işlevleri etkilediği çeşitli çalışmalarla gösterilmiştir (151,161-163). Çalışmamızda bu faktörlerin etkisi ortadan kaldırılığında da bağlanma stilleri ile cinsel işlev değişkenleri arasındaki anlamlı ilişki sürüyor mu sorusunun cevabı arandı. Bu amaçla, kademeli olarak bu değişkenlerin etkisi kısmi korelasyon ile kaldırıldı. Kadınlarda depresyon değişkeninin etkisi kontrol edildiğinde GRCDÖ iletişim ve vajinismus değişkenleri dışındaki değişkenler ile bağlanma boyutları arasındaki anlamlı ilişkiler değişmedi. Depresyonun etkisi bertaraf edildikten sonra cinsel iletişim alanındaki bozulma ile bağlanmanın kaçınma boyutu arasındaki güçlü ilişki yine istatistiksel olarak anlamlılık sergilemeye devam etse de zayıfladı. Vajinismus ile ise kaygılı bağlanma anlamlı ilişki gösterdi ve kaçınan bağlanma ile ilişki kuvvetlendi. Anksiyete değişkeninin de kontrollü ele alınmasının benzer bir tablo sergilediği söylenebilir. Aslında depresyon ve anksiyete değişkenlerinin etkisi temizlendikten sonra, psikiyatri polikliniği başvurularından oluşan örneklemimizde kaygılı bağlanma ile vajinismus ilişkisinin ortaya çıkması, vajinismus tanımlı kadınları kontrol grubu ile karşılaştıran iki çalışmanın sonucu ile paralellik göstermiştir (84,156). Depresyon ve anksiyetenin bu yöndeki etkisi, çalışmamıza depresyona sekonder CİB'i bertaraf etmek amacıyla yalnızca HAM-D puanı 16'nın altında olan katılımcıların dahil edilmiş olmasından kaynaklanmış olabilir. Dahası; depresyon veya anksiyeteye ilişkin yakınması olmayıp yalnızca vajinismus veya dispareniye ilişkin yakınması olan CİB başvurularının da örneklemde yer alıyor olması böyle bir görünüme katkıda bulunmuş olabilir.

İlişki durumu ve yaş kontrollü ele alındığında cinsel iletişim haricindeki tüm GRCDÖ değişkenlerinin bağlanma stilleriyle ilişkisi aynı şekilde devam etti. İlişki durumu ve yaşın kontrol edildiği her iki durumda da bağlanmanın kaçınma boyutu ile cinsel iletişim arasındaki ilişki zayıflasa da istatistiksel anlamlılığını korudu. Yaş durumu kontrol edildiğinde ek olarak bağlanmanın kaygı boyutu ile cinsel iletişimde bozulma arasındaki ilişki kuvvetlendi. Bu sonucun; bağlanmanın kaçınma boyutunun cinselliğe olumsuz etkilerinin, gençlerde kısa süreli ilişki örüntüleri içinde belirgin olmayabileceğine ve kaygı boyutunun cinselliğe olumsuz etkilerinin ise ileri yaş

popölasyonda silikleşebileceğine dair literatür bilgisini de yansıttığı söylenebilir (92,154).

Çalışmamızda çoklu regresyon analizi sonrası kadınlarda kaygılı bağlanma, GRCDÖ doyum, anorgazmi ve GRCDÖ toplam değişkenlerini yordamaktadır. Kadınlarda kaçınan bağlanma ise çoklu regresyon analizi sonrası GRCDÖ kaçınma, dokunma ve GRCDÖ toplam değişkenlerini yordamaktadır. Bu sonucun Dunkley ve ark.'nın regresyon analizi sonuçları ile paralel olduğu söylenebilir (13).

5.7. ERKEKLERDE CİNSEL İŞLEVLER İLE BAĞLANMA STİLİ İLİŞKİSİ ÜZERİNE DEĞERLENDİRMELER

Erkeklerde cinsel işlev alanları ile bağlanmanın kaygı ve kaçınma boyutlarının ilişkisine bakıldığında kaygılı bağlanmanın dokunma hariç cinsel işlev alanlarının tümündeki bozulma ile ilişkili olduğu görüldü. Bu, erkeklerde çeşitli cinsel işlev alanlarının bağlanma stilleri ile ilişkisini inceleyen tek çalışma olan Dunkley ve ark.'nın çalışması ile kısmen tutarlıdır. Dunkley ve ark. erkeklerde kaygılı bağlanmayı cinsel doyum alanı hariç birçok alanda düşük cinsel işlevsellikle ilişkili bulurken cinsel doyum ile ise pozitif yönde bir ilişki bulunmuştur (13). Erkeklerde cinsel doyum ve bağlanma stili ilişkisi geçmiş birkaç çalışmada ele alınmıştır. Dunkley'nin çalışmasının aksine bu çalışmalarda hem kaygılı hem de kaçınan bağlanma çalışmamıza benzer şekilde erkekte düşük cinsel doyum ilişkili bulunmuştur (153,155,164,165). Çalışmamızda kaçınan bağlanma; empotans ve dokunma alanlarındaki bozulma ile zayıf bir istatistiki ilişki, doyum, iletişim ve genel cinsel işlevsellik alanlarındaki bozulma ile daha güçlü bir istatistiki ilişki gösterdi. Erken boşalma, cinsel kaçınma davranışları ve sıklık değişkeni ile ise ilişkili bulunmadı. Dunkley ve ark. bağlanma stilleri ile cinsel performans, ilgi, doyum ve fizyolojik yeterlilik alanlarının ilişkisini inceledikleri çalışmalarında erkeklerde kaçınan bağlanmanın herhangi bir cinsel işlev bozukluğu ile ilişkili bulunmadığını, aksine erkeklerde kaçınan bağlanmaya sahip olmanın daha iyi fizyolojik cinsel yeterlilik ile ilişkili olduğunu öne sürmüşlerdir (13). Kaçınan bağlanan erkeklerin genç yaşlarda, duygusal yakınlık kurmadan kısa süreli partnerler ile cinsellik yaşama eğilimleri olduğundan ve dolayısıyla kaçınan bağlanmanın cinselliğe olan olumsuz etkilerinin görülmeyebileceğinden söz edilmektedir. Karşı tarafı memnun etme veya kendi cinsel performansları ile ilgili kaygı taşımayabilecekleri ve dolayısıyla

cinsel doyum ve cinsel işlev sorunlarını daha az yaşadıkları da öne sürülmüştür (86,92,140,166). Çalışmamızdaki kaçınan bağlanan erkeklerin duygusal ve uzun bir ilişki örüntüsü içinde cinsel performanslarına ve karşı tarafı memnun etmeye dair tutumlarının değişebileceği düşünülürse Dunkley ve ark.'nın bir kısmı cinsel birleşme yaşamamış, çoğunluğu da bekar genç erkeklerden oluşan örnekleme ile farklı bulgular sergilemesi açıklanabilir (13). Brassard Lussier ve Shaver'ın çalışmasında ise, kaçınan bağlanan erkeklerin partnerli cinsel etkinlik sıklığının düşük olduğu ve cinsel kaçınma davranışlarının yüksek olduğu öne sürülmüştür (92). Ancak yine aynı çalışmada ilişki süresinin kadınlarda olduğu gibi erkeklerde de cinsel aktiveye yönelik ilgiyi ve cinsel aktivite sıklığını azalttığı bildirilmiştir. Buna göre; çalışmamızdaki katılımcıların ilişki durumu göz önüne alınırsa güvenli bağlanan katılımcıların da azalmış sıklık bildirmiş olabileceği düşünülebilir ve bu nedenle anlamlı ilişki sergilenmemiş olabilir. Ayrıca partnerli cinsel aktivite sıklığının ve cinsel kaçınma davranışlarının, partnerin bağlanma stratejileri ile de etkileştiği bildirilmiştir ancak bu bizim değerlendirdiğimiz bir parametre olmadığından ne yönde etkilemiş olabileceği bilinmemektedir (92).

Erkeklerde küme analizi ile dört bağlanma türü elde edilerek cinsel işlev alanları ile ilişki incelendiğinde; dokunma ve kaçınma değişkenleri açısından bağlanma türleri arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Diğer cinsel işlev alanlarında ve genel cinsel işlevsellikte ise güvenli bağlanma, diğer bağlanma türlerine göre belirgin derecede daha iyi işlevsellik ile ilişkili bulunmuştur. Çalışmamızda kadınlarda korkulu bağlanma stili düşük cinsel işlevsellik göstermede öne çıkarken, erkeklerde güvensiz bağlanma türlerinden herhangi biri cinsel işlevlerde bozulma ile ilişkide öne çıkmadı. Ancak çalışmamızda korkulu bağlanma modeline sahip erkek katılımcıların sayıca azlığının bu sonucu etkilemiş olabileceği göz önüne alınmalıdır.

Kadınlarda olduğu gibi erkeklerde de cinsel işlevler ve bağlanma stilleri ilişkisinde depresyon, anksiyete, ilişki durumu ve yaş değişkenleri kontrollü ele alındı. Depresyon ve yaş değişkenleri kontrollü ele alındığında değişkenler arası anlamlı ilişkiler aynı şekilde sürdü. Anksiyete kontrol edildiğinde ise kaygılı bağlanma ile cinsel iletişim ve cinsel kaçınma alanlarındaki pozitif yönlü ilişki zayıflarken sıklık alanındaki ilişki ise anlamlılığını yitirdi. İlişki durumu kontrol edildiğinde de kaygılı bağlanma ile sıklık değişkeni arasındaki anlamlı ilişki kaybolurken kaçınan bağlanma ile dokunma değişkeni arasındaki anlamlı ilişki güçlendi. Anksiyete ve ilişki durumunun kontrol

edilmesi ile; anksiyetenin cinsel işlevlerdeki olumsuz etkilerinin ve uzun ilişki örüntüsünün cinsel sıklık üzerine etkilerinin kaldırıldığı ve neticede literatürle uyumlu olarak erkeklerde kaygılı bağlanmanın azalmış cinsel sıklık ile ilişki sergilemediği söylenebilir (92).

Çalışmamızda çoklu regresyon analizi sonrası erkeklerde kaygılı bağlanma, GRCDÖ empotans, doyum, erken boşalma, kaçınma ve toplam puanlarını yordamaktadır. Kaçınan bağlanma ise yalnızca GRCDÖ dokunma ve iletişim değişkenlerini yordamaktadır. Bu sonuç Dunkley ve ark.'nın regresyon analizi sonuçları ile kısmen uyumludur. Çalışmamıza benzer olarak Dunkley ve ark.'nın çalışmasında erkeklerde kaygılı bağlanma birçok cinsel işlev alanındaki bozulma ile ilişkili bulunmuştur. Kaçınan bağlanmanın ise erkeklerde herhangi bir cinsel işlev alanındaki bozuklukla ilişkili bulunmadığı ifade edilmiştir. Dunkley ve ark.'nın çalışmasında cinsel işlevlerin farklı bir ölçek ile değerlendirilmesi bu farka yol açmış olabilir. Ancak genel olarak çalışmamızda; Dunkley ve ark.'nın çalışması ile benzer şekilde erkeklerde kaygılı bağlanmanın, kaçınan bağlanmaya göre daha çok cinsel işlev alanında bozulma ile ilişkili bulunduğu söylenebilir (13).

Sonuç olarak bağlanma stilinin cinsel işlevsellik üzerindeki etkilerinin, bağlanmanın romantik ilişkilerde oynadığı rolle paralellik sergilediği düşünülmüştür: Kaygılı bağlanma, reddedilmeyle ilgili güvensizlikler nedeniyle cinsel işlevlerde bozukluklara yol açabilirken, kaçınan bağlanma, cinsel yakınlığın rahatsız edici bir deneyim olarak algılanması nedeni ile cinsel işlev bozukluğuna yol açabilir (13).

5.8. ÇALIŞMANIN KISITLILIKLARI VE LİTERATÜRE KATKILARI ÜZERİNE DEĞERLENDİRMELER

Yalnızca en az 6 aydır düzenli cinsel partneri olan heteroseksüellerin çalışmaya alınması ile örneklemin çoğunluğunun ilişki içindeki heteroseksüellerden oluşması ve korkulu bağlanan erkek katılımcıların sayıca azlığı çalışmamızın kısıtlı yanlarını oluşturmaktadır. Örneklemin psikiyatri polikliniğine çeşitli nedenlerle başvuran kadın ve erkeklerden oluşması da bulguların genel topluma genellenmesini güçleştirmektedir. Ayrıca çalışmamız bu alandaki çoğu çalışma gibi bir korelasyon çalışması olup örneğin

bağlanma stilindeki farklılıkların doğrudan cinsel işlevlerde değişikliklere neden olup olmadığını tespit edememektedir.

Bugüne kadar cinsel işlevler ve bağlanma alanında yapılan birçok çalışma yalnızca kadın ve daha az olarak erkek cinsiyeti ele alırken çalışmamızda her iki cins birlikte ele alınmıştır. Bunun yanı sıra çalışmamız, YIYE-II kaçınma ve kaygı alt ölçek puanlarının küme analizine sokulması sonucu dört ayrı bağlanma türünü elde edip her iki cinsin tüm cinsel işlev alanları ile ilişkisini değerlendiren ilk çalışmadır. Çalışmamızdaki kadın ve erkek katılımcıların sosyodemografik açıdan benzer özellikler sergilemesi de çalışmamızın güçlü yanlarından biridir.

Beden imajı ve cinsel işlevsellik ilişkisi geçmiş çalışmalarda daha çok kalıcı bedensel değişikliğe yol açan bir operasyon geçirmiş gruplarda ele alınmıştır. Bağlanma ve beden imajı ilişkisi ise daha çok yeme bozukluğu klinik gruplarında çalışılmıştır. Çalışmamızda kalıcı beden problemi olmayan bir örneklem seçilmesi ve yalnızca yeme bozukluğu gibi belirli bir klinik grubun ele alınmaması ile literatüre bu alanlarda da katkı sağladığımızı düşünüyoruz.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızda güvensiz bağlanma stilleri her iki cinsle cinsel işlev alanlarında bozulma ile ilişkili bulunmuştur. Kaygılı bağlanma kadınlarda; cinsel doyum, kaçınma, dokunma, anorgazmi alanlarında ve genel cinsel işlevsellikte bozulma ile güçlü ilişki, cinsel iletişimde bozulma ile daha zayıf bir istatistiksel anlamlı ilişki göstermiştir. HAM-A, HAM-D, medeni durum ve yaş değişkenleri kontrol edilerek regresyon analizi uygulandığında kaygılı bağlanmanın kadınlarda; düşük cinsel doyum, anorgazmi ve düşük cinsel işlevselliği yordadığı bulunmuştur. Kadınlarda kaçınan bağlanma; cinsel iletişim, doyum, kaçınma, dokunma, anorgazmi alanlarında ve genel cinsel işlevsellikte bozulma ile güçlü istatistiksel açıdan anlamlı ilişki, vajinismus ile ise daha zayıf ama yine istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermiştir. HAM-A, HAM-D, medeni durum ve yaş değişkenleri kontrol edilerek regresyon analizi uygulandığında kaçınan bağlanmanın kadınlarda; dokunma alanında bozulma, düşük cinsel işlevsellik, cinsel kaçınma ve vajinismus yordayıcı olduğu bulunmuştur.

Erkeklerde kaygılı bağlanmanın dokunma alanı hariç cinsel işlev alanlarının tümündeki bozulma ile ilişkili olduğu görüldü. HAM-A, HAM-D, medeni durum ve yaş değişkenleri kontrol edilerek regresyon analizi uygulandığında kaygılı bağlanmanın düşük cinsel işlevsellik, düşük cinsel doyum, cinsel kaçınma davranışları, empotans ve erken boşalmayı yordadığı görülmüştür. Erkeklerde kaçınan bağlanma; empotans ve dokunma alanlarındaki bozulma ile zayıf bir istatistiki ilişki, doyum, iletişim ve genel cinsel işlevsellik alanlarındaki bozulma ile daha güçlü bir istatistiki ilişki gösterdi. HAM-A, HAM-D, medeni durum ve yaş değişkenleri kontrol edilerek regresyon analizi uygulandığında ise kaçınan bağlanma yalnızca cinsel iletişim ve dokunma alanlarındaki bozulmayı yordamıştır.

Küme analizi ile dört bağlanma türü elde edilerek cinsel işlevlerde bozulma ile ilişkisine bakıldığında; kadınlarda korkulu bağlanma türü çeşitli cinsel işlev alanlarında diğer bağlanma türlerine göre öne çıkmıştır. Erkeklerde ise güvensiz bağlanma türleri

cinsel işlevlerde bozulmada anlamlı fark göstermemiş, güvenli bağlanma daha iyi bir cinsel işlevsellik ile ilişkili bulunmuştur. Erkeklerde güvensiz bağlanma stillerinin cinsel işlev bozulmalarında anlamlı fark göstermemesi korkulu bağlanan erkek katılımcı sayısının azlığından kaynaklanmış olabileceğinden, gelecek çalışmalarda daha fazla sayıda katılımcının araştırmaya dahil edilmesi önemli olabilir.

Kadınlarda düşük cinsel doyum, genel cinsel işlevsellikte bozulma ve cinsel kaçınma davranışları olumsuz beden imajı ile güçlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki gösterirken, Erkeklerde empotans, düşük cinsel doyum, ve genel cinsel işlevsellikte bozulma olumsuz beden imajı ile güçlü ilişki, sıklıkta azalma ise daha zayıf bir istatistiksel açıdan anlamlı ilişki gösterdi. Buna göre; olumsuz beden algısı, hem kadında hem erkekte cinsellikten daha az doyum alma ve düşük cinsel işlevsellikle ilişkili görünmektedir. Depresyon, anksiyete, ilişki durumu ve yaş kontrol edildiğinde de istatistiksel açıdan anlamlı ilişkiler sürmüştür.

Çalışmamızda beden imajının kadınlarda erkeklere göre anlamlı derecede düşük olduğu görüldü. Beden imajının bağlanmanın kaygı ve kaçınma boyutları ile ilişkisine bakıldığında her iki cinsten hem kaygılı hem de kaçınan bağlanma, olumsuz beden imajı ile ilişkili bulunmuştur. Depresyon, anksiyete, ilişki durumu ve yaş kontrol edildiğinde de istatistiksel açıdan anlamlı ilişkiler sürmüştür. Çalışmamızda her iki cinsten korkulu bağlanan katılımcıların beden imgelerinin, güvenli ve saplantılı bağlananlara göre daha olumsuz olduğu bulundu. Hem kaygılı bağlanma stratejilerinin hem kaçınmacı bağlanma stratejilerinin bir arada kullanımı daha olumsuz bir beden imajı ile ilişkili görünmektedir.

Özet olarak; hipotetik olarak öne sürdüğümüz gibi güvensiz bağlanma stilleri hem kadınlarda hem erkeklerde cinsel işlev bozuklukları ile ilişkili bulundu. Kadınlarda hem kaygılı hem de kaçınan bağlanma çeşitli cinsel işlev alanları ile ilişkili bulundu. Erkeklerde ise farklı bir tablo gözlemlendi; erkeklerde kaygılı bağlanmanın birçok cinsel işlev alanındaki bozukluğu yordadığı bulunurken, kaçınan bağlanmanın erkekte çok daha az cinsel işlev alanındaki bozulmayı yordayıcı olduğu dikkat çekmiştir. Bağlanmanın cinsel işlevler ile tam olarak nasıl etkileştiğinin ortaya konması ve cinsiyetler arası farkların anlaşılabilmesi için gelecek çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Güvenli, saplantılı, kayıtsız ve korkulu bağlanma türleri elde edilerek değerlendirildiğinde; korkulu bağlanan katılımcıların da her iki cinsten daha düşük beden imajı ile ve kadınlarda daha kötü bir cinsel işlevsellik ile öne çıktığı görüldü.

Gelecek çalışmalarda daha fazla katılımcı sayısı ile, homoseksüel ilişki içinde olan bireyler de dahil edilerek beden imajı ile CİB, beden imajı ile bağlanma ve bağlanma ile CİB ilişkilerinin araştırılması konuyu daha anlaşılır kılacaktır.



7. KAYNAKLAR

1. İncesu C. Cinsel işlevler ve cinsel işlev bozuklukları. Klinik Psikiyatri Dergisi. 2004; 3:3–13.
2. Kaplan HS. The new sex therapy. Springer US, 1980, 363-377.
3. Kesebir S, Kavzoğlu SÖ, Üstündağ MF. Bağlanma ve psikopatoloji. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2011; 3:2.
4. Collins NL, Cooper ML, Albino A, Allard L. Psychosocial vulnerability from adolescence to adulthood: A prospective study of attachment style differences in relationship functioning and partner choice. Journal of Personality 2002; 70(6): 965-1008.
5. Nakash-Eisikovits O, Dutra L, Westen D. Relationship between attachment patterns and personality pathology in adolescents. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry 2002; 41(9): 1111-1123.
6. Ainsworth S, Blehar MC, Waters E, Wall S. Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation. Psychology Press 2014, 154-195.
7. Bartholomew K, Horowitz LM. Attachment styles among young adults: a test of a four-category model. Journal of personality and social psychology 1991; 61(2): 226-244.
8. Collins NL, Read S J. Adult attachment, working models, and relationship quality in dating couples. Journal of personality and social psychology 1990; 58(4): 644.
9. Feeney JA, Peterson C, Gallois C, Terry DJ. Attachment style as a predictor of sexual attitudes and behavior in late Adolescence. Psychology & health 2000; 14(6): 1105-1122.
10. Mikulincer M, Shaver PR. The attachment behavioral system in adulthood: activation, psychodynamics, and interpersonal processes. Advances in experimental social psychology 2003;35: 53-152.
11. Cyranowski JM, Andersen BL. Schemas, sexuality, and romantic attachment. Journal of personality and social psychology 1998; 74(5): 1364.

12. Hazan C, Zeifman D, Middleton K. Adult romantic attachment, affection, and sex. In 7th International Conference on Personal Relationships, Groningen, The Netherlands, 1994.
13. Dunkley CR, Dang SS, Chang SC, Gorzalka BB. Sexual Functioning in Young Women and Men: Role of Attachment Orientation. *Journal of sex & marital therapy* 2015;6: 1-18.
14. Brassard A, Dupuy E, Bergeron S, Shaver PR. Attachment insecurities and women's sexual function and satisfaction: The mediating roles of sexual self-esteem, sexual anxiety, and sexual assertiveness. *The Journal of Sex Research* 2015; 52(1): 110-119.
15. Costa RM, Brody S. Anxious and avoidant attachment, vibrator use, anal sex, and impaired vaginal orgasm. *The journal of sexual medicine* 2011; 8(9): 2493-2500.
16. Cohen DL, Belsky J. Avoidant romantic attachment and female orgasm: Testing an emotion-regulation hypothesis. *Attachment & human development* 2008; 10(1): 1-10.
17. Granot M, Somer E, Zisman-Ilani Y, Beny A, Sadger R, Mirkin R, Yovell Y. Characteristics of response to experimental pain in sexually abused women. *The Clinical journal of pain* 2011; 27(7): 616-622.
18. Rajkumar, RP. The impact of disrupted childhood attachment on the presentation of psychogenic erectile dysfunction: An exploratory study. *The journal of sexual medicine* 2015; 12(3): 798-803.
19. Ziyalar A. Beden İmajı Kavramı. *Yeni Sempozyum* 1983; 1(2):31-37.
20. Tezcan B. Obez bireylerde benlik saygısı, beden algısı ve travmatik geçmiş yaşantılar. *Uzmanlık Tezi, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, 2009.*
21. Yanarca Uras B. Beden imgesi ve depresyon semptomları ilişkisi: Özgülvenin, bu ilişkide oynadığı aracı rol. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Orta Doğu Teknik Üniversitesi, Ankara, 2004.*
22. Sandoval EL. Secure attachment, self-esteem, and optimism as predictors of positive body image in women, *Doctoral dissertation, Texas A&M University, 2008.*
23. Koskina N, Giovazolias T. The effect of attachment insecurity in the development of eating disturbances across gender: The role of body dissatisfaction. *The Journal of psychology* 2010; 144(5): 449-471.

24. Kılıç E, Taycan O, Belli KA, Özmen M. Kalıcı ostomi ameliyatının beden algısı, benlik saygısı, eş uyumu ve cinsel işlevler üzerine etkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2007; 18(4):302-310.
25. Wiederman MW. Women's body image self - consciousness during physical intimacy with a partner. *Journal of Sex Research*, 2000; 37(1): 60-68.
26. Bozdemir N, Özcan S. Cinselliğe ve Cinsel Sağlığa Genel Bakış. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care* 2011; 5(4).
27. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz, P. Psikiyatri: Davranış Bilimleri/Klinik Psikiyatri. Bozkurt, A. (Çeviri Ed.) 11. Baskı, Lippincott Williams & Wilkins, 2011, 564-599.
28. Gülsün M, Ak M, Bozkurt A. Psikiyatrik açıdan evlilik ve cinsellik. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2009; 1(1).
29. Karakoyunlu, FB. Evli kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu görülme sıklığı. Yüksek Lisans Tezi, TC Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Antalya, 2007.
30. Ege E, Akın B, Arslan SY, Bilgili N. Sağlıklı kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu sıklığı ve risk faktörleri. *TÜBAV Bilim Dergisi*, 2010; 3(1), 137-144.
31. Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği (CETAD). Şahin D, Şimşek F, Seyisoğlu H (editörler). Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği Bilgilendirme Dosyası 1: Cinsel Yaşam ve Sorunları. İstanbul, 2006.
32. World Health Organization. Education and treatment in human sexuality: the training of health professionals. WHO technical report series No.572, 1975.
33. Coleman E. Creating a Sexually Healthier World Through Effective Public Policy, *International Journal of Sexual Health*, 2007; 19(3): 5-24.
34. Kayır A, Şahin D. Kadın cinselliği ve cinsel işlev bozuklukları. *Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları* 1998; 3:19-55.
35. Kayır A. Cinsellik Kavramı ve Cinsel Mitler. In Yetkin N, İncesu C (editors). Cinsel İşlev Bozuklukları. İstanbul: Roche Müstahzarları Sanayi A.Ş, 2001, 34-39.
36. Yüksel Ş. Cinsellik İdeolojisi: Dün ve Bugün. In Arat N (editor). Türkiye’de Kadın Olgusu. İstanbul: Say Yayınları, 1992.

37. Meston CM, Buss DM. Why humans have sex. Archives of sexual behavior 2007; 36(4):477-507.
38. World Health Organization. Dept. of Reproductive Health and Research. Developing sexual health programmes: a framework for action. WHO/RHR/HRP/10.22, Geneva, 2010.
39. Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği (CETAD). Gençlik ve cinsellik bilgilendirme dosyası (Sayı 7). İstanbul, 2006.
40. Öztürk MO, Uluşahin A. Ruh sağlığı ve bozuklukları. Ankara: Nobel Tıp Kitapları, 2011.
41. Masters W, Johnson V. İnsanda Cinsel Davranış. Sayın Ü (Çeviri Ed.) İstanbul: Bilimsel ve Teknik Yayınları Çeviri Vakfı, 1994, 91.
42. İncesu C, Yetkin N. Cinsel işlev bozuklukları. İstanbul: Roche Monograf Serisi-3, 1999, 10-25.
43. Masters WB, Johnson VE. Human Sexual Response. Boston: Little Brown, 1966.
44. Kaplan HS. Hypoactive sexual desire. Journal of Sex Marital Therapy, 1977; 3(1):3-9.
45. Atwood JD, Klucinec E. Current State of Sexuality Theory and Therapy. Journal of Couple Relationship Therapy, 2007;6(1-2):57-70.
46. İncesu C. Cinsel işlevin fizyolojisi. Cinsel İşlev Bozuklukları Monograf Serisi 1998; 1:3-11.
47. Kaplan HS. Yeni Cinsel Terapi. Bolat F (Çeviri Ed.) 1. Baskı, Ankara: CK Yayın Evi, 2014, 19–122.
48. Crenshaw TL, Goldberg JP. Sexual pharmacology: Drugs that affect sexual functioning. WW Norton & Co, 1996.
49. Stahl SM. Stahl's essential psychopharmacology: neuroscientific basis and practical applications. Cambridge university press, 2013.
50. Aslan E, Poçan GA, Dolapçioğlu K, Savaş N, Bağış T. Menopoz sonrasındaki cinsel disfonksiyonun hormonal durum ve sosyokültürel faktörlerle etkileşimi. Türk Jinekoloji ve Obstet Derneği Derg. 2008; 5:263–268.

51. Patel AS, O'Leary ML, Stein RJ, Leng WW, Chancellor MB, Patel SG et al. The relationship between overactive bladder and sexual activity in women. *Int Braz J Urol* 2006;32(1):77-87.
52. Meston CM, Frohlich PF. The neurobiology of sexual function. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57:1012-30.
53. Kayır A, Özdemir Ö. İnsanda cinsellik. Köroğlu E, Güleç C. (editörler). *Psikiyatri temel kitabı. İkinci baskı. Ankara: HYB Basım Yayın, 2007, 416-421.*
54. Schiavi RC, Segraves RT. The biology of sexual function. *Psychiatric Clinics of North America*,1995; 18:7-23.
55. Basson R, Berman J, Burnett A, Derogatis L, Ferguson D, Fourcroy J, Leiblum, S. Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications. *The Journal of urology*, 2000;163(3): 888-893.
56. Basson R, Leiblum S, Brotto LA, Derogatis L, Fourcroy J, Fugl-Meyer K, Meston C, Schover L. Definitions of women's sexual dysfunction reconsidered: Advocating expansion and revision. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 2003;24(4): 221-229.
57. Basson R, Wierman, ME, Van Lankveld J, Brotto L. Reports: summary of the recommendations on sexual dysfunctions in women. *The journal of sexual medicine*, 2010; 7(1pt2): 314-326.
58. Basson R, Brotto LA, Laan E, Redmond G, Utian W. Original Research—Women's Sexual Dysfunctions: Assessment and Management of Women's Sexual Dysfunctions: Problematic Desire and Arousal. *The journal of sexual medicine*, 2005; 2(3): 291-300.
59. Amerikan Psikiyatri Birliği. *DSM-5 Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı. Köroğlu E. (Çeviri Ed.) 5. Baskı, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2013.*
60. Sungur MZ, Gündüz A. A Comparison of DSM - IV - TR and DSM - 5 Definitions for Sexual Dysfunctions: Critiques and Challenges. *The journal of sexual medicine*, 2014;11(2): 364-373.
61. Gündüz A. *Psöriazis Hastalarında Cinsel İşlev Bozuklukları, Yaşam Kalitesi ve Cinsel İşlevlerle Beden Bölgelerinden ve İşlevlerinden Memnuniyetin İlişkileri. Uzmanlık Tezi, TC Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul, 2015.*

62. Klusmann, D. Sexual motivation and the duration of partnership. Archives of sexual behavior, 2002; 31(3): 275-287.
63. Alkan, E. Cinsel işlev bozuklukları ve kişilerarası tarz, öfke, kendilik algısı. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 2008.
64. McCabe, MP. The role of performance anxiety in the development and maintenance of sexual dysfunction in men and women. International Journal of Stress Management, 2005;12(4): 379.
65. Lewis RW, Fugl - Meyer, KS, Corona G, Hayes RD, Laumann EO, Moreira Jr, ED, Segraves, T. Original Articles: Definitions/Epidemiology/Risk Factors for Sexual Dysfunction. The journal of sexual medicine, 2010; 7(4pt2): 1598-1607.
66. Aydın D. Sağlık Çalışanı Evli Kadınlarda Cinsel Mitlere İnanma Durumu ve Cinsel İşlev Bozuklukları. Yüksek Lisans Tezi, TC Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2012.
67. Akkoyunlu S, Türkçapar MH, Akkoyunlu C. Prematüre Ejakülasyon ve Bilişsel Yöntemlerin Kullanılması. Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi, 2013; 2: 47-52.
68. Strassberg DS, Mahoney JM, Schaugaard M, Hale, V. E. The role of anxiety in premature ejaculation: a psychophysiological model. Archives of Sexual Behavior, 1990; 19(3):251-257.
69. Porst H, Montorsi F, Rosen RC, Gaynor L, Grupe S, Alexander J. The Premature Ejaculation Prevalence and Attitudes (PEPA) survey: prevalence, comorbidities, and professional help-seeking. European Urology, 2007; 51(3): 816-824.
70. İncesu C. DSM-5 ve cinsel işlev bozuklukları. Nöropsikiyatri Arşivi, 2011; Suppl. 1(48): 1-6.
71. Yılmaz E. Cinsel sorunlar ve tutumlar üzerine bir epidemiyolojik araştırma. Sungur MZ, Karabekiroğlu A, Bez Y, Kavuncu NV. (editörler) Kognitif ve Davranış Terapileri, 2007; 1: 28-30.
72. Mercer CH, Fenton KA, Johnson AM, Wellings K, Macdowall W, McManus S, Erens B. Sexual function problems and help seeking behaviour in Britain: national probability sample survey. Bmj, 2003; 327(7412): 426-427.
73. Cummings EM, Cummings, JS. Parenting and attachment. Handbook of parenting, 2002; 5: 35-58.

74. Bretherton I. The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Developmental psychology*, 1992; 28(5): 759-775.
75. Holmes J. John Bowlby and attachment theory. Psychology Press, 1993, 61-78.
76. Shaver PR, Mikulincer M. Attachment theory and research: resurrection of the psychodynamic approach to personality. *J Res Pers* 2004;39:22-45.
77. Hazan C, Shaver PR. Attachment as an organizational framework for research on close relationships. *Psychological Inquiry* 1994; 5(1):1-22.
78. Lamb ME, Thompson RA, Garder WP. Security of infantile attachment as assessed in the "strange situation": Its study and biological interpretation. *The Behavioral and Brain Sciences* 1984; 7:127-171.
79. Güvenir T. Bağlanma Kuramı. Soykan Aysev A, Işık Taner Y. (editors) In *Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları*. İstanbul: Golden Print, 2007, 39-54.
80. Hazan C, Shaver PR. Romantic love conceptualized as an attachment process. *J Pers Soc Psychol* 1987; 42: 511-524.
81. Çalışır M. Yetişkin bağlanma kuramı ve duygulanım düzenleme stratejilerinin depresyonla ilişkisi. *Psikiyatride güncel yaklaşımlar*, 2009; 1(3): 240-255.
82. Sümer N, Güngör D. Yetişkin bağlanma stilleri ölçeklerinin Türk örneklemini üzerinde psikometrik değerlendirmesi ve kültürlerarası bir karşılaştırma. *Türk Psikoloji Dergisi* 1999; 14(43):71-106.
83. Brennan KA, Shaver PR. Attachment styles and personality disorders: Their connections to each other and to parental divorce, parental death, and perceptions of parental caregiving. *J Pers* 1998; 66(5):835-878.
84. Çeri Ö. Vajinismus tanısı alan kadınlar ve eşlerinde temel bilişsel şemalar ile bağlanma stillerinin incelenmesi. Yüksek lisans tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Anabilim Dalı, Ankara, 2009.
85. Heiman J. Orgasmic disorders in women. In Leiblum S. (editor) *Principles and practice of sex therapy*. Fourth Ed. New York: Guilford Press, 2007, 84-123.
86. Johnson S, Zuccarini D. Integrating sex and attachment in emotionally focused couple therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 2010; 36(4): 431-445.
87. Stefanou C, McCabe MP. Adult attachment and sexual functioning: A review of past research. *The journal of sexual medicine*, 2012; 9(10): 2499-2507.

88. Birnbaum GE. Attachment orientations, sexual functioning, and relationship satisfaction in a community sample of women. *J Soc Pers Relat* 2007;24:21–35.
89. Cohen DL, Belsky J. Avoidant romantic attachment and female orgasm: Testing an emotion-regulation hypothesis. *Attach Hum Dev* 2008;10:1–10.
90. Granot M, Zisman-Ilani Y, Ram E, Goldstick O, Yovell Y. Characteristics of attachment style in women with dyspareunia. *J Sex Marital Ther* 2011;37:1–16.
91. Stephenson KR, Meston CM. When are sexual difficulties distressing for women? The selective protective value of intimate relationships. *J Sex Med* 2010;7:3683–94.
92. Brassard A, Shaver PR, Lussier Y. Attachment, sexual experience, and sexual pressure in romantic relationships: A dyadic approach. *Personal Relationships* 2007; 14:475–493.
93. Muth JL, Cash TF. Body - Image Attitudes: What Difference Does Gender Make? *Journal of applied social psychology* 1997; 27: 1438-1452.
94. Canpolat BI, Örsel S, Akdemir A, Özbay MH. Ergenlerin kendilik algısında beden imajının ve beden kitle indeksinin rolü. *3P Dergisi*, 2003; 11(2): 143-154.
95. McCabe MP, Ricciardelli LA, Banfield S. Body image, strategies to change muscles and weight, and puberty: Do they impact on positive and negative affect among adolescent boys and girls? *Eating behaviors*, 2001; 2(2): 129-149.
96. Kalkan M, Sahin C, Toraman AR, Turkan S. Yirmi yaş sonrası sünnetsizlerin benlik algısı ve benlik saygısı özelliklerinin çocukluk çağında sünnet olan erişkinlerle karşılaştırılması. *Türk Üroloji Dergisi-Turkish Journal of Urology*, 2010; 36(4): 411-417.
97. Atik D, Örten T. İdeal beden imgesini oluşturan sosyal ve kurumsal faktörler ve bu idealin bireyler üzerindeki etkileri. *Hacettepe Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi*, 2008; 25(1): 17-35.
98. Cash TF. The psychology of physical appearance: Aesthetics, attributes, and images. In: Cash TF, Pruzinsky T, editors. *Body images: Development, deviance, and change*. New York: Guilford Press, 1990, 51-79.
99. McCabe MP, Ricciardelli LA. A longitudinal study of pubertal timing and extreme body change behaviors among adolescent boys and girls. *Adolescence* 2004; 39(153): 145.

100. Tiggemann M. Body image across the adult life span: Stability and change. *Body image*, 2004; 1(1): 29-41.
101. Legenbauer T, Vocks S, Schafer C, Schütt-Stromel S, Hiller W, Wagner C. Preference for attractiveness and thinness in a partner: Influence of internalization of the thin ideal and shape=weight dissatisfaction in heterosexual women, heterosexual men, lesbians, and gay men. *Body Image*, 2009; 6: 228–234.
102. Oehlhof MEW, Musher-Eizenman DR, Neufeld JM, Hauser JC. Self-objectification and ideal body shape for men and women. *Body Image*, 2009; 6: 308–310.
103. Öner S. Bipolar bozukluk hastalarında beden imajının klinik özelliklerle ilişkisi. Uzmanlık tezi. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Has. Eğt. ve Arş. Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul, 2015.
104. Woertman L, Van den Brink F. Body image and female sexual functioning and behavior: a review. *Journal of Sex Research* 2012; 49(2-3): 184-211.
105. Faith MS, Schare ML. The role of body image in sexually avoidant behavior. *Archives of sexual behavior*, 1993; 22(4): 345-356.
106. Sanchez DT, Kiefer AK. Body concerns in and out of the bedroom: Implications for sexual pleasure and problems. *Archives of sexual behavior*, 2007; 36(6): 808-820.
107. Weaver AD, Byers ES. The relationships among body image, body mass index, exercise, and sexual functioning in heterosexual women. *Psychology of Women Quarterly*, 2006; 30(4):333-339.
108. Satinsky S, Reece M, Dennis B, Sanders S, Bardzell S. An assessment of body appreciation and its relationship to sexual function in women. *Body Image*, 2012; 9(1): 137-144.
109. Pelusi J. Sexuality and Body Image: Research on breast cancer survivors documents altered body image and sexuality. *Cancer nursing*, 2006; 29(2): 32-38.
110. Kutlu B. Beden İmajının Gelişimi ve Sağlıklı Beden Ağırlığının Korunmasında Yemeyle İlgili Tutumlar, Temel İnançlar ve Ebeveyne Bağlanmanın Rolü. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir, 2009.

111. Cheng HL, Mallinckrodt B. Parental bonds, anxious attachment, media internalization, and body image dissatisfaction: Exploring a mediation model. *Journal of Counseling Psychology*, 2009; 56(3): 365-375.
112. Arslangiray N. Üniversite öğrencilerinde beden imajının yordayıcıları olarak bağlanma stilleri ve toplumsal cinsiyet rolleri. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı Psikolojik Danışma ve Rehberlik Bilim Dalı, Ankara, 2013.
113. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I), Clinical Version. Washington D.C., American Psychiatric Press, Inc 1997
114. Çorapçıoğlu A, Aydemir Ö, Yıldız M, Esen A, Koroglu E. DSM-IV Eksen I Bozuklukları (SCID-I) İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme, Klinik Versiyon. Ankara, Hekimler Yayın Birliği 1999
115. Rust J, Golombok S. The Golombok-Rust inventory of sexual satisfaction (GRISS). *Br J Clin Psychol*. 1985; 24:63–64.
116. Tuğrul C, Öztan N, Kabakçı E. Golombok-Rust cinsel doyum ölçeği'nin standardizasyon çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1993; 4(2): 83-88.
117. Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1960;23:56-62.
118. Williams BW. A Structered interview guide for Hamilton Depression Rating Scale. *Arch Gen Psychiatry* 1978;45:742-7.
119. Akdemir A, Örsel S, Dağ İ, ve ark. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği'nin geçerliği, güvenilirliği ve klinikte kullanımı. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi* 1996;4:251-9.
120. Yazıcı MK, Demir B, Tanrıverdi N. Hamilton Anksiyete Degerlendirme Olcegi; Degerlendiriciler Arası Guvenirlik ve Gecerlik Çalışması. *Turk Psikiyatri Dergisi*, 1998; 9: 114-17.
121. Fraley RC, Waller NG, Brennan KA. An item response theory analysis of self-report measures of adult attachment. *Journal of personality and social psychology* 2000; 78(2): 350-365.
122. Selçuk E, Günaydın G, Sümer N, Uysal A. Yetişkin bağlanma boyutları için yeni bir ölçüm: Yakın ilişkilerde yaşantılar envanteri-II'nin Türk örnekleminde psikometrik açıdan değerlendirilmesi. *Türk Psikoloji Yazıları* 2005; 8(16): 1-13.

123. Sümer N. Yetişkin bağlanma ölçeklerinin kategoriler ve boyutlar düzeyinde karşılaştırılması. *Türk Psikoloji Dergisi* 2006; 21(57):1-22.
124. Secord PF, Jourard SM. The appraisal of body cathexis: Body cathexis and the self. *Journal of Consulting Psychology*, 1953; 15: 343-347.
125. Hovardaoğlu S. Vücut algısı ölçeği. *Psikiyatri, Psikoloji, Psikofarmakoloji Dergisi* 1993; 1(1): 26.
126. Hovardaoğlu S. Üniversite öğrencilerinde depresyon düzeyinin kontrol inancı ve kendi vücudunu algılamayla ilişkisi. *A.Ü. Dil ve Tarih-Coğrafya Fakültesi Dergisi*, 1990; 34(1-2):131-140.
127. Kılıç D, Öztürk S. Türkiye’de Kadınların İşgücüne Katılımı Önündeki Engeller ve Çözüm Yolları: Bir Ampirik Uygulama. *Amme İdaresi Dergisi*, 2014; 47(1): 107-130.
128. United Nations Development Programme. Human Development Report 2003. New York, NY: Oxford University Press, 2003. Available from: <http://hdr.undp.org/en/content/human-development-report-2003>
129. Yıldırım M, Yıldırım EA, Çarpar E. Cinsel işlev bozukluğu tanısı alan kadın ve erkek olguların cinsel gelişim ve cinselliği yaşama biçimlerinde cinsiyete ilişkin farklar. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 2016; 17(Suppl.4):18.
130. Petersen JL, Hyde JS. A meta-analytic review of research on gender differences in sexuality, 1993–2007. *Psychological bulletin*, 2010; 136(1): 21.
131. Anyanwu FC, Goon DT, Tugli A. Socio-demography and sexual experiences of University of Venda students: Implications for health. *African Journal for Physical, Health Education, Recreation and Dance*, 2013; 19(2): 459- 478.
132. Oliver MB, Hyde JS. Gender differences in sexuality: a meta-analysis. *Psychological bulletin* , 1993;114(1): 29.
133. Fisher TD. The impact of socially conveyed norms on the reporting of sexual behavior and attitudes by men and women. *Journal of Experimental Social Psychology*, 2009; 45: 567-572.
134. Leitenberg H, Detzer MJ, Srebnik D. Gender differences in masturbation and the relation of masturbation experience in preadolescence and/or early adolescence to sexual behavior and sexual adjustment in young adulthood. *Archives of Sexual Behavior*, 1993; 22(2): 87-98.

135. Gerressu M, Mercer CH, Graham CA, Wellings K, Johnson AM. Prevalence of masturbation and associated factors in a British national probability survey. *Arch Sex Behav.* 2008; 37:266–278.
136. Yetkin N. Cinsel Sorunlara Yaklaşım. In Yetkin N, İncesu C (editors). *Cinsel İşlev Bozuklukları*. İstanbul: Roche Müstahzarları Sanayi A.Ş., 2001, 40–44.
137. Conley TD, Moors AC, Matsick JL, Ziegler A, Valentine BA. Women, men, and the bedroom: Methodological and conceptual insights that narrow, reframe, and eliminate gender differences in sexuality. *Current Directions in Psychological Science*, 2011; 20(5): 296-300.
138. Alexander MG, Fisher TD. Truth and consequences: Using the bogus pipeline to examine sex differences in self-reported sexuality. *Journal of Sex Research*, 2003; 40: 27-35.
139. Mikulincer M, Shaver PR. Attachment theory and emotions in close relationships: Exploring the attachment - related dynamics of emotional reactions to relational events. *Personal Relationships*, 2005; 12(2): 149-168.
140. Schachner DA, Shaver PR. Attachment dimensions and sexual motives. *Personal relationships*, 2004; 11(2): 179-195.
141. Shaver PR, Hazan C. A biased overview of the study of love. *Journal of Social and Personal Relationships*, 1988; 5: 473–501.
142. Brennan KA, Shaver PR, Tobey EA. Attachment styles, gender and parental problem drinking. *Journal of Social and Personal Relationships*, 1991; 8(4): 451-466.
143. Kirkpatrick LA, Davis KE. Attachment style, gender, and relationship stability: a longitudinal analysis. *Journal of personality and social psychology*, 1994; 66(3): 502-512.
144. Schmitt DP. Are men universally more dismissing than women? Gender differences in romantic attachment across 62 cultural regions. *Personal Relationships*, 2003; 10(3): 307-331.
145. Mintz LB, Betz NE. Sex differences in the nature, realism, and correlates of body image. *Sex roles*, 1986; 15(3-4): 185-195.
146. Demarest J, Allen R. Body image: Gender, ethnic, and age differences. *The Journal of Social Psychology*, 2000; 140(4): 465-472.

147. Conner M, Johnson C, Grogan S. Gender, sexuality, body image, and eating behaviors. *Journal of Health Psychology*, 2004;(9): 505–515.
148. Troisi A, Di Lorenzo G, Alcini S, Nanni RC, Di Pasquale C, Siracusano A. Body dissatisfaction in women with eating disorders: Relationship to early separation anxiety and insecure attachment. *Psychosomatic Medicine*, 2006; 68(3): 449-453.
149. Pujols Y, Meston CM, Seal BN. The association between sexual satisfaction and body image in women. *The journal of sexual medicine*, 2010; 7(2pt2): 905-916.
150. Seal BN, Bradford A, Meston CM. The Association Between Body Esteem and Sexual Desire Among College Women. *Arch Sex Behav*, 2009; 38: 866–872.
151. Barlow DH. Causes of sexual dysfunction: The role of anxiety and cognitive interference. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1986; 54(2): 140.
152. Wiederman, Michael W. “Don’t Look Now”: The Role of Self-Focus in Sexual Dysfunction. *The Family Journal*, 2001; 9(2): 210-214.
153. Davis D, Shaver PR, Widaman KF, Vernon ML, Follette WC, Beitz K. “I can’t get no satisfaction”: Insecure attachment, inhibited sexual communication, and sexual dissatisfaction. *Personal Relationships*, 2006; 13(4): 465-483.
154. Feeney JA, Noller P. Attachment and sexuality in close relationships: In Harvey JH, Wenzel A, Sprecher S. (editors) *The handbook of sexuality in close relationships*, 2004, 183-201.
155. Butzer B, Campbell L. Adult attachment, sexual satisfaction, and relationship satisfaction: A study of married couples. *Pers Relatsh* 2008;15:141–54.
156. Çakmak E. Vajinismusu olan kadınlarda bağlanmanın cinsel işlevler ve klinik bulgulara etkisi. Uzmanlık Tezi, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, 2011.
157. Bogaert AF, Sadava S. Adult attachment and sexual behavior. *Pers Relatsh* 2002; 9: 191–204.
158. Call V, Sprecher S, Schwartz P. The incidence and frequency of marital sex in a national sample. *Journal of Marriage and the Family*, 1995; 57(3): 639-652.
159. Birnbaum GE, Reis HT, Mikulincer M, Gillath O, Orpaz A. When sex is more than just sex: Attachment orientations, sexual experience, and relationship quality. *Journal of Personality and Social Psychology*, 2006; 91: 929–943.

160. Tracy JL, Shaver PR, Albino AW, Cooper ML. Attachment styles and adolescent sexuality. In Florsheim P (editor). Adolescent romantic relations and sexual behavior: Theory, research, and practical implications. Mahwah, NJ: Erlbaum, 2003, 137–159.
161. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *Jama*, 1999; 281(6): 537-544.
162. Kennedy SH, Dickens SE, Eisfeld BS, Bagby R. M. Sexual dysfunction before antidepressant therapy in major depression. *Journal of affective disorders*, 1999; 56(2): 201-208.
163. Rosen RC, Taylor JF, Leiblum SR, Bachmann GA. Prevalence of sexual dysfunction in women: results of a survey study of 329 women in an outpatient gynecological clinic. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 1993; 19(3): 171-188.
164. Little KC, McNulty JK, Russell VM. Sex buffers intimates against the negative implications of attachment insecurity. *Personality & Social Psychology Bulletin*, 2010; 36(4), 484–498.
165. Brassard A, Péloquin K, Dupuy E, Wright J, Shaver PR. Romantic attachment insecurity predicts sexual dissatisfaction in couples seeking marital therapy. *Journal of sex & marital therapy*, 2012; 38(3): 245-262.
166. Mikulincer M, Goodman GS (editors). Attachment Styles, Sex Motives, and Sexual Behavior: Evidence for Gender-Specific Expressions of Attachment Dynamics: In *Dynamics of Romantic Love*. New York: The Guilford Press, 2006, 243-274.

8. EKLER

EK 1 - Etik Kurul Onayı



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
İstanbul Bakırköy Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları
Eğitim ve Araştırma Hastanesi

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Genel Psikiyatri Polikliniğine Başvuran Hastalarda Cinsel İşlev Bozukluğu Ve Beden Algısı İlişkisinin Bağlanma Stilleri Açısından Araştırılması					
	BAŞVURU TARİH VE SAYISI	15.04.2016 18234					
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	ASİSTAN DR. MELİKE YEREBAKAN					
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	PSİKİYATRİ					
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi					
	DESTEKLEYİCİ	-					
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-					
	ARAŞTIRMANIN FAZİ						
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Yeni Bir Endikasyon Yüksek Doz Araştırması Diğer ise belirtiniz: KESİTSEL ANKET ÇALIŞMASI					
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ	X	ÇOK MERKEZLİ	ULUSAL	ULUSLAR ARASI	
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Var	Yok	Dili			
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	*		Türkçe X	İngilizce	Diğer	
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	*		Türkçe X	İngilizce	Diğer	
	OLGU RAPOR FORMU		*	Türkçe	İngilizce	Diğer	
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ		*	Türkçe	İngilizce	Diğer	
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama					
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	-					
	DİĞER:	-					
KARAR BİLGİLERİ	Tarih: 03.05.2016	Karar No: 548					
	Yukarıda bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş çalışmanın başvuru dosyasında belirlenen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan Etik Kurul üyelerinin oy birliği ile karar verilmiştir.						
BRSHH KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU							
ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu						
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Uz. Dr. Nihat ALPAY						
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Araştırma ile İlişki	İmza				
Doç. Dr. M. Cem İLNEM	Psikiyatri	E ☐ H ☐					
Doç. Dr. Sevim BAYBAŞ	Nöroloji	E ☐ H ☐					
Doç. Dr. Erhan EMEL	Nöroşirürji	E ☐ H ☐					
Uz. Dr. Şahap N. ERKOÇ	Psikiyatri	E ☐ H ☐					
Uz. Dr. Nesrin B. TOMRUK	Psikiyatri	E ☐ H ☐					

EK 2 – Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Araştırmanın adı: Genel Psikiyatri Polikliniğine Başvuran Hastalarda
Cinsel İşlev Bozukluğu ve Beden Algısı İlişkisinin Bağlanma Stilleri
Açısından Araştırılması

Bu çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Cevaplarınız kesinlikle gizli tutulacak ve bu anketlerden elde edilen bilgiler bu çalışma dışında herhangi bir yerde kullanılmayacaktır. Alınan bilgiler toplum hakkında genel bir fikir edinmeyi amaçlamaktadır ve tek tek bireylere yönelik hiçbir sonuca varılmayacaktır.

Bu çalışmanın amacı psikiyatri polikliniğine çeşitli yakınmalarla başvurmuş 18-65 yaş arası kadın ve erkek hastalarda cinsel işlev bozuklukları ile ilişkilerdeki bağlanma özelliklerinin ilişkisini incelemektir. Bu çalışmaya dahil edilebilmeniz için 18-65 yaşları arasında olmanız ve düzenli bir cinsel eşiniz olması gerekmektedir. Mevcut psikotrop ilaç kullanımınız olup olmadığı ve cinsel işlev bozukluklarına yol açan bazı hastalıklar açısından araştırmacı sizi değerlendirecektir.

Bilgi toplamak için anketler uygulanacaktır. Sizden bu anketleri size en uygun olan seçenekleri işaretleyerek doldurmanız beklenmektedir. Bu çalışma yalnızca araştırma amaçlıdır ve tedavinin seyrinin değiştirilmesi veya tıbbi bir yarar sağlanması söz konusu değildir. Araştırma için sizden herhangi bir maddi talepte bulunulmayacak ve sağlık güvencenize hiçbir maddi külfet yansımayacaktır. Yazılı onay vermiş olsanız dahi herhangi bir dönemde araştırmaya katılımınızdan vazgeçme özgürlüğüne sahipsiniz.

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Tarih

Gönüllünün adı soyadı imzası

Araştırmacının adı soyadı imzası

Tanıklık eden görevlinin adı soyadı imzası

EK 3 – Sosyodemografik Veri Formu

İsim- Soyisim:

1. Yaşınız:

2. Cinsiyet: 1. Kadın 2. Erkek

3. Medeni durum: 1-Bekar 2- Evli (süre?).....ay/yıl

4. Size ulaşılabilecek telefon numarası:

5. Çocuğunuz var mı? 1- Evet (sayı?)..... 2- Hayır

6. Öğrenim durumu: 1- Öğrenim yok 2- İlkokul 3-Ortaokul 4-Lise 5-Üniversite ve üstü

7. Şu anda gelir getirici bir işte çalışıyor musunuz?

1-Hayır 2-Evet/düzenli 3-Evet düzensiz/part time 4-Emekli 5-Öğrenci

8. Nerede büyüdünüz? 1-Şehir merkezi 2-İlçe 3-Kasaba 4-Köy

9. Şu anda nerede yaşıyorsunuz? 1-Şehir merkezi 2-İlçe 3-Kasaba 4-Köy

10. Alkol veya madde kullanıyor musunuz?

1- Hayır

2- Alkol kullanıyorum Süre: ay/yıl Sıklık:..... Miktar:.....

3- Madde kullanıyorum Süre: ay/yıl Sıklık:..... Miktar:.....

11. Daha önce hiç psikiyatrik tedavi gördünüz mü? 1- Evet 2- Hayır

12. Bildiğiniz tıbbi bir hastalığınız var mı? 1- Evet(tanı?).....
2- Hayır

13. Son iki hafta içinde düzenli kullanmakta olduğunuz bir ilaç var mı?

1. Var (ilaç ismi?)..... 2. Yok

14. En son ne zaman jinekolojik/ürolojik muayene oldunuz?

1-.....önce

2-Hiç olmadım

15. Bu soru kadın katılımcılar içindir; Düzenli adet görüyor musunuz?

1-Evet 2-Hayır Hamilelik/Emzirme/Menopoz/diğer?

16. İlk cinsel bilgilerinizi kaç yaşında edindiniz?

17. İlk cinsel bilgilerinizi nereden edindiniz?

1-yok 2-aile 3-arkadaşlar 4-medya 5- internet 6-diğer

18. İlk kez kaç yaşında masturbasyon yaptınız? 1-.....yaş. 2- Masturbasyon yok

19. Ne sıklıkla masturbasyon yapıyorsunuz?

1-hiç 5- haftada 2-3 kez
2-ayda 1 kere 6- her gün
3-2 haftada 1 kere 7-her gün birden fazla kez
4-haftada 1 kere 8-diğer

20. Masturbasyon ile ilgili düşünceniz aşağıdakilerden hangisi?

1-Doğal 2-Gereksiz 3-Günah 4-Zararlı 5-Diğer.....

21. İlk cinsel birleşme yaşıınız? 1-..... 2-cinsel birleşme yok

22. Halen düzenli bir cinsel partneriniz var mı? Yok ise bundan sonraki sorulara devam etmeyiniz. (Var ise birliktelik süresi?).....ay/yıl

1-Arkadaş (karşı cins) 2-Arkadaş (eş cins) 3-Eş 4-Diğer 5-Yok

23. Halen cinsel birleşme sıklığınız?

1-hiç 5-haftada 2-3 kez
2-ayda bir kez 6-her gün
3-2 haftada 1 kez 7-her gün birden fazla kez
4- haftada 1 kez 8- diğer

24. Cinsel ilişkilerinizi ne sıklıkla siz başlatıyorsunuz?

1-Hiç 2-%25 3-%50 4-%75 5-%100 6- diğer?.....

25. Cinsel ilişkilerinizde katılım düzeyiniz nedir?

1-Hiç 2-%25 3-%50 4-%75 5-%100 6- diğer?.....

26. Cinselliğinizden memnun musunuz?

1-Evet 2-Hayır

27. Partneriniz ile doğum kontrol yöntemi kullanıyor musunuz?

1-Hayır 2-Geri çekilme 3-Takvim yöntemi
4-Prezervatif 5-Spiral/RİA 6-Doğum kontrol hapı 7-Diğer.....

28. Cinsel açıdan herhangi bir yakınmanız var mı?

1- Hayır

2- Evet... Evet ise hangi yakınma size uyuyor?

Kadınlar: a. cinsel isteksizlik b. cinsel uyarılma/ıslanma sorunu
c. orgazm olamama d. vajinismus
Erkekler: a. cinsel isteksizlik b. sertleşme bozukluğu
c. erken boşalma d. geç boşalma

EK 4 - Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği (GRCDÖ)

GOLOMBOK-RUST CİNSEL DOYUM ÖLÇEĞİ

Kadın Formu

Aşağıda cinsel yaşamla ilgili sorular yer almaktadır. Her soru için "hiçbir zaman", "nadiren", "çoğu zaman", "her zaman" şeklinde beş cevap şıkkı yer almaktadır. Sizden istenen kendi cinsel yaşamınızı göz önüne alarak soruları cevaplandırmanızdır.

Cevaplandırırken:

1. Her soruyu dikkatle okuyunuz.
2. Sorulan durumun **son zamanlarda** ne kadar sıklıkta ortaya çıktığını düşününüz.
3. Söz konusu durumun ne kadar sıklıkta ortaya çıktığına karar verdikten sonra, o seçeneğin altındaki parantezin içine [X] işareti koyarak cevabınızı belirtiniz.
4. Hiçbir soruyu cevapsız bırakmayınız.

Lütfen soruları içtenlikle ve dürüstçe cevaplandırmaya özen gösteriniz. Cevaplandırırken, başkalarının görüşlerini dikkate almadan sadece kendi görüşünüzü belirtiniz.

	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
1. Cinsel yaşama karşı ilgisizlik duyar mısınız?	☐	☐	☐	☐	☐
2. Eşinize, cinsel ilişkinizle ilgili olarak nelerden hoşlanıp, nelerden hoşlanmadığınızı sorar mısınız?	☐	☐	☐	☐	☐
3. Bir hafta boyunca cinsel ilişkide bulunmadığınız olur mu? (adet günleri, hastalık gibi nedenler dışında)	☐	☐	☐	☐	☐
4. Cinsel yönden kolaylıkla uyarılır mısınız?	☐	☐	☐	☐	☐
5. Sızca, sizin ve eşinizin önsevişmeye (öpme, okşama gibi) ayırdığınız zaman yeterli mi?	☐	☐	☐	☐	☐
6. Kendi cinsel organınızın, eşinizin cinsel organının giremeyeceği kadar dar olduğunu düşünür müsünüz?	☐	☐	☐	☐	☐
7. Eşinizle sevişmekten kaçınırmısınız?	☐	☐	☐	☐	☐
8. Cinsel ilişki sırasında doyuma (orgazma) ulaşabilir mısınız?	☐	☐	☐	☐	☐
9. Eşinize sarılıp, vücudunu okşamaktan zevk alırmısınız?	☐	☐	☐	☐	☐
10. Eşinizle olan cinsel ilişkinizi tatminkâr bulur musunuz?	☐	☐	☐	☐	☐
11. Gerekirse rahatsızlık ve acı duymaksızın, parmağınızı cinsel organınızın içine sokabilir misiniz?	☐	☐	☐	☐	☐
12. Eşinizin cinsel organına dokunup, okşamaktan rahatsız olur musunuz?	☐	☐	☐	☐	☐
13. Eşiniz sizinle sevişmek istediğinde, rahatsız olur musunuz?	☐	☐	☐	☐	☐

	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
14. Sizin için doyuma (orgazma) ulaşmanın mümkün olmadığını düşünür müsünüz?	☐	☐	☐	☐	☐
15. Haftada 2 defadan fazla cinsel birleşimde bulunur musunuz?	☐	☐	☐	☐	☐
16. Eşinizle, cinsel ilişkinizle ilgili olarak, nelerden hoşlanıp, nelerden hoşlanmadığınızı söyleyebilir misiniz?	☐	☐	☐	☐	☐
17. Eşinizin cinsel organı, sizin cinsel organınıza rahatsızlık vermeden girebilir mi?	☐	☐	☐	☐	☐
18. Eşinizle olan cinsel ilişkinizde sevgi ve şefkatin eksik olduğunu hisseder misiniz?	☐	☐	☐	☐	☐
19. Eşinizin cinsel organınıza dokunup okşamasından zevk alar mısınız?	☐	☐	☐	☐	☐
20. Eşinizle sevişmeyi reddettiğiniz olur mu?	☐	☐	☐	☐	☐
21. Önsevişme sırasında eşiniz bızırınızı (klitoris) uyardığında doyuma (orgazm) ulaşabilir misiniz?	☐	☐	☐	☐	☐
22. Sevişme boyunca, sadece cinsel birleşme için ayrılan süre sizin için yeterli mi?	☐	☐	☐	☐	☐
23. Sevişme sırasında yaptıklarınızdan tiksinti duyar mısınız?	☐	☐	☐	☐	☐
24. Kendi cinsel organınızın, eşinizin cinsel organının derine girmesini engelleyecek kadar dar olduğunu düşünür müsünüz?	☐	☐	☐	☐	☐
25. Eşinizin sizi sevip okşamasından hoşlanır mısınız?	☐	☐	☐	☐	☐
26. Sevişme sırasında cinsel organınızda ıslaklık olur mu?	☐	☐	☐	☐	☐
27. Cinsel birleşme anından hoşlanır mısınız?	☐	☐	☐	☐	☐
28. Cinsel birleşme anında doyuma (orgazma) ulaşır mısınız?	☐	☐	☐	☐	☐

GOLOMBOK-RUST CİNSEL DOYUM ÖLÇEĞİ

Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği

Erkek Formu

Aşağıda cinsel yaşamla ilgili sorular yer almaktadır. Her soru için "hiçbir zaman", "nadiren", "bazen", "çoğu zaman", "her zaman" şeklinde beş cevap şıkkı yer almaktadır. Sizden istenen kendi cinsel yaşamınızı göz önüne alarak soruları cevaplandırmanızdır.

Cevaplandırırken:

1. Her soruyu dikkatle okuyunuz.
2. Sorulan durumun **son zamanlarda** ne kadar sıklıkta ortaya çıktığını düşününüz.
3. Söz konusu durumun ne kadar sıklıkla ortaya çıktığına karar verdikten sonra, o seçeneğin altındaki parantezin içine [X] işareti koyarak cevabınızı belirtiniz.
4. Hiçbir soruyu cevapsız bırakmayınız.

Lütfen soruları içtenlikle ve dürüstçe cevaplandırmaya özen gösteriniz. Cevaplandırırken, başkalarının görüşlerini dikkate almadan, sadece kendi görüşünüzü belirtiniz.

	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
1. Haftada 2 defadan fazla cinsel birleşmede bulunur musunuz?	☐	☐	☐	☐	☐
2. Eşinize, cinsel ilişkinizle ilgili olarak, nelerden hoşlanıp nelerden hoşlanmadığınızı söyleyebilir misiniz?	☐	☐	☐	☐	☐
3. Cinsel yönden kolay uyanılır mısınız?	☐	☐	☐	☐	☐
4. Cinsel ilişki sırasında boşalmak için henüz erken olduğunu düşünüyorsanız, boşalmayı geciktirebilir misiniz?	☐	☐	☐	☐	☐
5. Eşinizle olan cinsel yaşamınızı tekdüze (monoton) buluyor musunuz?	☐	☐	☐	☐	☐
6. Eşinizin cinsel organına dokunup, okşamaktan rahatsız olur musunuz?	☐	☐	☐	☐	☐
7. Eşiniz sizinle sevişmek istediğinde, tedirgin ve endişeli olur musunuz?	☐	☐	☐	☐	☐
8. Cinsel organınızın, eşinizin cinsel organına girmesinden zevk alır mısınız?	☐	☐	☐	☐	☐
9. Eşinize, cinsel ilişkinizle ilgili olarak nelerden hoşlanıp, nelerden hoşlanmadığınızı sorarmısınız?	☐	☐	☐	☐	☐

	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
10. İlişki sırasında cinsel organınızın sertleşmediği olur mu?	☐	☐	☐	☐	☐
11. Eşinizle olan cinsel ilişkinizde sevgi ve şefkatin eksik olduğunu hisseder misiniz?	☐	☐	☐	☐	☐
12. Eşinizin, cinsel organınıza dokunup okşamasından zevk alır mısınız?	☐	☐	☐	☐	☐
13. Cinsel birleşme sırasında erken boşalmayı engelleyebilir misiniz?	☐	☐	☐	☐	☐
14. Eşinizle sevişmekten kaçınır mısınız?	☐	☐	☐	☐	☐
15. Eşinizle olan cinsel ilişkinizi tatminkar buluyor musunuz?	☐	☐	☐	☐	☐
16. Önsevişme (öpme, okşama gibi) sırasında cinsel organınızın sertleştiği olur mu?	☐	☐	☐	☐	☐
17. Bir hafta boyunca cinsel ilişkide bulunmadığınız olur mu? (hastalık gibi nedenler dışında)	☐	☐	☐	☐	☐
18. Eşinizle karşılıklı mastürbasyon yapmaktan (kendinizi tatmin etmekten) zevk alır mısınız?	☐	☐	☐	☐	☐
19. Eşinizle sevişmek istediğinizde, ilişkiyi siz başlatır mısınız?	☐	☐	☐	☐	☐
20. Eşinizin sizi sevip okşamasından hoşlanır mısınız?	☐	☐	☐	☐	☐
21. İsteddiğiniz kadar sık cinsel ilişkide bulunur musunuz?	☐	☐	☐	☐	☐
22. Eşinizle sevişmeyi reddettiğiniz olur mu?	☐	☐	☐	☐	☐
23. Cinsel birleşme sırasında, cinsel organınızın sertliğini kaybettiği olur mu?	☐	☐	☐	☐	☐
24. Cinsel organınız, eşinizin cinsel organına girer girmez istemeden boşaldığınız olur mu?	☐	☐	☐	☐	☐
25. Eşinizle sarılıp, vücudunu okşamaktan zevk alırmısınız?	☐	☐	☐	☐	☐
26. Cinsel yaşama karşı ilgisizlik duyarmısınız?	☐	☐	☐	☐	☐
27. Cinsel organınız eşinizin cinsel organına girmek üzereyken, istemeden boşaldığınız olur mu?	☐	☐	☐	☐	☐
28. Sevişme sırasında yaptıklarınızdan tiksinti duyar mısınız?	☐	☐	☐	☐	☐

EK 5 - Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği (HAM-D)

Hastanın Adı, Soyadı:	Tarih:
Hastanın Yaşı ve Cinsiyeti:	Değerlendirici:

HAMİLTON DEPRESYON DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

		Puan
1. DEPRESİF (ÇÖKKÜN) RUH HALİ	(1-5)	☐
2. ÇALIŞMA VE ETKİNLİKLER	(1-5)	☐
3. GENİTAL SEMPTOMLAR	(1-3)	☐
4. SOMATİK SEMPTOMLAR –GASTROİNTESTİNAL	(1-3)	☐
5. KİLO KAYBI		
A. ÖZGEÇMİŞİNİ DEĞERLENDİRİRKEN	(1-4)	☐
B. GERÇEK KİLO DEĞİŞİMİ	(1-4)	☐
6. UYKUSUZLUK (BAŞLARKEN)	(1-3)	☐
7. UYKUSUZLUK (ORTA)	(1-3)	☐
8. UYKUSUZLUK (GEÇ)	(1-3)	☐
9. SOMATİK BELİRTİLER (GENEL)	(1-3)	☐
10. SUÇLULUK DUYGULARI	(1-5)	☐
11. İNTİHAR	(1-5)	☐
12. PSİŞİK KAYGI	(1-5)	☐
13. SOMATİK KAYGI	(1-5)	☐
14. HİPOKONDİRİ	(1-5)	☐
15. İÇGÖRÜ	(1-3)	☐
16. YAVAŞLAMA	(1-5)	☐
17. AJİTASYON	(1-5)	☐
TOPLAM		*****

HAMİLTON DEPRESYON DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

EK 6 - Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HAM-A)

Hastanın Adı, Soyadı:	Tarih:
Hastanın Yaşı ve Cinsiyeti:	Değerlendirici:

HAMILTON ANKSİYETE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (HARS)

Lütfen her konu başlığı için 0-4 arası bir puan verin

	Puan
1. ANKSİYETELİ MİZAÇ	☐
2. GERİLİM	☐
3. KORKULAR	☐
4. UYKUSUZLUK	☐
5. ENTELLEKTÜEL (kognitif)	☐
6. DEPRESİF MİZAÇ	☐
7. SOMATİK (muskuler)	☐
8. SOMATİK (duygusal)	☐
9. KARDİOVASKÜLER SEMPTOMLAR	☐
10. SOLUNUM SEMPTOMLARI	☐
11. GASTROİNTESTİNAL SEMPTOMLAR	☐
12. GENİTOÜRİNER SEMPTOMLAR	☐
13. OTONOMİK SEMPTOMLAR	☐
14. GÖRÜŞME SIRASINDAKİ DAVRANIŞ	☐
TOPLAM PUAN:	
PSİŞİK (1,2,3,5,6)	
SOMATİK (4,7,8,9,10,11,12,13,14)	

EK 7 –Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri-II (YİYE-II)

Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri - II

Aşağıdaki maddeler romantik ilişkilerinizde hissettiğiniz duygularla ilgilidir. Maddelerde sözü geçen "birlikte olduğum kişi" ifadesi ile eşiniz kastedilmektedir. Her bir maddenin ilişkilerinizdeki duygu ve düşüncelerinizi ne oranda yansıttığını karşılardaki 7 aralıklı ölçek üzerinde, ilgili rakam üzerine çarpı (X) koyarak gösteriniz.

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
Hiç Kararsızım / Tamamen
katılmıyorum fikrim yok katılıyorum

1. Birlikte olduğum kişinin sevgisini kaybetmekten korkarım.	1	2	3	4	5	6	7
2. Gerçekte ne hissettiğimi birlikte olduğum kişiye göstermemeyi tercih ederim.	1	2	3	4	5	6	7
3. Sıklıkla, birlikte olduğum kişinin artık benimle olmak istemeyeceği korkusuna kapılırım.	1	2	3	4	5	6	7
4. Özel duygu ve düşüncelerimi birlikte olduğum kişiyle paylaşmak konusunda kendimi rahat hissederim.	1	2	3	4	5	6	7
5. Sıklıkla, birlikte olduğum kişinin beni gerçekten sevmediği duygusuna kapılırım.	1	2	3	4	5	6	7
6. Romantik ilişkide olduğum kişilere güvenip inanmak bana zor gelir.	1	2	3	4	5	6	7
7. Romantik ilişkide olduğum kişilerin beni, benim onları önemsedığım kadar önemsemeyeceklerinden endişe duyarım.	1	2	3	4	5	6	7
8. Romantik ilişkide olduğum kişilere yakın olma konusunda çok rahatımdır.	1	2	3	4	5	6	7
9. Sıklıkla, birlikte olduğum kişinin bana duyduğu hislerin benim ona duyduğum hisler kadar güçlü olmasını isterim.	1	2	3	4	5	6	7
10. Romantik ilişkide olduğum kişilere açılma konusunda kendimi rahat hissetmem.	1	2	3	4	5	6	7
11. İlişkilerimi kafama çok takarım.	1	2	3	4	5	6	7
12. Romantik ilişkide olduğum kişilere fazla yakın olmamayı tercih ederim.	1	2	3	4	5	6	7
13. Benden uzakta olduğunda, birlikte olduğum kişinin başka birine ilgi duyabileceği korkusuna kapılırım.	1	2	3	4	5	6	7
14. Romantik ilişkide olduğum kişi benimle çok yakın olmak istediğinde rahatsızlık duyarım.	1	2	3	4	5	6	7
15. Romantik ilişkide olduğum kişilere duygularımı gösterdiğimde, onların benim için aynı şeyleri hissetmeyeceğinden korkarım.	1	2	3	4	5	6	7
16. Birlikte olduğum kişiyle kolayca yakınlaşabilirim.	1	2	3	4	5	6	7

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
Hiç Kararsızım / Tamamen
katılmıyorum fikrim yok katılıyorum

17. Birlikte olduğum kişinin beni terkedeceğinden pek endişe duymam.	1	2	3	4	5	6	7
18. Birlikte olduğum kişiyle yakınlaşmak bana zor gelmez.	1	2	3	4	5	6	7
19. Romantik ilişkide olduğum kişi kendime olan güvenimi sarsar.	1	2	3	4	5	6	7
20. Genellikle, birlikte olduğum kişiyle sorunlarımı ve kaygılarımı tartışırım.	1	2	3	4	5	6	7
21. Terk edilmekten pek korkmam.	1	2	3	4	5	6	7
22. Zor zamanlarımda, romantik ilişkide olduğum kişiden yardım istemek bana iyi gelir.	1	2	3	4	5	6	7
23. Birlikte olduğum kişinin, bana istediğim kadar yakın olmadığını düşünürüm.	1	2	3	4	5	6	7
24. Birlikte olduğum kişiye hemen hemen her şeyi anlatırım.	1	2	3	4	5	6	7
25. Romantik ilişkide olduğum kişiler bazen bana olan duygularını sebepsiz yere değiştirirler.	1	2	3	4	5	6	7
26. Başımdan geçenleri birlikte olduğum kişiyle konuşurum.	1	2	3	4	5	6	7
27. Çok yakın olma arzum bazen insanları korkutup uzaklaştırır.	1	2	3	4	5	6	7
28. Birlikte olduğum kişiler benimle çok yakınlaştığında gergin hissedirim.	1	2	3	4	5	6	7
29. Romantik ilişkide olduğum bir kişi beni yakından tanıdıkça, benden hoşlanmayacağından korkarım.	1	2	3	4	5	6	7
30. Romantik ilişkide olduğum kişilere güvenip inanma konusunda rahatımdır.	1	2	3	4	5	6	7
31. Birlikte olduğum kişiden ihtiyaç duyduğum şefkat ve desteği görememek beni öfkeliendirir.	1	2	3	4	5	6	7
32. Romantik ilişkide olduğum kişiye güvenip inanmak benim için kolaydır.	1	2	3	4	5	6	7
33. Başka insanlara denk olamamaktan endişe duyarım.	1	2	3	4	5	6	7
34. Birlikte olduğum kişiye şefkat göstermek benim için kolaydır.	1	2	3	4	5	6	7
35. Birlikte olduğum kişi beni sadece kızgın olduğumda farkeder.	1	2	3	4	5	6	7
36. Birlikte olduğum kişi beni ve ihtiyaçlarımı gerçekten anlar.	1	2	3	4	5	6	7

EK 8 - Beden Algısı Ölçeği/Beden İmajı Ölçeği (BAÖ)

BEDEN ALGISI ÖLÇEĞİ

Aşağıda çeşitli vücut özellikleri ve beğenip beğenmeme ifadeleri bulunmaktadır. Yapmanız gereken, bir vücut özelliğiniz hakkındaki duygularınızı bu ifadelere göre değerlendirmektir. Örneğin bir vücut özelliğinizi çok beğeniyorsanız, bu özellik için “çok beğeniyorum” ifadesinin bulunduğu kutuya “X” işreti koyunuz. Herhangi bir vücut özelliğinizi genel olarak beğenip beğenmediğinize göre duygularınızı değerlendiriniz.

	Çok beğeniyorum	Oldukça beğeniyorum	Kararsızım	Pek beğenmiyorum	Hiç beğenmiyorum
1. Saçlarım					
2. Yüzümün rengi					
3. İştahım					
4. Ellerim					
5. Vücudumdaki kıl dağılımı					
6. Burnum					
7. Fiziksel gücüm					
8. İdrar – dışkı düzenim					
9. Kas kuvvetim					
10. Belim					
11. Enerji düzeyim					
12. Sırtım					
13. Kulaklarım					
14. Yaşım					
15. Çenem					
16. Vücut yapım					
17. Profilim					
18. Boyum					

	Çok beğeniyorum	Oldukça beğeniyorum	Kararsızım	Pek beğenmiyorum	Hiç beğenmiyorum
19. Duyularımın keskinliği					
20. Ağrıya dayanıklılığım					
21. Omuzlarımın genişliği					
22. Kollarım					
23. Göğüslerim					
24. Gözlerimin şekli					
25. Sindirim sistemim					
26. Kalçalarım					
27. Hastalığa direncim					
28. Bacaklarım					
29. Dişlerimin şekli					
30. Cinsel gücüm					
31. Ayaklarım					
32. Uyku düzenim					
33. Sesim					
34. Sağlığım					
35. Cinsel faaliyetlerim					
36. Dizlerim					
37. Vücudumun duruş şekli					
38. Yüzümün şekli					
39. Kilom					
40. Cinsel organlarım					