



T.C

ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**KADINLARDA POSTPARTUM DEPRESYON SEVİYESİNİN DOĞUM SONRASI  
CİNSEL HAZ VE DOYUMA OLAN ETKİSİ**

**ÖDÜL ŞAHİN**

**DANIŞMAN: Yrd. Doç. Dr AHMET YOSMAOĞLU**

**İSTANBUL-2018**



T.C

ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**KADINLARDA POSTPARTUM DEPRESYON SEVİYESİNİN DOĞUM SONRASI  
CİNSEL HAZ VE DOYUMA OLAN ETKİSİ**

**ÖDÜL ŞAHİN**

**144102064**

**DANIŞMAN: Yrd. Doç. Dr. AHMET YOSMAOĞLU**

**İSTANBUL-2018**



T.C.  
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**YÜKSEK LİSANS TEZ SINAV TUTANAĞI**

**GENEL BİLGİLER**

Öğrenci No	: 144102064
Öğrenci Adı Soyadı	: Ödül Şahin
Anabilim Dalı	: Klinik Psikoloji
Tez Danışmanı	: Yrd. Doç. Dr. Ahmet Yosmaoğlu
Tezin Başlığı	: SONRASI CİNSEL HAZ VE DOYUMA OLAN ETKİSİ KADINLARDA POSTPARTUM DEPRESYON SEVİYESİNİN DOĞUM

**TEZ SAVUNMA SINAĞI TUTANAĞI**

Toplantı Tarihi	: 08.03.2018	Saati	: 09.00
Öğrenci Savunmaya	: <input checked="" type="checkbox"/> GELDI		
Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca tez bilimsel olarak incelenmiş, adayın tez çalışmasını sunmasının ardından, adaya tez çalışması ile ilgili sorular yöneltilmiştir. Yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı, <input checked="" type="checkbox"/> OY BİRLİĞİ <input type="checkbox"/> OY ÇOKLUGU <input type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavında adayın başarılı bulunması sonucunda tez <b>KABUL</b> edilmiştir. <input type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavı sonucunda tezin <b>DÜZELTİLMESİ</b> için ..... ay <b>EK SÜRE</b> verilmesinin Enstitü Müdürlüğüne önerilmesi kararı alınmıştır. (en fazla 3 ay) <input type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavının sonucunda tezin <b>REDDEDİLMESİ</b> kararı alınmıştır.			
Savunmada Tezin Başlığı	: <input checked="" type="checkbox"/> Değişmedi. <input type="checkbox"/> Değişti.		
Tezin Yeni Başlığı	:		
Öğrenci Savunmaya	: <input type="checkbox"/> GELMEDI		
Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca yukarıda belirtilen tarih ve saatte Tez Savunma Jürisi toplanmış ancak ilgili öğrenci savunma sınavına gelmemiştir. Adayın tez çalışmasını Jüri önünde sunmadığı için yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı, <input type="checkbox"/> OY BİRLİĞİ ile <b>REDDEDİLMİŞTİR.</b>			

ile almıştır.

Tez Sınavı Jürisi	Unvanı, Adı Soyadı	İmza
Danışman Üye	Yrd. Doç. Dr. Ahmet Yosmaoğlu	
Üye	Doç. Dr. Onur Noyan	
Üye	Yrd. Doç. Dr. Doç. Dr. Korkut Ulucan	

## YEMİN METNİ

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum ‘Kadınlarda Postpartum Depresyon Seviyesinin Doğum Sonrası Cinsel Haz Ve Doyuma Olan Etkisi’ adlı çalışmanın, tarafımdan, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlardan atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

Tarih:22.01.2018

Adı Soyadı: Ödül ŞAHİN

İstanbul, 2018

İmza:

## TEŞEKKÜR

Tez çalıőmam sırasında kıymetli bilgi, birikim ve tecrübeleri ile bana yol gösterici ve destek olan aynı zamanda ilgisini ve önerilerini göstermekten kaçınmayan değerli danışman hocam sayın Dr.Ahmet Yosmaoğlu'na sonsuz teşekkür ve saygılarımı sunarım.

Yüksek lisans eğitimim boyunca yardım, bilgi ve tecrübeleri ile bana sürekli destek olan Klinik Psikoloji bölümündeki tüm hocalarıma teşekkür ederim.

Çalıőmalarım boyunca maddi manevi destekleriyle beni hiçbir zaman yalnız bırakmayan aileme de sonsuz teşekkürler ederim.

Çalıőmalarım boyunca yardımını hiç esirgemeyen değerli arkadaşlarıma teőekkürü bir borç bilirim.



## TABLolar LİSTESİ

**Tablo 1.** Demografik değişkenlere göre frekans dağılımları, yüzdeleri ve evlilik yılı ortalamaları

**Tablo 2.** Çalışma durumu değişkenlerine göre frekans dağılımları ve yüzdeleri

**Tablo 3.** Sağlık durumuna göre frekans dağılımları ve yüzdeleri

**Tablo 4.** Sosyal Yaşam / Yetiştirilme özelliklerine göre frekans dağılımları ve yüzdelerle

**Tablo 5.** Ölçeklerden alınan ortalama puanlar, standart sapmalar ve minimum-maksimum puanlar

**Tablo 6.** Beck Depresyon Ölçeğinden alınan puanlara göre depresyonu olanların ve olmayanların dağılımları

**Tablo 7.** Kiminle yaşadığına göre Beck Depresyon Ölçeğinden alınan ortalama puanlar ve standart sapmalar

**Tablo 8.** Çalışma süresine göre Beck Depresyon Ölçeğinden alınan ortalama puanlar ve standart sapmalar

**Tablo 9.** Kronik ruhsal hastalığın bulunup bulunmamasına göre Beck Depresyon Ölçeğinden alınan ortalama puanlar standart sapmalar ve t testi bulguları

**Tablo 10.** Çocuklukta görülen ilgi düzeyine göre Beck Umutsuzluk Ölçeğinden alınan ortalama puanlar ve standart sapmalar

**Tablo 11.** Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeğinden alınan puanlara göre depresyonu olanların ve olmayanların dağılımları

**Tablo 12.** Çocuk sayısına göre doğum sonrası depresyon ortalamaları ve standart sapmaları

**Tablo 13.** Çalışma yılına göre Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği ortalama puanları ve standart sapmaları

**Tablo 14.** Çocuklukta görülen ilgi düzeyine göre Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon ortalamaları ve standart sapmaları

**Tablo 15.** Ölçekten alınan puanlara göre sorun dağılımı

**Tablo 16.** Kiminle yaşadığına göre Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeğinden alınan ortalama puanlar ve standart sapmalar

**Tablo 17.** Çocuk Sayısına göre Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeğinden alınan ortalama puanlar ve standart sapmalar

**Tablo 18.** Çalışma durumuna göre Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği alt ölçeklerinden alınan ortalama puanlar ve standart sapmalar

**Tablo 19** Çalışma yılına göre Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeğinden alınan ortalama puanlar ve standart sapmalar

**Tablo 20.** Haftalık Ortalama Çalışma Süresine göre Cinsel Doyum Ölçeği Vajinismus alt boyutundan alınan ortalama puanlar ve standart sapmalar

**Tablo 21.** Kronik Fiziksel Hastalık bulunup bulunmamasına göre Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeğinden alınan ortalama puanlar, standart sapmalar ve t testi bulguları

**Tablo 22.** Çocuklukta görülen ilgi düzeyine göre Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği ve alt boyutlarından alınan ortalama puanlar ve standart sapmalar

**Tablo 23.** Yetiştirilme biçiminin yaşamdaki sorunlarla başa çıkmada katkısı olup olmamasına göre Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği Anorgazmi alt boyutundan alınan ortalama puanlar ve standart sapmalar

**Tablo 24.** Doğumdan sonra geçen süreye göre Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği ve alt boyutlarından alınan ortalama puanlar, standart sapmalar ve varyans analizi bulguları

**Tablo 25.** Katılımcıların cinsel işlev bozukluklarının olup olmamasına göre dağılımları

**Tablo 26.** Kiminle yaşadığına göre Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeğinden alınan ortalama puanlar ve standart sapmalar

**Tablo 27.** Çocuk Sayısına göre Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeğinden alınan ortalama puanlar ve standart sapmalar

**Tablo 28.** Çalışma yılına göre Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeğinden alınan ortalama puanlar ve standart sapmalar

**Tablo 29.** Kronik fiziksel hastalığın bulunup bulunmamasına göre Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeğinden alınan ortalama puanlar, standart sapmalar ve t testi bulguları

**Tablo 30.** Kronik ruhsal hastalığın bulunup bulunmamasına göre Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeğinden alınan ortalama puanlar, standart sapmalar ve t testi bulguları

**Tablo 31.** Çocuklukta görülen ilgi düzeyine göre Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeğinden alınan ortalama puanlar ve standart sapmalar

**Tablo 32.** Son doğumdan sonra geçen süreye göre Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeğinden alınan ortalama puanlar, standart sapmalar ve varyans analizi bulguları

**Tablo 33.** Araştırmada kullanılan ölçeklerden alınan puanlar arasındaki korelasyonlar

**Tablo 34.** Doğum Sonrası Depresyonu olanlar ve olmayanların Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği ve Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar, standart sapmalar ve t testi bulguları

**Tablo 35.** Doğum Sonrası Depresyonu olanlar ve olmayanların Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar, standart sapmalar ve t testi bulguları

**Tablo 36.** Depresyonu olanlar ve olmayanların Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar, standart sapmalar ve t testi bulguları

**Tablo 37.** Depresyonu olanlar ve olmayanların Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar, standart sapmalar ve t testi bulguları

**Tablo 38.** Umutsuzluk düzeylerine göre Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar, standart sapmalar ve t testi bulguları

**Tablo 39.** Umutsuzluk Düzeylerine Göre Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar, standart sapmalar ve t testi bulguları



## ÖZET

(ŞAHİN, Ödül, Yüksek Lisans, İstanbul, 2016)

### **KADINLARDA POSTPARTUM DEPRESYON SEVİYESİNİN DOĞUM SONRASI CİNSEL HAZ VE DOYUMA OLAN ETKİSİ**

Bu araştırmanın amacı doğum sonrası kadınların postpartum depresyon seviyelerinin, cinsel yaşamlarına olan etkisini araştırmak ve iki fenomen arasındaki ilişkiyi incelemektir.

Araştırmanın örneklem grubunu İstanbul’da yaşayan ve yakın zamanda doğum yapmış 50 kadın oluşturmaktadır. Katılımcılarla isimleri alınmadan çalışılmıştır. Her katılımcıya 1’den 50’ye kadar rastgele numara verilmiştir. Katılımcılara uygulanan sosyodemografik veri formunun yanında depresyon ve cinsel haz ve doyum ölçen ölçekler uygulanmıştır. Çalışmada katılımcılar ile ilgili demografik bilgi edinmek için araştırmacı tarafından geliştirilen Sosyo-Demografik Veri Formu kullanılmış; ayrıca annelerin depresyon seviyelerini ölçmek için Beck Depresyon Envanteri (BDE), Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ) ve Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ); cinsel yaşantıları üzerindeki etkiyi inceleyebilmek için ise Arizona Cinsel Yaşantılar - Kadın Formu (ACY-K) ve Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği - Kadın Formu (GRCDÖ-K) uygulanmış ve sonuçlar bu veriler üzerinden analiz edilmiştir.

Verilerin analizinde SPSS 21 programı kullanılmıştır. Araştırma sonuçlarına göre postpartum depresyon ile cinsel haz ve doyum arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Hamilelik sonrası depresyonun cinsel haz ve doyum üzerinde anlamlı düzeyde etkisi saptanmıştır. Doğum sonrası depresyon seviyesi ne kadar yüksekse cinsel haz ve doyumun da o seviyede azaldığı bulunmuştur.

### **ANAHTAR SÖZCÜKLER**

Depresyon, Hamilelik Sonrası Depresyon, Postpartum Depresyon, Cinsellik, Cinsel Haz, Cinsel Doyum

## **ABSTRACT/SUMMARY**

The main objective of this research is to analyse whether there is an association between postpartum depression and sexual pleasure and satisfaction.

The study sample consists of 50 women who live in İstanbul and who have recently given birth. The study was conducted anonymously. The subjects were randomly numbered from 1 to 50. The sample was given the sociodemographic form developed by the researcher and 5 clinical scales to measure the level of depression, postpartum depression, sexual pleasure and satisfaction. Beck Depression Questionnaire was given to measure the depression severity; Beck Despondency Questionnaire was given to establish hopelessness and despair levels, Edinburgh After Birth Depression Questionnaire was given to evaluate postpartum depression severity; Arizona Sexual Life Survey- Woman Form and Golombok-Rust Sexual Satisfaction Scale - Woman Form were given to survey the effects on sexual life. The results were analyzed using these data.

SPSS 21 for Windows software was used in the statistical analysis. The study showed a significant correlation between postpartum depression severity and sexual pleasure and satisfaction. Severer postpartum depression meant less sexual satisfaction and pleasure.

## **KEYWORDS**

Depression, Postpartum Depression, Sexuality, Sex, Sexual Satisfaction, Sexual Pleasure

## **KISALTMALAR**

**SVF:** Sosyodemografik veri formu

**BDE:** Beck Depresyon Envanteri

**BUÖ:** Beck Umutsuzluk Ölçeği

**EDSDÖ:** Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği

**ACY-K:** Arizona Cinsel Yaşantılar-Kadın Formu

**GRCDO-K:** Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği-Kadın Formu

## **EKLER**

**Ek1** Sosyodemografik veri formu

**Ek2** Beck Depresyon Envanteri

**Ek3** Beck Umutsuzluk Ölçeği

**Ek4** Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği

**Ek 5** Arizona Cinsel Yaşantılar - Kadın Formu

**Ek 6** Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği - Kadın Formu

## İÇİNDEKİLER

YEMİN METNİ.....	i
TEŞEKKÜR.....	ii
TABLolar LİSTESİ.....	iii
ÖZET VE ANAHTAR SÖZCÜKLER.....	vi
ABSTRACT/SUMMARY AND KEYWORDS.....	vii
KISALTMALAR LİSTESİ.....	viii
EKLER LİSTESİ.....	viii
İÇİNDEKİLER.....	ix
<b>BİRİNCİ BÖLÜM:GİRİŞ.....</b>	<b>1</b>
1.1 GİRİŞ.....	1
1.2.ARAŞTIRMANIN AMACI VE HİPOTEZLER.....	3
1.2.1.Araştırmanın Amacı.....	3
1.2.2.Hipotezler.....	4
1.3.ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ.....	4
1.4.SINIRLILIKLAR.....	4
1.5.ARAŞTIRMANIN VARSAYIMLARI.....	5
1.6.TANIMLAR.....	5
1.6.1.Depresyon.....	5
1.6.2.Postpartum Depresyon.....	5
1.6.3.Cinsel Haz ve Doyum.....	5
<b>İKİNCİ BÖLÜM:GENEL BİLGİLER, KURUMSAL AÇIKLAMALAR VE İLGİLİ LİTERATÜR.....</b>	<b>6</b>
2.1.DEPRESYON.....	6

2.1.1. Depresyonun Tanımı.....	6
2.1.2. Depresyonun Semptomları.....	7
2.1.3. Depresyonu Etkileyen Faktörler.....	9
2.1.4. Depresyon Hastalarıyla İletişim.....	9
2.1.5. Depresyon Türleri.....	10
2.1.6. Depresyonun Teşhisi ve Tedavisi.....	10
2.2. POSTPARTUM DEPRESYON.....	11
2.3. CİNSELLİK.....	13
2.4. KADINDA CİNSELLİK, CİNSEL HAZ VE DOYUM.....	14
2.5. KADINDA CİNSEL TEPKİ EVRELERİ.....	16
<b>ÜÇÜNCÜ BÖLÜM: YÖNTEM.....</b>	<b>17</b>
3.1. ARAŞTIRMANIN MODELİ.....	17
3.2. ARAŞTIRMANIN ETİK İLKELERİ.....	17
3.3. KATILIMCILAR( EVREN VE ÖRNEKLEM).....	18
3.3.1. Araştırmaya Alınma Kriterleri.....	18
3.3.2. Araştırmadan Dışlanma Ölçütleri.....	18
3.4. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI.....	18
3.5. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	19
3.5.1. Sosyodemografik Veri Formu.....	19
3.5.2. Beck Depresyon Envanteri.....	19
3.5.3. Beck Umutsuzluk Ölçeği.....	19
3.5.4. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği.....	20
3.5.5. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği-Kadın Formu.....	21
3.5.6. Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği-Kadın Formu.....	21

3.6.İŞLEM.....	23
3.7.İSTATİSTİKSEL VERİLERİN ANALİZİ(VERİ ANALİZİ).....	23
<b>DÖRDÜNCÜ BÖLÜM:BULGULAR.....</b>	<b>24</b>
4.1.BETİMLEYİCİ BULGULAR.....	24
4.2.ÖLÇEKLERDEN ALINAN PUANLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	29
4.2.1. Beck Depresyon Ölçeği.....	31
4.2.2. Beck Umutsuzluk Ölçeği.....	33
4.2.3. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği.....	34
4.2.4. Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği-Kadın Formu.....	37
4.2.5. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği-Kadın Formu.....	57
4.3.ÖLÇEKLERDEN ALINAN PUANLAR ARASINDAKİ İLİŞKİLER.....	63
4.3.1.Ölçeklerin Ve Alt Boyutların Birbirleri ile Korelasyonları.....	63
4.3.2.Doğum Sonrası Depresyonun Cinsel Doyum Ve Cinsel İşlev Bozukluğu Üzerindeki Etkisi.....	67
4.3.3.Depresyonun Cinsel Doyum Ve Cinsel İşlev Bozukluğu Üzerindeki Etkisi.....	70
4.3.4.Umutsuzluğun Cinsel Doyum Ve Cinsel İşlev Bozukluğu Üzerindeki Etkisi.....	72
<b>BEŞİNCİ BÖLÜM:TARTIŞMA.....</b>	<b>75</b>
5.1.SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ....	75
5.1.1.Sosyodemografik Veri Formunun Beck Depresyon Ölçeği İle İlişkisinin Değerlendirilmesi.....	76
5.1.2. Sosyodemografik Veri Formunun Beck Umutsuzluk Ölçeği İle İlişkisinin Değerlendirilmesi.....	77
5.1.3. Sosyodemografik Veri Formunun Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği İle İlişkisinin Değerlendirilmesi.....	77

5.1.4. Sosyodemografik Veri Formunun Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği-Kadın Formu İle İlişkisinin Değerlendirilmesi.....	79
5.1.5. Sosyodemografik Veri Formunun Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği-Kadın Formu İle İlişkisinin Değerlendirilmesi.....	86
5.2.ÖLÇEKLERDEN ALINAN PUANLAR ARASINDAKİ İLİŞKİLERİN TARTIŞILMASI.....	87
5.2.1. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeğinin Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği-Kadın Formu İle İlişkisinin Değerlendirilmesi.....	87
5.2.2. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeğinin Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği-Kadın Formu İle İlişkisinin Değerlendirilmesi.....	88
5.2.3. Beck Depresyon Ölçeğinin Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği-Kadın Formu İle İlişkisinin Değerlendirilmesi.....	88
5.2.4. Beck Depresyon Ölçeğinin Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği-Kadın Formu İle İlişkisinin Değerlendirilmesi.....	90
5.2.5. Beck Umutsuzluk Ölçeğinin Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği-Kadın Formu İle İlişkisinin Değerlendirilmesi.....	90
5.2.6. Beck Umutsuzluk Ölçeğinin Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği-Kadın Formu İle İlişkisinin Değerlendirilmesi.....	91
5.3.ÖLÇEKLERİN VE ALT BOYUTLARININ BİRBİRLERİ İLE KORELASYONLARI.....	91
5.4.DOĞUM SONRASI DEPRESYONUN CİNSEL DOYUM VE CİNSEL İŞLEV BOZUKLUĞU ÜZERİNDEKİ ETKİSİ.....	93
<b>ALTINCI BÖLÜM:SONUÇ.....</b>	<b>94</b>
<b>YEDİNCİ BÖLÜM: SINIRLILIKLAR VE ÖNERİLER.....</b>	<b>95</b>
7.1.SINIRLILIKLAR.....	95
7.2.ÖNERİLER.....	95
<b>KAYNAKÇA VE REFERANSLAR.....</b>	<b>96</b>

<b>EKLER.....</b>	<b>104</b>
EK-A:SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU.....	104
EK-B:BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ(ENVANTERİ).....	105
EK-C:BECK UMUTSUZLUK ÖLÇEĞİ.....	108
EK-D:EDİNBURGH DOĞUM SPNRASI DEPRESYON ÖLÇEĞİ.....	109
EK-E:ARIZONA CİNSEL YAŞANTILAR ÖLÇEĞİ(KADIN FORMU).....	112
EK-F:GOLOMBOK-RUST CİNSEL DOYUM ÖLÇEĞİ(KADIN FORMU).....	113
<b>ÖZGEÇMİŞ(CV)ÖDÜL ŞAHİN.....</b>	<b>115</b>
<b>ÖZGEÇMİŞ(CV)AHMET YOSMAOĞLU.....</b>	<b>120</b>



## BİRİNCİ BÖLÜM : GİRİŞ

### 1.1.GİRİŞ

Ülkemizde cinsel sağlık ve cinsel yaşama ilişkin çalışmalar kısıtlıdır. Özellikle kadın cinselliği erkek cinselliğine nazaran tabu olarak addedilmektedir. Çok konuşulmaz; araştırılması, incelenmesi hoş görülmez. Akademik makalelerde kadın cinselliğine, erkek cinselliğine oranla daha az yer verilir. Çıkarımlar, varsayımlar , hipotezler hep erkek cinselliği üzerinden gerçekleştirilir. Bunu, cinsel konuların ülkemizde rahat konuşulamaması ve toplum olarak cinsellik konusunda açık görüşlü olmamız ile ilişkilendirebiliriz. Cinsel Sağlık Enstitüsü Derneği'ne göre (CISED); her ne kadar 21. yüzyılda yaşanmasına karşın, cinselliğin toplumda ayıp, yasak ve günah olarak algılandığı ve bu konunun konuşulmasından kaçınıldığına işaret ediyor ve ekliyor; halkımızın daha sağlıklı ve mutlu bir cinsel yaşama sahip olması, cinsel sorunlarımızın aşılması, bireyin ve ailenin cinsel sağlığının iyileştirilmesine katkıda bulunmak CISED'in amaçları arasındadır. Cinsel konularda bilgisiz ve eğitimsiz hızlı nüfus artışına engel olma, temel insan haklarından olan cinsel sağlık, aile planlaması, üreme sağlığı ve eğitimi konularında hepimize her geçen gün daha fazla görevler düştüğüne inanıyoruz diyor.(CISED,2012)

Depresyon günümüzün en meşhur psikiyatrik hastalığı olarak bilinir. Depresyon, bir psikiyatrist tarafından tanısı kolayca koyulabilen ve tedavi süreci neredeyse evrenselleşmiş, kolaylıkla tedavi edilebilen bir hastalıktır. Dünyada halen 350 milyon kişinin depresyon hastalığından muzdarip olduğu biliniyor. Büyük kısmı depresyon hastası olan 20 milyon kişi her yıl intihara teşebbüs ediyor ve bunların bir milyonu hayatını kaybediyor. Doğum yapan kadınların bir çoğu ise doğum sonrası depresyon denen ağır bir sendroma yakalanıyorlar. Dünya üzerinde işgücü kaybının en büyük sebebinin, doğal olarak fiziki yetersizlik yaratan hastalıklar olarak görülse de , depresyon, en fazla işgücü ve işlevsellik kaybı yapan birinci sebep olarak gösteriliyor.(Dünya Sağlık Örgütü (WHO))

Öte yandan, toplumda sık görülen psikiyatrik bir rahatsızlık olan depresyon, insan hayatının çoğu alanında negatif etkiye sebep olabilmektedir. Depresyonun kişinin hayatını etkilediği önemli alanlardan biri de cinsel yaşamdır. Depresyon hastalarında

cinsel isteksizlik, cinsel haz alamama, erkeklerde erektil disfonksiyon, kadınlarda uyarılma bozukluğu gibi cinsel işlev bozuklukları yaşanabilmektedir.

Depresyon hastası olan kadın ve erkeklerde cinsel istek ve arzuda belirgin bir azalma oluyor. Hatta depresyonu ağırlaşan kadın hastalarda adetten kesilme de gözlenebiliyor. Aralarında bizim de bulunduğumuz bazı ülkelerde ruhsal sebeplerle direk olarak psikiyatriste gitmek ( yavaş yavaş değişiyor da olsa) halen daha meşakkatli bir konu.Bu nedenle bir çok hasta aslında depresyon hastası olduğunun farkında olmadan ama depresyon nedeniyle ortaya çıkmış fiziksel bir rahatsızlıktan ötürü psikiyatri dışı hekimlere yöneliyor. Kronik ağrılar nedeniyle fizik tedavi uzmanlarına, geçmeyen baş ağrıları nedeniyle nörologlara, sertleşme sorunu veya ağrılı cinsel ilişki şikayetiyle ürolog veya kadın doğum uzmanlarına başvuran hasta sayısı belki psikiyatriye başvuranların misliyle fazla olabilir. Cinsel isteksizlik ve libido azalması, depresyon hastalığının en önemli bulgularından biridir; bazen depresyonun diğer bulguları belirgin olmadığı halde ortaya çıkabilir ve psikiyatrist veya psikologlar cinsel disfonksiyonla karşılaştıklarında, bunun ruhsal nedenleri olup olmadığını mutlaka düşünürler.

Depresyon tedavisinin cinsel işlevler açısından en zorlayıcı taraflarından biri, hastalığın doğasında var olan libido azalmasının, birçok antidepresanın yan etkisi olarak da ortaya çıkabilen cinsel istek azalmasından ayırt edilmesinin güçlüğüdür. Antidepresanlar, giderek çeşitlenen ve yan etkileri azaltılan formlarda, depresyon tedavisinin ana gövdesini oluşturmaktalar. Hafif ve orta şiddetli depresyonlarda sadece psikoterapi ile düzelme sağlamak mümkün olabilse de ortanın üzeri şiddette olan depresyonlarda ilaç tedavisi vazgeçilmez konumdadır. Bunların en büyük kısmını beyinde serotonin adlı hormonu arttıran, SSRI denen ilaçlar oluşturuyor. Maalesef, beyinde, depresyonu iyileştiren serotonin hormonunu arttırmak, bir yandan da düzeltmeye çalıştığımız cinsel isteksizliğin daha da artmasına yol açabiliyor. Bu yan etki herkeste eşit şekilde görülmemekle beraber, bazı hastalarda hiç ortaya çıkmayabilir, bazılarında ise şiddetli olabilir.Bir süre kullanılmaya devam edildiğinde cinsel yan etkilerin azalması ve depresyonun da tedavi yoluna girmesiyle, cinsel isteksizliğin düzelmesi nadir değildir ancak ilaca bağlı ortaya çıkan cinsel isteksizlik ve disfonksiyon eğer sebat ederse, psikiyatristiniz, kullanılmakta olan antidepresan dozunu azaltılabiliyorsa azaltmalı, eğer azaltmayı riskli buluyorsa, aynı etkiyi sağlayabilecek fakat cinsel yan etki profili daha az olan bir başka ilaca geçmeyi düşünmelidir. Her halükarda, doğru tedavi altındaki bir depresyon hastasında, iyileşme gerçekleştiğinde,

hem depresyonun kendinden kaynaklanan cinsel isteksizlik, hem de antidepresan yan etkisine bağlı cinsel yan etkiler düzelecek, kişi eski cinselliğine sağlıklı bir şekilde devam edebilecektir. (<http://www.ipe.com.tr>)

Depresyon ve cinsel sorunlar ilişkisi bir kısır döngüye dönüşme eğilimindedir. Kadınlar cinsel uyarılma ve orgazmla ilgili problemler yaşarken, erkeklerde ereksiyon güçlüğü, ilaç tedavisine bağlı geç boşalma gibi sorunlar ortaya çıkabilir.

Toplumumuzda kadın-erkek rolleriyle ilgili yanlış inanışlar da depresyonun yarattığı etkiyi artırır. Depresyondaki kadınlar, daha fazla içe kapanmayı, hüzünlerini kendi içlerinde yaşamayı seçerken, erkekler yaşadıkları mutsuzluğu öfke patlamaları, riskli davranışlarla dışa vurabilirler. Mutsuzluk, hüzün hali, hayattan zevk alamama, özgüven azalması cinselliğe olan yaklaşımı etkiler.

## **1.2. ARAşTIRMANIN AMACI VE HİPOTEZLER**

### **1.2.1.Araştırmanın Amacı**

Cinsellik ile ilgili araştırmalar hem kaynak olarak az ve yetersiz; hem de daha çok tıp ve sağlık alanlarına hizmet eden türdendir. Bundan dolayıdır ki konu kadın cinselliğini olduğunda psikolojik boyutta ele alan araştırmalar oldukça kısıtlıdır. Annelik ve cinselliğe olan etkileri literatürde oldukça fazla yer almakta iken annenin cinselliği yaşaması ve cinsellikten ne kadar haz aldığı ve annenin ruhsal durumuna etkisi üzerine aynı oranda yayın bulunmamaktadır. Bu çalışmada annelerdeki postpartum depresyon ve cinsel istek düzeyleri ve cinsel haz ile arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır. Psikolojik boyutta cinselliği konu alan araştırmalara az rastlanır. Varolan kaynaklar da daha çok erkek cinselliğini ön plana alan araştırmalardan oluşur. Ülkemizde erkek cinselliğine, erkek cinsel işlev bozukluklarına dair kaynaklar kadın cinselliğine odaklanan kaynaklara oranla daha fazladır. Bu tez kadın cinselliğinin bir boyutunu ele alarak postpartum depresyonun, kadın cinselliği, haz ve doyum ile ilişkisine bakmayı amaçlamaktadır.

### **1.2.2.Hipotezler**

1. Depresyon ile cinsel haz ve doyum arasında negatif yönde korelasyon vardır.
2. Postpartum depresyon ile cinsel haz ve doyum arasında negatif yönde korelasyon vardır.
3. Annenin sosyodemografik verileri ile depresyon seviyesi arasında korelasyon vardır.
4. Annenin umutsuzluk düzeyi ile depresyon seviyesi arasında pozitif yönde bir ilişki vardır.
5. Umutsuzluk düzeyi arttıkça cinsel haz ve doyum azalır.

### **1.3. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ**

Literatürde, cinsel problemler ve terapiler ile ilgili kaynak bulunabilse de kadın cinselliğini, özellikle de kadın cinsel problemlerinin psikolojik yönünü değerlendiren çok az araştırmaya rastlanmıştır. Bu çalışma, postpartum depresyonun cinselliğe olan etkisine bakmak ve bu konuyu detaylıca irdelemek için yapılmıştır. Kadınların cinsel sıkıntılarında ebeveyn tutumlarının, ailesel problemlerin veya tanımlanmamış farklı etkenlerin etkili olabileceği düşünülmektedir.

### **1.4. SINIRLILIKLAR**

Bu araştırmanın sınırlılıkları aşağıdaki gibidir:

1. Bu araştırma İstanbul ilinde yaşayan kişilerle sınırlıdır.
2. Bu araştırmanın sonuçları katılımcıların verdiği yanıtlarla sınırlıdır.
3. Bu araştırmadaki veriler süre olarak 2016 yılı ile sınırlıdır.

## 1.5. ARAŞTIRMANIN VARSAYIMLARI

1. Katılımcıların kullanılan veri toplama araçlarını samimi ve doğru bir şekilde cevapladıkları varsayılmaktadır.
2. Kullanılan veri toplama araçlarının istenilen veriyi elde etmede güvenilir ve geçerli olduğu varsayılmaktadır.
3. Örneklemin, evreni temsil edecek nitelikte olduğu kabul edilmiştir.

## 1.6. TANIMLAR

**1.6.1. Depresyon:** Diğer adıyla bunalım; uyarılara karşı duyarlığın azalması, girişim gücünün ve kendine güvenin yiterek umutsuzluğun, karamsarlığın güçlenmesi biçiminde beliren ruhsal bozukluk.

**1.6.2. Postpartum Depresyon:** Postpartum depresyon, yeni doğum yapmış annelerde sıklıkla görülebilen bir psikiyatrik rahatsızlıktır.Diğer bir adıyla’’Doğum Sonrası Depresyon’’ olarak da bilinir. Doğum sonrası hüznün, doğumdan sonra görülen geçici ruhsal bir durumdur. Annelerin büyük çoğunluğu doğumdan sonra bu hüznü, yaşar. Bu hüznün tablosu çoğu zaman hiç kimse tarafından fark edilmez. Bazı duyarlı aileler bu duyguları depresyonla karıştıracaktır.(Erdem,Ö.;Bez,Y.;2009)

**1.6.3. Cinsel Haz ve Doyum:** Cinsel yaşamdan tatmin olma olarak ifade edilebilir.

## İKİNCİ BÖLÜM: GENEL BİLGİLER, KURUMSAL AÇIKLAMALAR VE İLGİLİ LİTERATÜR

### 2.1. DEPRESYON

Depresyon; şiddeti, belirti tipleri ve hastalık seyri açısından değişkenlik gösteren geniş bir yelpaze içinde tanımlanan bir sendromdur. Normal üzüntü halinden daha şiddetli, psikotik belirtilerle seyreden farklı tablolara depresyon tanısı konulabilir. Duygudurum açısından baktığımız zaman herkesin zaman zaman normal olarak yaşadığı duygulanımların, şiddet, yoğunluk ve süre olarak aşırı olduğu durumlarda bir sendrom olarak majör depresyon söz konusu olabilir. Klinik olarak majör depresyon, birçok bakımdan normal çökkün duygudurumdan ayrılır. Majör depresyonu çökkün duygu durumdan ayırt edebilecek özellikler; bedensel işlevlerde bozulma, örneğin, uyku bozukluğu, iştah ve kilo değişiklikleri, cinsel ilgi ve güçte azalma, gastrointestinal sistem işlevlerinde yavaşlama; aile, iş, okul, evlilikte beklenen toplumsal rolleri yerine getirme isteği ve yetisinde azalma, intihar düşünceleri ya da girişimleri, gerçeği değerlendirmenin bozulması şeklinde sıralanabilir. (Rothschild, AJ;1999). Depresyon sık görülen, kronik ve yeti yitimine yol açan bir hastalıktır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından depresyon bütün dünyadaki en acil dördüncü halk sağlığı sorunu olarak sıralanmıştır. Yeti yitimine yol açma açısından bakılınca majör depresyon birinci sırada yer almaktadır (Uluşahin, A).

#### 2.1.1. Depresyonun Tanımı

İnsanlar zaman zaman kendilerini üzüntülü ve mutsuz hissederler. İşinden ayrılmak, sevdiğini kaybetmek veya başarılı olamamak üzüntüye yol açan yaşam olaylarından biridir. Kısaca üzüntü normal yaşamın bir parçasıdır. Ancak bu üzüntülü durumun uzaması veya nedensiz ortaya çıkması bir ruh sağlığı sorunudur ve depresyon olarak tanımlanır. Depresyon duygu, düşünce ve davranışı etkiler. Tedavi edilmediği takdirde aylar, yıllar, hatta bazen ömür boyu sürebilir.

Depresyon tanım olarak kısaca uyarılara karşı duyarlılığın azalması, girişim gücünün ve kendine güvenin yiterek umutsuzluğun, karamsarlığın güçlenmesi biçiminde beliren bir ruhsal bozukluktur. Kişinin günlük yaşamını sıkça ve kişiden

kişiyeye değişen yoğunlukta etkileyebilmektedir. Depresif kişi yaşamdan zevk alamaz, belli uğraşlarını yapamaz hale gelir. Sürekli uykulu ve uyuşuk halde gezmesi olasıdır. Karamsar bir ruh haliyle gündelik hayatındaki pek çok olaya olumsuz yanından bakar. Olaylara fazla alıngan davranabilir ve kendisini yoğun bir şekilde etkiliyormuş gibi bir tutum sergileyebilir. Ciddi depresyon vakalarında intihar riski ve intihara meyil görülebilir.

Depresyon değişik şekillerde ortaya çıkabilir; bir neden olmaksızın aniden ortaya çıkabilir veya stresli bir yaşam olayından sonra başlayabilir. Bazen tek atak olarak yaşam boyu sürebilir veya tekrarlayan ataklar halinde görülebilir. şiddetli olması ile hastalar iş yapamaz hale gelebilir; bazıları ise iş yapabilir ama sürekli mutsuzluk hissederler.

### **2.1.2 Depresyonun Semptomları**

Depresyon, oluşma nedenleri, gidişi ve tedavisi açasından oldukça karmaşık olan ruhsal bir bozukluktur. Depresyonun anlaşılması ve tanınmasında üzerinde durulması gereken temel nokta onun bir sendrom olduğudur. Depresyon sadece ruhsal bir çöküntüden ibaret değildir, aslında depresyon olarak isimlendirilen belirtiler ve bulgular kümesidir. Genel anlamda depresyon derin üzüntülü bir duygu durum içinde düşünce, konuşma ve harekette yavaşlama, durgunluk, değersizlik, suçluluk, yorgunluk, dikkat ve konsantrasyonun azalması, isteksizlik, motivasyon azalması, karamsarlık duygu ve düşünceleri ile fizyolojik işlevlerde yavaşlama gibi belirtileri içeren bir sendromdur (Preskorn S.H.(1999); Najman J.M., Bor W., O'Callaghan M.J. et al(2000)). Depresyonun yaşam boyu yaygınlığı ortalama %5-11 arasındadır. Kadınlarda ise yaşam boyu depresyon prevalansı %14-21 arasındadır(Askın R.(1999); Preskorn S.H. (1999)). Hastalık başlangıcı 20-40 yaş arasında en üst düzeye ulaşır. Puberte öncesi dönemde kız ve erkek çocuklar eşit dağılım gösterir, adölesan ve erişkinlik dönemlerinde depresyon oranı kadınlarda erkeklere göre iki-üç kat daha fazladır (Noble R.E.(2005); DeRosa N., Logsdon M.C. 2006)). Bugün depresyonun etiyolojisi ve fizyopatolojisine ilişkin birçok araştırma yapılmasına karşın, bu hastalığın tam nedeni henüz belirlenememiştir. Depresyonun oluşmasında genetik, biyokimyasal, psikodinamik ve psikososyal etkenlerin rol, olduğu kabul

edilmektedir (Elbert M, Loosen P.T, Nurcombe B. Current;çevirenler Birsöz S, Karaman T.(2003)).

DSM-IV TR'ye Göre Majör Depresyon Tanı Kriterleri şöyledir;

A. İki haftalık bir dönem sırasında, daha önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olması ile birlikte aşağıdaki semptomlardan beşinin (ya da daha fazlasının) bulunmuş olması; semptomlardan en az birinin ya (1) depresif duygudurum ya da (2) ilgi kaybı ya da artık zevk alamama, olması gerekir.

1-ya öznel bildirimle ya da başkalarının gözlemleriyle belirtilmiş günün büyük bölümünde ve hemen her gün süren çökkün duygu durumu,

2-hemen her gün tüm etkinliklere veya bu etkinliklerin çoğuna karşı ilgide belirgin azalma ya da artık bunlardan eskisi gibi zevk alamama,

3-perhizde değilken önemli derecede kilo kaybı ya da kilo alımının olması (örn. ayda, vücut kilosunun %5'inden fazlası olmak üzere) ya da hemen her gün iştahın azalmış veya artmış olması,

4-hemen her gün aşırı uykusuzluk ya da aşırı uyuma,

5-hemen her gün psikomotor retardasyon ya da ajitasyonun olması,

6-hemen her gün yorgunluk, bitkinlik ya da enerji kaybının olması,

7-hemen her gün değersizlik, aşırı ya da uygun olmayan suçluluk duygularının olması,

8-hemen her gün düşünme ya da düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırma yetisinde azalma,

9-yineleyen ölüm düşünceleri, sadece ölmekten korkma değil özgül bir tasarı kurmaksızın yineleyen intihar etme düşünceleri, intihar girişimi ya da intihar etmek üzere özgül bir tasarının olması.

B. Bu belirtiler bir Mikst Epizodun tanı ölçütlerini karşılamamaktadır.

C. Bu belirtiler klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.

D. Bu belirtiler bir madde kullanımının (örneğin kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi



için kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun (örneğin hipotiroidizm) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

E. Bu belirtiler yasla daha iyi açıklanamaz, yani sevilen birinin yitilmesinden sonra bu semptomlar 2 aydan daha uzun sürer ya da bu semptomlar, belirgin bir işlevsel bozulma, değersizlik düşünceleriyle hastalık düzeyinde uğraşıp durma, intihar düşünceleri, psikotik semptomlar ya da psikomotor retardasyonla belirlidir (DSM-IV-TR;2000)

### **2.1.3. Depresyonu Etkileyen Faktörler**

Depresyon riskini arttıran birçok faktör vardır. Depresyona pek çok şey sebep olabilir. Beta blokerler ve rezerpin gibi yüksek tansiyon tedavisinde kullanılan bazı ilaçlar depresyon riskini arttırabilir. Depresyon aile ve arkadaşlarla kişisel çatışmalar veya anlaşmazlıklar sonucu ortaya çıkabilir. Aynı şekilde ölüm veya bir kayıp da depresyonu artıtan etmenlerdendir. Sevilen birinin ölüm veya kaybından duyulan üzüntü veya acı, doğal olsa da, depresyon riskini arttırır. Genetik bağlarımız da etkilidir. Ailede depresyon öyküsü, riski arttırabilir. Depresyonun bir nesilden diğerine geçtiği düşünülür. Bir takım majör yaşam olayları da depresyonu tetikleyebilir. Bunlara bağlı olarak diğer bazı kişisel problemler de depresyona neden olabilir. Diğer mental hastalıklar veya aileden veya bir sosyal gruptan atılma nedeniyle sosyal izolasyon gibi problemler depresyona yol açabilir. Kronik ağrı da önemli depresyon nedenleri arasındadır.

### **2.1.4. Depresyon Hastalarıyla İletişim**

Depresyon hastaları yardım arana davranışı için genelde desteğe ihtiyaç duyarlar. Depresyonun doğası gereği hastalar genelde kendiliğinden yardım istemezler. Hastalar sıklıkla enerji, ilgi ve istek azlığından yakınır. Bu nedenle depresyonu olan hastaların aileleri, arkadaşları veya diğer hekimleri tarafından psikiyatrya yönlendirilmeleri gerekir. İntihar düşüncesi varsa acilen psikiyatrya başvurmak gerekir. Halk arasında yaygın olan inanışa göre intihar düşüncesini ifade eden kişiler pek intihar etmezler. Ancak yapılan araştırmalar bu inanışın doğru olmadığını

göstermiştir. İntihar düşüncesi dile getiren her kişi psikiyatrya yönlendirilmelidir.

Depresyona yakalanma ihtimaline bakıldığında, depresyon hastalarının yaklaşık %50'sinin 20-50 yaş aralığında olduğu görülür. Bununla birlikte çocuklarda ve yaşlılarda da depresyon görülür. Yaşam boyu depresyon geçirme riski %15 dolayındadır. Kadınlarda bu oran %25'e kadar çıkmaktadır. Hemen hemen tüm toplumlarda depresyon kadınlarda iki kat daha fazla görülür. Boşanmış, ayrı yaşayan veya yalnız yaşayanlarda evli kişilere göre daha sıktır. Yakın akrabalarda depresyon geçiren birilerinin olması depresyon geçirme riskini artırır.

### **2.1.5. Depresyon Türleri**

Pek çok psikolojik rahatsızlıkta olduğu gibi depresyonu da çeşitlendirmek mümkündür. Depresyonun majör depresyon, mevsimsel depresyon ,kronik seyirli depresyon, atipik depresyon, melankolik depresyon gibi çeşitli alt türleri vardır. Doğum sonrası başlayan depresyon (postpartum depresyon) da depresyon çeşitlerinden biridir. Diğer depresyon çeşitlerinin aksine yalnızca kadınlarda görülür. Gebelikte, doğum sonrası dönemde ve menopozda depresyon geçirme riski artar. Bunun nedeni tam olarak bilinmemektedir, ancak kadınların söz konusu durumlarda değişen hormon dengesi bundan sorumlu olabilir. İnfertilite tedavisi gören kadınlarda normal kadınlara göre iki üç kat fazla depresyon görülmektedir.

### **2.1.6. Depresyonun Teşhisi ve Tedavisi**

Depresyon tanısı psikiyatrik muayene ile konur. Bazı klinik tablolar depresyon benzeri belirtilerle ortaya çıkabilir. Doğru tedavi planlanabilmesi için bu tabloların depresyondan ayırt edilmesi gerekir. Psikiyatr, depresyonun ayırıcı tanısını yapabilmek ve hastalığın şiddeti hakkında ek bilgi sahibi olabilmek için bazı tetkiklerden faydalanabilir. Kan tahlilleri, kantitatif EEG, kraniyal MRG, psikometrik testler bu tetkikler arasındadır. Depresyon tedavisinde ilaçlar, psikoterapi ve gerektiğinde beyin uyarım teknikleri kullanılır.

## 2.2. POSTPARTUM DEPRESYON

Hamilelik süreci, doğum yapmak ve anne olmak bir kadının hayatında şüphesiz bir dönüm noktasıdır. Kadın bebeğiyle beraber adeta yeniden doğar, daha farklı duygular, düşünceler, davranışlar geliştirir. Gebelik ve doğum sonrası, birçok insan için özel, hoş bir dönem olarak kabul edilmekle birlikte, yenidoğan çocuğunu kucağına alma beklentisi içinde olan anne için aynı zamanda ruhsal bozuklukların gelişimi açısından riskli bir dönem de olabilir. Postpartum dönemde ebeveynler, bebek bakımı sağlamak, bebek için güvenli bir çevre oluşturmak, bebekle iletişim kurmak, yeni rollerini öğrenmek, aile duyarlılığını geliştirmek ve bebekle ilgili problemlerle baş etmek zorundadır. Bu nedenle anneler postpartum dönemde, diğer yaşam dönemlerine oranla duygusal sorunları daha sık yaşamaktadırlar (Marakoğlu, K ve ark.;2009). Başlıca semptomlar ağlama hali ve duygu durum dalgalanmasıdır. Doğum sonrası dönemde annede, geçici ve kendini sınırlayıcı ruhsal durum değişiklikleri olabilmektedir. Bu durum doğum sonrası hüznü, ya da bebek hüznü, şeklinde de adlandırılmaktadır. (Kurt A, Kısa C.;2004) Gebelik ve doğum sonu dönem kadın yaşamındaki önemli gelişimsel olaylardan biridir. Postpartum dönemde meydana gelen morfolojik ve fonksiyonel tüm değişiklikler kadının ruhsal alanına yansır. Bu nedenle postpartum dönem kadında stres yaratan bir durum olduğu gibi kadında psikolojik problemlerin ortaya çıkmasına neden olabilmektedir (Küçüköğlü S, Çelebioğlu A, Coşkun D.;2014 )

Bunların yanı sıra erken bebeklik döneminde annede görülen depresyon, bebeğin beslenmesini ve dolayısı ile bebek büyümesini olumsuz etkilemektedir. (Avan B, ve ark.;2010). Bunun üzerine ülkemizde bir araştırma yapılmış; araştırma sonucunda kadınların emzirme başarılarının orta düzeyde olduğu, dörtte birinin depresyonda olduğu ve depresyon ile emzirme arasında negatif bir ilişki olduğu belirlenmiştir (Erkal Aksoy Y.; ve ark 2016).

Doğum sonrası dönemde annede ortaya çıkan depresyon annenin, bebeğin ve ailenin çeşitli güçlükler yaşamasına neden olmakta, annenin bebekle ilişkisini, bebek bakımını ve ebeveynlik rolünü olumsuz etkilemektedir. (Nur N, Çetinkaya S, Bakır DA, Demirel Y.;2004) Postpartum depresyonda anne bebek bağı ciddi şekilde bozulur. Depresif anneler bebek ile emosyonel bağ kurmada güçlük çekerler (Marakoğlu K, Özdemir S, Çivi S.;2009) Bu nedenle doğum sonu bakım veren ebe

ve hemşirelerin postpartum depresyon için risk taramaları yapmaları önemli bir sorumluluktur (Karaçam Z, Öner H.;2008).

Doğum olayı önemli biyolojik, psikososyal ve ekonomik değişimlerin görüldüğü bir dönemdir.(Karayağız,Ş.;2015)Postpartum kadınlarda psikiyatrik yatışların belirgin oranda arttığı gösterilmiştir.Annelik hüznü postpartum dönemde %50-85 oranında görülmekte ve bu olguların %20'sinde postpartum majör depresyon gelişebileceği ileri sürülmektedir. (O'Hara ve ark.,1991)Annelik hüznü, birçok kadının en ufak bir problem karşısında kendisini gözyaşları ile boğulmuş bir durumda bulmasına yol açar. Bazı kadınlar kendilerini kısa bir süre için yetersiz hissederler ancak bu genellikle kendilerine ve bebeklerine güvenleri geliştikçe ortadan kalkar. Annelik hüznü gelişen olgular, postpartum depresyon ya da psikoz açısından izlenmelidir. Postpartum depresyon sıklıkla postpartum ilk 30 gün içindedir ve ağır olgularda 2 yıla kadar uzayabilmektedir. Farklı toplumlarda postpartum depresyon prevalansı %10-15 olmasına karşın, Türkiye'de bu oranın %14-31 arasında değiştiği bildirilmektedir. Lohusalık dönemindeki depresyonun en sık belirtileri uyku bozukluğu, yorgunluk, irritabilite, iştah azalması, dikkat dağınıklığı, yetersizlik düşünceleri, bebeğe zarar verme endişesi ya da bebeğin sağlığı ile ilgili düşüncelerdir. Annelik hüznünün başlangıç zamanlaması doğum sonrası östrojen ve progesteron düzeylerinin ani düşüşü ile eşzamanlıdır. Semptomlar hafif düzeyde olduğundan, tablo kendini sınırlayıp müdahale gerektirmeyebilir. (Williams KE, Casper RC.;1998) Postpartum depresyonu yaşayan kişilerin mutlaka uzman bir hekimden yardım alması gerekir.

Depresyon, hafif ya da ağır düzeyde postpartum dönemde en sık görülen ruhsal bozukluktur.Kadınların yaklaşık %13'ü doğumdan sonraki 12 hafta içinde depresyona girmektedir (Özkan H, Üst ZD, Gündoğdu A., Çapık A., Şahin SA;2014) Doğumdan sonraki bir yıl postpartum depresyon için yüksek risk dönemi olarak kabul edilmektedir. Bir kez postpartum depresyon geçiren kadınlarda, takip eden 5 yıl içerisinde depresyona girme riski iki katına çıkmaktadır (Annagür BB, Annagür A.;2012). Postpartum depresyonun tekrarlama riski duygu durum bozukluğu öyküsü olmayanlarda %50'ye, duygu durum bozukluğu ya da postpartum depresyon öyküsü olanlarda ise %100'e ulaşmaktadır (Parry,1995).

## 2.3.CİNSELLİK

Tanım ve algılarda farklılık olsa da cinsellik insanlığın varoluşundan bu yana çağlar boyu önemini kaybetmemiştir. İncesu'nun belirttiği gibi 'cinsellik hem en çok merak edilen, hem de en çok yasaklanan, hem en çok konuşulan hem de aslında hiç konuşulmayan, çok bilindiği iddia edilen ama aslında çok az bilinen, bir yanda övünülen diğer yanda ise aslında çok utarılan bir konu olması nedeniyle zorlu bir konudur. (İncesu C.2007,2011)Böylesine çelişkilerle dolu bir alanda sağlık çalışanlarına önemli görevler düşmektedir. Çünkü, cinsel sağlık, genel sağlık açısından toplumu en çok ilgilendiren konulardan biridir ve cinsel sorunlar, insanları en fazla mutsuz eden sağlık sorunlarının başında gelmektedir. Cinsel sağlığın bozulması sadece fiziksel sağlığın kesintiye uğraması ile sonuçlanmamaktadır. Gerek kadın gerekse erkekte halkalar halinde ruhsal sağlığın, ardından aile sağlığının ve sosyal sağlığın da bozulması söz konusudur.

Cinselliğin bir tabu olduğu görüşü devam etmekle birlikte, günümüzde cinsellik ve cinsel yaşamın bir insanlık hakkı olduğu kabul edilmekte ve buna uygun düzenlemeler yapılmaya devam etmektedir. Bu gelişmeler ülkelere ve bölgelere göre değişkenlik gösterse de, genel anlamda sürecin olumlu yönde ilerlediği kabul gören bir görüştür. Cinsel sağlığın geliştirilmesi; sağlıklı yaşam, refah, sürdürülebilir kalkınmanın sağlanmasında merkezi role sahiptir. Dünya Cinsel Sağlık Birliği'nin 17 Nisan 2007'de Sydney'de yapılan genel asamblesinde "Milenyum Gelişim Bildirgesi için Cinsel Sağlık" ilkeleri belirlenmiştir. Bu ilkeler şunlardır:

1. Herkesin cinsel haklarını korumak, tanımak, geliştirmek ve sağlamak;
2. Daha ileri cinsiyet eşitliği ve hakkaniyet;
3. Cinsellik ile ilgili her türlü şiddetin azaltılması;
4. Kapsamlı cinsellik eğitimi ve bilgiye evrensel erişimin sağlanması;
5. Üreme sağlığı programları;
6. HIV/AIDS ve diğer cinsel yolla bulaşan infeksiyonların (CYBE) yayılmasını tersine çevirmek ve durdurmak;
7. Cinsel kaygılar, işlev bozuklukları ve hastalıkları tanımlamak, sevk ve tedavi etmek;

8. Bütünsel sağlık ve iyilik halinin bir parçası olarak cinsel zevkin tanımlanmasını başarmak: Cinsel sağlık, hastalığın yokluğundan daha fazla bir şeydir. Cinsel zevk alma hakkı evrensel kabul edilmeli ve desteklenmelidir. Cinselliğin bedensel, etik, psikolojik, toplumsal ve duygusal boyutları vardır. Cinsellik, fiziksel, zihinsel ve duygusal olduğu kadar toplumsal, sosyal ve entellektüel öğeleri de barındırır. Bireyin kişilik özelliklerini, iletişim ve sevgiyle besleyen, geliştiren ve zenginleştiren bir niteliğe sahiptir. Sürdürülebilir kalkınma için öncelikli cinsel sağlık müdahaleleri; bölgesel, ulusal, uluslararası ve yerel eylem planları, yeterli kaynaklar, sistemik, yapısal ve toplumsal engelleri ve ilerleme raporlarını izlemek temel şarttır. Yukarıda sayılan hedeflere ulaşmak için stratejik planların yapılması ve daha sonra da eylem planları ile bunların uygulamaya konulması gerekmektedir.

Yaşamın doğal bir parçası olan cinsellik; biyolojik, psikolojik, sosyal, kültürel, geleneksel, ahlaki, dini, antropolojik ve ekonomik boyutları olan bir etkileşimdir. Üremeyi, cinsel zevk almayı ve zevk vermeyi içerir. Cinsellik doğum öncesi başlayıp ömür boyu devam eder. İnsan psikolojisini oluşturan temel tutumlar kişilik özellikleri, duygular, bilişsel işlevler, geçmiş yaşantılar travmalar, öğrenilmiş davranış modelleri vb. cinselliğe yaklaşımımızı ve seçimlerimizi belirler.(Kayır A.;Özdemir Ö.(2007))(CETAD;2006)

#### **2.4.KADINDA CİNSELLİK,CİNSEL HAZ VE DOYUM**

İntrauterin hayattan başlayıp ölüme kadar devam eden cinsellik yaşamın her evresinde sürekli bir gelişim ve değişim içindedir. Kadının cinsel deneyimleri, cinselliğini ifade etme yolu bireyseldir ve yaşamı süresince değişir. Doğumdan sonra, altı aydan bir yıla kadarki dönemde kendi cinsel organlarının keşfi ve mastürbasyon her iki cinsiyet için de söz konusudur. Çocukların doğumda cinsellikleri vardır. Cinsellik gelişimsel bir süreçtir.Cinsellik normal ve sağlıklı bir deneyimdir. Ancak, genç kızlarda iletişim ihmal edildiğinde genellikle ergenin cinselliği ile ilgili çoğu söylemi cinsel sömürü, cinsel saldırı, istenmeyen gebelik ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar gibi potansiyel olumsuz sonuçlara odaklanır. Cinselliğin yaşa uygun ifade edilmesi ergen kızların gelişiminin olumlu bir parçasıdır. Negatif zorlayıcı ve ayrımcı deneyimlerin cinsel sağlığa zararlı etkisi olabilir.Kadınlar cinselliği, partneriyle ve mastürbasyonda dahil olmak üzere değişik yollarla ve çeşitli şekillerde açıklayabilir.Cinsel bir partneri olan veya olmayan

kadınlarda mastürbasyon, kendi kendine tatmin ve cinsel boşalma cinselliğini tanımada önemli olabilir.Cinsellikle ilişkili faktörler bir kadının iyilik durumunda önemli bir etkiye sahiptir. Gebelik ve emzirmenin yanı sıra infertilite deneyimi cinsel işlevi etkileyebilir.Menopozda cinsel aktivite sıklığında düşüş olmaz ancak kadınların arzu, uyarılma, orgazm, cinsel zevk ya da cinsel doyum potansiyeli değişir. Kadınların cinsel iyilik durumunu etkileyen faktörler; biyolojik yaşı, psikolojisi, sosyo-kültürel ilişkisi ve menopoz deneyimidir. Partneri olan çoğu kadının cinsel aktivitesi devam eder ancak kadının partneri olmadığına ya da ilgi eksikliğinde genellikle cinsel aktivitesi olmaz.Kadın cinselliği, biyolojik olaylardan (örneğin; ergenlik, doğum, menopoz ve yaşlanma) kendi psikolojisi/ psikolojik sağlığı, kendi etnik kültürü ve cinsel yöneliminden etkilenebilir.Kadınların cinsel istek ve aktivitesinin devam edip etmemesi; gebelik, doğum, menopoz ve yaşlanma dönemleri, partnerin varlığı, partnerin cinsel fonksiyonu, ilişkinin kalitesi ve her iki partnerin genel sağlık durumuna bağlı olabilir.Genç kız ve kadınların cinsellikle ilgili söylem ve deneyimlerinde partner farklılıkları önemlidir.(John L.ve ark.:2012)(Çeri Ö. ve ark;2008)

Erişkinlik dönemi kadının cinselliği rahat yaşayabildiği, cinsel olarak aktif olduğu bir dönemdir. Bu dönemde düzenli partner ilişkilerinin kurulması ile kadının yaşamında toplumsal ve cinsel rolüne özgü değişiklikler olur. Cinsellik öğrenilen bir eylem olduğundan aktif cinsel yaşamı olan kadının yaşla birlikte orgazm olma ve haz alma becerileri artar. Ancak gebelik ve emzirmenin yanı sıra infertilite deneyimi cinsel işlevi etkileyebilir. Menopoz döneminde yaşam stresleri ve kişilerarası ilişkiler, cinsel işlevde önemli bir rol oynamaktadır. Kadınların her geçen yıl partneri ile cinsel aktiviteye girme olasılığı azalır. Menopoz cinsel uyarılma evresini etkilerken cinsel istek üzerine olumsuz bir etkisi olmaz. Yaşlanma ise cinsel yaşam açısından sadece bir dönemdir. Bilinenin aksine yaşlanma ile birlikte kadında cinsel istekte azalma olmaması nedeniyle cinsel etkinlikte ciddi sorun yaşanmaz.(Sağlık Bakanlığı;2009)Kadın cinsel yaşam sorun nedenleri biyolojik psikolojik ve sosyal nedenlerle olabilir.Cinsel fantazilerde cinsel yaşam sorunlarını etkileyebilen bir diğer faktördür.Azalmış cinsel istek bozukluğu,cinsel uyarılma bozukluğu,vajinismus,disparoni,cinsel kaygı gibi hastalıklar kadınlarda görülebilen cinsel sorunlardır ; çok çeşitli yöntem ve tekniklerle tedavileri mümkündür.

## 2.5.KADINDA CİNSEL TEPKİ EVRELERİ

Cinsel yanıt döngüsünün ilk olarak tanımı Havelock Elis tarafından (1906) yapılmış iki aşamalı modeldir. Daha sonra (1966) “Masters ve Johnson insanda cinsel yanıt döngüsünü dört aşamalı olarak tanımlamıştır”. Bu aşamalar uyarılma, plato, orgazm ve çözülme aşamalarıdır. Kaplan 1970’de cinsel işlev bozukluklarının sınıflandırılmasına temel oluşturan dört aşamalı cinsel yanıt modelini geliştirmiştir. Kaplan, modelinde platodan söz etmez.(Yaşar H.;Özkan L.;Tepeler A.(2010))

İstek,uyarılma,orgazm,çözülme evrelerinden oluşur.İstek evresi,cinsel döngünün en önemli evresidir. Cinselliğin birey tarafından istenmesi ve arzulanmasını içerir. Bu evre cinselliğin psikojen yönünü ve öznel uyarılmayı içermektedir. Uyarılma evresi,bedendeki fizyolojik değişikliklerin ilk evresidir. Kadında ıslanma (lubrikasyon) ve cinsel organda kabarma, erkekte ereksiyon oluşur. Uzun süren bir evredir. Cinsel ilişki sırasında uygun olmayan bir uyaran ile azalabilir. Orgazm evresi,süre açısından en kısa, haz açısından en yoğun dönemdir. Bu evre kadında ise perine ve vajina etrafındaki kaslar ile vazokonjesyon sonucu büyüyen dokuların, refleks olarak ritmik kasılmaları ile karakterizedir. Çözülme evresi,cinsel döngünün son evresidir. Yaşanan cinsellik sonrasında orgazmı takiben, vücut ve cinsel organlardaki uyarılmanın azalması ve ortadan kalkmasıdır.(İncesu C.;2007)(İncesu C.;2011)(Kütmeç C.;2009)



## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM:YÖNTEM

### 3.1 ARAŞTIRMANIN MODELİ

Bu araştırmada İstanbul'da oturan, 19-47 yaş arası hamilelik süreci atlattığı, doğum yapmış, anne olan kadınların postpartum depresyon seviyelerinin doğumdan sonraki cinsel yaşamlarıyla olan ilişkisi araştırılmıştır. Bu incelemelerde betimsel ve ilişkisel tarama yöntemleri kullanılmıştır. Araştırmada postpartum depresyon seviyesinin annenin yaşı, evlilik yılı, kaç çocuğu olduğu, kaçınıcı doğumunu yaptığı, son doğumundan bu yana geçen süre, ekonomik durumu, sosyal destek seviyesi gibi değişkenlere göre farklılaşıp farklılaşmadığı incelenmiştir. Araştırma bulguları, literatür taraması ve ölçek uygulanması sonucunda elde edilen verilere dayanarak oluşturulmuştur.

### 3.2. ARAŞTIRMANIN ETİK İLKELERİ

Araştırmaya başlanmadan önce Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Kurulu'ndan etik kurul onayı alınmıştır. Ayrıca çalışma örneklemini oluşturan katılımcılara gönüllü olduklarına dair bilgilendirilmiş onam belgesi imzalatılmıştır. Araştırmada dikkat edilen bir diğer konu ise kişisel verilerin gizliliğidir. Araştırmaya katılan katılımcıların isimleri araştırmada kullanılmamıştır. Kişilere isim yerine numara verilmiştir. Araştırma kapsamındaki bireylerin haklarının korunması için önce bireylere araştırmanın yapılma amacı, süresi ve araştırma sonrasında yapılacak işlemler tek tek açıklanarak 'Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu'nu imzalamaları istenmiştir. Bireylerin istedikleri zaman araştırmadan çekilebilecekleri belirtilerek özerklik ilkesine ve kişisel bilgilerin araştırmacı ile paylaşıldıktan sonra gizli tutulacağı söylenerek gizlilik ve gizliliğin korunması etik ilkesine uyulmasına özen gösterilmiştir.

### **3.3. KATILIMCILAR (EVREN VE ÖRNEKLEM)**

Örneklem, evreni temsil edecek şekilde tesadüfi küme örnekleme yöntemi ile belirlenmiştir. Bu doğrultuda çalışmanın örnekleme İstanbul ilinde yaşayan, hamilelik dönemini atlatmış, doğum yapmış çeşitli yaş grupları ve farklı özelliklere sahip yetişkin kadınlardan oluşan 50 kişilik örneklem grubundan oluşturmuştur.

Bu araştırmada ve kullanılan ölçeklerde gönüllülük esas alınmış olup rastgele yöntemle seçilmiş olan ve çalışmaya katılmayı kabul eden araştırmaya dahil olma kriterlerine uyan 50 kadına uygulanmıştır. Her yaştaki anne araştırmaya kabul edilmiştir. Anne olmayan kadınlar araştırmaya dahil edilmemiştir. Ayrıca hatalı, tutarsız veya eksik doldurulan anketler araştırmaya dahil edilmemiştir.

#### **3.3.1 Araştırmaya Alınma Kriterleri**

1. Anne olmak (hamilelik süreci atlatmış ve en fazla 2 yıl öncesi, ne kadar doğum yapmış olan anneler araştırmaya dahil edilmiştir.)
2. Kadın olmak

#### **3.3.2 Araştırmadan Dışlanma Ölçütleri**

1. Erkek olmak
2. Anne olmamak
3. Doğum yapmamış ,hamilelik süreci geçirmemiş olmak
4. Son hamileliğinden bu yana 2 yıl veya daha üzeri zaman geçmiş olması

### **3.4. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI**

Bu araştırma Türkiye, İstanbul ilinde yaşayan, hamilelik sürecini atlatmış ve doğum yapmış, anne olan 50 kadın ile sınırlıdır.

### **3.5. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI**

Araştırmada yararlanmak üzere bir sosyodemografik veri formu oluşturuldu. Form hazırlanırken araştırma sonuçlarını etkileyebileceği düşünülen etmenler soruldu. Sosyodemografik veri formunun dışında beş adet envanter ve ölçekten yararlanıldı.

#### **3.5.1. Sosyodemografik Veri Formu**

Bu araştırma için 21 soruluk sosyodemografik veri formu oluşturuldu. Toplam sorudan oluşan formda yaş, eğitim düzeyi, gelir durumu, medeni hal, çalıştığı yıl, sosyal destek, sahip olduğu çocuk sayısı, som doğumundan bu yana geçen süre gibi etmenler incelendi.

#### **3.5.2. Beck Depresyon Envanteri**

Türkçe formunun güvenilirlik çalışmasında Cronbach alfa katsayısı 0.80 olarak bulunmuştur. Yarıya bölme güvenilirliğinde  $r=0.74$  olarak belirlenmiştir. Türkçe formunun geçerlilik yönteminde, BDE ile birlikte MMPI depresyon altölçeği uygulanmıştır ve aralarındaki korelasyon  $r=0.50$  olarak elde edilmiştir. Yapı geçerliliği için faktör analizi uygulanmış ve altı faktör elde edilmiştir. Bunlardan dört tanesinin yorumlanabilir olduğu belirtilmiştir. Birinci faktörde umutsuzluk, ikinci faktörde kişinin kendine yönelik olumsuz duyguları, üçüncü faktörde bedensel kaygılar ve dördüncü faktörde suçluluk duygulanımları yer almaktadır. Ölçek toplam 21 kendini değerlendirme cümlesi içermektedir. Dörtlü likert tipi ölçüm sağlamaktadır. Her madde 0-3 arasında giderek artan puan alır ve toplam puan bunların toplanması ile elde edilir. Toplam 0-63 arasında değişir. Ölçeğin Türkçe için geçerlilik güvenilirlik makalesinde kesme puanınının 17 olarak kabul edildiği belirtilmiştir.

#### **3.5.3. Beck Umutsuzluk Ölçeği**

Örneklemin BUÖ'den aldıkları puanlar yaş, eğitim ve cinsiyet değişkenleri açısından da incelenmiştir. Örneklem yaş açısından 15-25, 26-40 ve 41-65 olmak üzere üç gruba ayrılmıştır. Yapılan tek yönlü varyans analizi sonucunda yaş grupları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır  $F(2,370)=0.11$ ;  $P>.05$ ). Örneklem eğitim açısından ilkokul, ortaokul-lise ve üniversite olmak üzere üç gruptan oluşmuştur. BUÖ'nden alınan puanlar tek yönlü varyans analizi tekniği ile

değerlendirildiğinde eğitim düzeyleri arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ( $F(2,370)= 7.29; P>.001$ ), Gruplar arası farklılığa Tukey testi ile bakılmış ve ilkökul mezunu deneklerin, üniversite mezunlarından daha yüksek puanlar aldıkları görülmüştür. İlkokul mezunu deneklerin puan ortalamaları 7.51 (Sd= 4.58), Üniversite mezunu deneklerin puan ortalamaları 5.11 (Sd= 4.41)'dir. Ortaokul-Lise mezunu denekler ile diğer iki grup arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Cinsiyet değişkeni açısından yapılan t-test sonucunda ise BUÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılığa rastlanamamıştır. ( $t= 1.10 P>.05$ ) BUÖ'nin 1.; 3.; 7.; 11. ve 18. maddeleri "Gelecek ile ilgili duygular ve beklentiler" faktörünü, 2.; 4.9 12.; 14.; 16; 17. ve 20. maddeleri "Motivasyon kaybı" faktörünü, 5.; 6.; 8.; 10.; 13.; 15. ve 19. maddeleri ise "Umut" faktörünü oluşturmaktadırlar. Gelecek ile ilgili duygular ve beklentiler faktörü toplam varyansın %27.9'unu, Motivasyon kaybı faktörü %8.1'ini, umut faktörü ise %6.6'sını açıklamıştır. Ayrıca her bir faktörün güvenirlik katsayıları hesaplanmış, "Gelecek ile ilgili duygular ve beklentiler" faktörü için coefficient alpha Güvenirlik katsayısı .78, 'Motivasyon kaybı' faktörü için .72 ve "Umut" faktörü için .72 olarak bulunmuştur. Bu üç faktör arasındaki korelasyonlar ise 48 ile .59 ( $P< .001$ ) arasında değişmektedir., (<http://dergiler.ankara.edu.tr/dergiler/21/69/655.pdf>)

#### **3.5.4. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği**

Beck ve Gable (2000) tarafından geliştirilen DDTÖ; 35 maddeli, 7 alt ölçekli ve her alt ölçeğinde 5 madde bulunan, 5 dereceli (1-5), Likert tipi bir öz bildirim ölçeğidir. Her madde, annenin bebeğinin doğumundan sonraki duygularının nasıl olduğunu tanımlamaktadır. Ölçeğin yanıtlanmasında kadından, her madde için, son iki haftadan beri yaşadığı duyguları en iyi tanımlayan durumu 1'den (kesinlikle katılmıyorum) 5'e (kesinlikle katılıyorum) kadar derecelendirmesi ve belirlediği yanıtı (sayıyı) daire içine alması istenmektedir. İşaretlenen sayılar toplanarak bireyin toplam ölçek puanı hesaplanır. Ölçekten alınabilecek toplam puan 35-175 arasındadır. Türkçe'ye uyarlanması ve Türkçe'de geçerlilik ve güvenirliği Karaçam ve Kitiş (2007) tarafından yapılmıştır. Orijinal ölçeğin Türkçe'ye uyarlanmasında grup çevirisi, uzman görüşü yöntemleri kullanılmıştır. DDTÖ'nin Türkçe'de güvenirlik ve geçerliği, doğum sonrası 2-13 haftalarında olan 445 Türk kadını ile

gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmada DDTÖ'nin iç tutarlık katsayısının (Cronbach Alfa değeri) 0.94; alt ölçeklerinin ise, 0.58-0.89 arasında değiştiği bildirilmiştir. DDTÖ'nin Türkçe'de test-tekrar test kararlılık katsayısı  $r=0.86$  ve iki-yarım test için eşdeğerlik katsayısı  $r=0.91$  olarak bildirilmiştir. Ölçeğin Türkçe'de açıklayıcı faktör analizi sonucunda öz değeri 1'in üstünde olan ve toplam varyansa ortak katkıları %54.69 olan 6 faktörden oluştuğu bildirilmektedir. DDTÖ'nin Türkçe'de bütün maddelerinin 0.34-0.77 arasında pozitif yük ile bir faktöre ait oldukları; madde-toplam test korelasyon katsayılarının 0.35 ve 0.68 arasında ve madde-toplam alt ölçek korelasyon katsayılarının 0.31 ve 0.71 arasında ve yeterince ayırt edici oldukları bildirilmektedir. DDTÖ ile Beck Depresyon Envateri ( $r=0.71$ ) ve Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçeği ( $r= 0.71$ ) arasında güçlü bir pozitif ilişkinin bulunduğu belirtilmektedir

### **3.5.5. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği - Kadın Formu**

Türkçe Formunun Güvenilirliği: Cronbach alfa iç tutarlılık hesaplamasında 0.89 ve 0.90 olarak bulunmuş ve test-yeniden test güvenilirliği 0.88 olarak elde edilmiştir. Türkçe Formunun Geçerliliği : Örüştürücü geçerlilikte korelasyon katsayısı 0.53 olarak bulunmuş ve ROC analizinde 11 kesme puanının iyi düzeyde ayırt edici özelliğe sahip olduğu ve ölçüt geçerliliğini sağladığı bulunmuştur. Puanlama ve yorumlama yöntemi: Altılı likert tipinde değerlendirme yapmaya olanak sağlayan 5 maddeden oluşmaktadır ve kadın ve erkek için ayrı formları bulunmaktadır. Ölçek maddelerinden elde edilen puanların toplamı ölçek toplam puanına eşittir. Ölçek 11 kesme puanına göre değerlendirilir.

### **3.5.6. Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği - Kadın Formu**

Türkçe Formunun Güvenilirliği: Güvenirlik çalışmalarında tek tek maddelere göre yapılan analizlerde, madde toplam korelasyon katsayıları sorunlu ve sorunsuz erkeklerde -0.04 ile 0.76 arasında; sorunlu ve sorunsuz kadınlarda 0.18 ile 0.74 arasında değişim göstermiştir. Toplam puan açısından erkeklerde Cronbach alfa katsayısı 0.92, kadınlarda 0.91 olarak saptanmıştır. Kadınlar ve erkekler için her alt boyuttan elde edilen Cronbach alfa değerleri şu şekildedir.

Sıklık: kadınlar (.51) erkekler (.63)

İletişim: kadınlar (.74) erkekler (.74)

Doyum: kadınlar (.53) erkekler (.73)

Kaçınma: kadınlar (.82) erkekler (.72)

Dokunma: kadınlar (.74)erkekler (.68)

Kadınlarda vajinismus: (.88) Erkeklerde empotans: (.84)

Kadınlarda orgazm bozukluğu: (.70) Erkeklerde erken boşalma: (.91)

Ölçeğin iki yarım güvenirlik katsayısı erkeklerde 0.90 ( $p<.001$ ) ve kadınlarda 0.91 ( $p<.001$ )olarak anlamlı bulunmuştur.Ayrıca erken boşalma ve vajinismus tanısı almış gruplarda da sırasıyla 0.59 ve 0.77 iki yarım güvenirlik katsayısı elde edilmiştir.

Türkçe Formunun Geçerliliği: Geçerlilik çalışmaları için sorunlu ve sorunsuz grupların toplam puan ve alt boyutlardan aldıkları puanlar t-test ile karşılaştırılmıştır. Kadın formunda iletişim alt boyutu dışında kalan diğer tüm alt boyutlardan alınan puanların ve toplam puanın sorunlu ve sorunsuz grupta anlamlı düzeyde farklılaştığı görülmüştür. Erkek formunda sorunlu ve sorunsuz grubun hem toplam hem de alt boyutlardan aldıkları puanlar anlamlı düzeyde farklılaşmıştır. Sorunlu ve sorunsuz grupların her bir maddeden aldıkları puanlar t -test ile karşılaştırılmış ve erkek formunda 26, kadın formunda ise 25 maddede anlamlı bir fark bulunmuştur. Ayrıca diskriminant analizi sonucunda sorunlu-sorunsuz gruplar, kadın-erkek, maddeler-alt boyutlar'ının doğru ayırt etme oranlarının her biri %95 ve üzerindedir. Erkeklerde erken boşalma kadınlarda vajinismusmustaa bu değerler %100'dür. Ayrıca ölçeğin faktör yapısının incelenebilmesi amacıyla kadın ve erkek formları için Temel Bileşenler Analizi Varimax Rotasyonu ile birlikte uygulanmıştır.Yedi faktörde yapılan faktör analizi sonuçlarına göre erkeklerde özdeğeri 1'in üstünde olan faktörlerle varyansın %67.9'unun, kadınlarda ise %69.2'sinin açıklanabildiği saptanmıştır.

Puanlama ve yorumlama yöntemi: Kadın ve erkeler için ayrı olarak hazırlanmış iki form bulunmaktadır. Her formda 28 madde yer almakta ve 5'li Likert tipi ölçüm sağlanmaktadır. Her madde 0-4 arasında giderek artan puan alır. Bazı maddeler ters yönde puanlanmaktadır. Ölçeğin değerlendirilmesinde, hem toplam, hem de alt boyutlardan elde edilen puanlar kullanılabilir. Alt boyutlar kendi gruplarında da değerlendirilir.Toplam puan,hem kadın hem de erkek formlarında 28 maddenin

toplamından elde edilmektedir. Yüksek puanlar cinsel işlevlerdeki ve ilişkinin niteliğindeki bozulmaya işaret etmektedir. Elde edilen ham puanlar daha sonra 1 ile 9 arasında değişen standart puanlara dönüştürülebilmekte, kadın ve erkekler için ayrı ayrı ya da çiftler için ortak bir profil çizilebilmektedir.

### **3.6. İŞLEM**

Katılımcılara formları doldurmadan önce gizlilik ilkesine dair güvence verildi ve imzalı olarak onayları alındı. İsimlerinin kullanılmayacağı ve her bir katılımcıya numara verileceği belirtildi.

### **3.7. İSTATİSTİKSEL VERİLERİN ANALİZİ**

Katılımcılardan elde edilen veriler araştırmacı tarafından kodlanmış ve SPSS v21 programına aktarılarak analiz edilmiştir. Oluşan verilerin analizi; bağımsız örneklem T testi, ANOVA (varyans analizi) ve parametrik olmayan Mann-Whitney U testi ile yapıldı.

## DÖRDÜNCÜ BÖLÜM: BULGULAR

Bu bölümde araştırmanın amaçlarına uygun olarak toplanan verilere uygulanan istatistiksel analizlere yer verilmiştir. Birinci bölümde demografik, sağlık durumu, sosyal yaşam ve yetiştirilme tarzı değişkenlerine ilişkin dağılımlara; ikinci bölümde ölçeklerden alınan puanların karşılaştırıldığı bağımsız örneklem t testi, varyans analizi ve parametrik olmayan Mann-Whitney U testlerine; üçüncü bölümde ölçeklerden alınan puanlar arasındaki ilişkilerin değerlendirildiği Pearson Korelasyon analizlerine yer verilmiştir.

### 4.1. BETİMLEYİCİ BULGULAR

Tablo 1’de katılımcıların demografik değişkenlere göre dağılımları ve evlilik yılı ortalamaları verilmiştir. Kadınların %18’i lise, %62’si lisans, %20’si lisansüstü mezundur.

Kadınların %74’ü evli, %10’u bekar, %12’si boşanmış, %4’ü evli ancak eşinden ayrı yaşamaktadır.

Kadınların %8’i kasabada %92’si şehirde yaşamaktadır.

Kadınların %8’i yalnız çocuğuyla, %30 sadece eşiyle, %22’si eşi ve çocuklarıyla, %12’si anne ve babasıyla, %8’i yalnız yaşadığını bildirirken geriye kalan %20 kiminle yaşadığı bildirmemiştir.

Kadınların %56’sının bir çocuğu, %36’sı iki çocuğu olduğu, %8’inin üç çocuğu olduğunu saptanmıştır.

**Tablo 1.** Demografik değişkenlere göre frekans dağılımları, yüzdelikleri ve evlilik yılı ortalamaları



Değişken	Kategori	n	%	Evlilik	
				Yılı Ort.	ss
Eğitim Düzeyi	Lise	9	18,0	3,00	0,866
	Lisans	31	62,0	2,68	1,107
	Lisansüstü	10	20,0	2,80	1,135
Medeni Durum	Evli	37	74,0	2,89	0,516
	Bekar	5	10,0	1,00	0,000
	Boşanmış	6	12,0	3,33	1,966
	Evli / Ayrı	2	4,0	3,00	2,828
Yaşadığı Yer	Kasaba	4	8,0	3,50	1,000
	Şehir	46	92,0	2,70	1,051
Birlikte Yaşadıkları	Yalnız çocuğuyla	4	8,0	3,00	0,000
	Sadece eşiyile	15	30,0	3,00	0,7556
	Eşi ve çocuklarıyla	11	22,0	2,91	0,302
	Anne ve babasıyla	6	12,0	2,83	1,169
	Yalnız	4	8,0	2,50	0,577
	Belirtmemiş	10	20,0	-	-
Çocuk sayısı	1 çocuk	28	56,0	2,71	1,182
	2 çocuk	18	36,0	2,89	0,963
	3 çocuk	4	8,0	2,50	0,577
Toplam		50	100,0	2,76	1,061

Tablo 2’de çalışma durumu değişkenlerine göre frekans dağılımları ve yüzdelikleri verilmiştir. Kadınların %72’si bir işte çalıştıklarını, %28’i çalışmadıklarını bildirmiştir. Kadınların %38’i 0-5 yıldır, %26’sı 5-10 yıldır, %12’si 11 yıldan fazla süredir bir işte çalışmakta olduklarını bildirmişlerdir. Kadınların %52’si haftada ortalama 40 saat, %20’si haftada ortalama 45 ve üstü saat çalıştıklarını bildirmişlerdir. Kadınların %12’si gelirlerinin 1500-3000 TL arasında, %46’sı 3000-5000 TL arasında ve %42’si 5000 TL ve üzerinde olduğunu bildirmişlerdir.

**Tablo 2.** Çalışma durumu değişkenlerine göre frekans dağılımları ve yüzdelikleri

Değişken	Kategori	n	%
Çalışma Durumu	Çalışıyor	36	72,0
	Çalışmıyor	14	28,0
Çalıştığı Süre	0-5 yıl arası	19	38,0
	5-10 yıl arası	13	26,0
	11 yıl ve üzeri	6	12,0
Haftalık Ortalama Çalışma Süresi	40 saat	26	52,0
	45 saat ve üstü	10	20,0
Gelir Düzeyi	1500-3000 TL	6	12,0
	3000-5000 TL	23	46,0
	5000 TL ve üzeri	21	42,0

Tablo 3'te kadınların kronik fiziksel ve ruhsal hastalıklarına göre dağılımları verilmiştir. Kadınların %20'si kronik fiziksel hastalıkları olduğunu, %10'u kronik ruhsal hastalıklarının olduğunu bildirmişlerdir.

**Tablo 3.** Sağlık durumuna göre frekans dağılımları ve yüzdeleri

Değişken	Kategori	n	%
Kronik Fiziksel Hastalık	Evet	10	20,0
	Hayır	40	80,0
Kronik Ruhsal Hastalık	Evet	5	10,0
	Hayır	45	90,0

Tablo 4'te sosyal yaşam ve yetiştirilme değişkenlerine göre frekans dağılımları ve yüzdeleri verilmiştir. Kadınların %68'i aile dışında sosyal desteklerinin bulunduğunu bildirmişlerdir. Kadınların %92'si 0-1 yaş arası kendilerine bakım verenin anneleri olduğunu, %4'ü bakıcılarının olduğunu, %4'ü anne ve babalarının beraber bakım verdiğini bildirmiştir. Kadınların %20'si çocukluğunda annesi tarafından, %12'si babası tarafından, %12'si bakıcı tarafından, %56'sı anne ve babası tarafından yetiştirildiğini bildirmiştir. Kadınların %8'i çocukluğunda aşırı ilgi gördüğünü, %84'ü yeterince ilgi gördüğünü, %8 ilgi görmediğini bildirmiştir. Kadınların %14'ü ailelerinin kendilerine aşırı kontrolcü disiplin uyguladıklarını, %72'si yeterince kontrollü bir disiplin uyguladıklarını, %14'ü az kontrollü disiplin uyguladıklarını bildirmişlerdir. Kadınların %84'ü yetiştirilme tarzının yaşamdaki sorunlarla başa çıkmaya katkısı olduğunu, %16'sı ise olmadığını bildirmiştir. Kadınların %90'ı ailesinin bütün olduğunu, %6'sı boşanmış olduğunu, %4'ü parçalanmış olduğunu bildirmiştir. Kadınların %12'si son doğumlarından bu yana 0-3 ay, %22'si 3-6 ay geçtiğini, %32'si 6-12 ay geçtiğini, %12'si 12-24 ay geçtiğini, %22'si 24 aydan fazla zaman geçtiğini bildirmişlerdir.

**Tablo 4.** Sosyal Yaşam / Yetiştirilme özelliklerine göre frekans dağılımları ve yüzdeleri

Değişken	Kategori	n	%
Aile dışında sosyal destek verenler var mı?	Evet	34	68,0
	Hayır	16	32,0
0-1 yaş arası bakım veren	Anne	46	92,0
	Bakıcı	2	4,0
	Anne ve Baba	2	4,0
Çocukluğunda yetiştiren kişi	Anne	10	20,0
	Baba	6	12,0
	Bakıcı	6	12,0
	Anne ve Baba	28	56,0
Çocuklukta gördüğü ilgi	Aşırı ilgi	4	8,0
	Yeterince ilgi	42	84,0
	İlgisiz	4	8,0
Çocuklukta aldığı disiplin	Aşırı kontrol	7	14,0
	Yeterince kontrol	36	72,0
	Az kontrol	7	14,0
Yetiştirilme tarzının yaşamdaki sorunlarla başa çıkmada katkısı var mı?	Evet	42	84,0
	Hayır	8	16,0
Aile durumu	Bütün	45	90,0
	Boşanmış	3	6,0
	Parçalanmış	2	4,0
Son doğumundan sonra geçen süre	0-3 ay	6	12,0

3-6 ay	11	22,0
6-12 ay	16	32,0
12-24 ay	6	12,0
24 ay ve üzeri	11	22,0

#### 4.2. ÖLÇEKLERDEN ALINAN PUANLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Bu araştırmada Beck Depresyon Ölçeği (BDE), Beck Umutsuzluk Ölçeği (BOÖ), Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSD), Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği - Kadın Formu (GRCDÖ-K) ve Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği – Kadın Formu (ACYÖ) kullanılmıştır. Tablo 5'te ölçeklerden alınan ortalama puanlar, standart sapmalar ve minimum-maksimum puanlar verilmiştir.

**Tablo 5.** Ölçeklerden alınan ortalama puanlar, standart sapmalar ve minimum-maksimum puanlar

Ölçekler ve Boyutları		N	Ort.	ss	Min.	Max.
BDE	Depresyon	50	13,54	6,316	3,00	31,00
BUÖ	Umutsuzluk	50	7,38	4,776	1,00	19,00
EDSD	Doğum Sonrası Depresyon	50	8,66	4,959	,00	20,00
GRCDÖ	Cinsel Doyum - Sıklık	50	5,24	1,732	2,00	8,00
	Cinsel Doyum -	50	4,48	1,798	,00	8,00

	İletişim					
	Cinsel					
	Doyum -	50	5,48	2,435	1,00	12,00
	Doyum					
	Cinsel					
	Doyum -	50	4,90	3,072	,00	12,00
	Kaçınma					
	Cinsel					
	Doyum -	50	3,72	2,365	,00	9,00
	Dokunma					
	Cinsel					
	Doyum -	50	4,26	2,346	,00	11,00
	Vajinismus					
	Cinsel					
	Doyum -	50	6,56	3,598	1,00	15,00
	Anorgazmi					
	Cinsel					
	Doyum	50	34,64	15,556	9,00	71,00
ACYÖ	Cinsel İşlev Bozukluğu	50	16,58	5,195	6,00	28,00

Medeni duruma, eğitim durumuna, yaşadığı yere, gelir düzeyine, aile dışı sosyal destek veren olup olmadığına, 0-1 yaş arası bakım verene, çocukluğunda kimin tarafından yetiştirildiğine, çocuklukta aldığı disipline, aile durumuna göre ölçeklerden alınan puanlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

#### 4.2.1. Beck Depresyon Ölçeği

Tablo 6’da Beck Depresyon Ölçeğinden alınan puanlar kesme noktasına ayrılmış, depresyonu olanlar ve olmayanlar olmak üzere dağılımlar verilmiştir. Katılımcıların %24’ü Beck Depresyon Ölçeğinden yüksek puanlar almışlardır.

**Tablo 6.** Beck Depresyon Ölçeğinden alınan puanlara göre depresyonu olanların ve olmayanların dağılımları

Depresyon	Yok		Var	
	n	%	n	%
	38	76,0	12	24,0

Medeni duruma, eğitim durumuna, yaşadığı yere, gelir düzeyine, çocuk sayısına, çalışma durumuna, haftalık ortalama çalışma süresine, aile dışı sosyal destek veren olup olmadığına, 0-1 yaş arası bakım verene, çocukluğunda kimin tarafından yetiştirildiğine, çocuklukta gördüğü ilgi düzeyine, çocuklukta aldığı disipline, aile durumuna, kronik fiziksel hastalığa göre Beck Depresyon Ölçeğinden alınan puanlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Kiminle yaşandığı demografik değişkeninin alt kategorilerine dağılan katılımcı sayısı parametrik olmayan dağılım gösterdiğinden ortalamalar parametrik olmayan Mann-Whitney U testi ile karşılaştırılmıştır.

Tablo 7’de kiminle yaşandığına göre Beck Depresyon Ölçeğinden alınan ortalama puanlar ve standart sapmalar verilmiştir. Sadece eşiyile yaşayanlarla, anne ve babasıyla yaşayanların Beck Depresyon Ölçeğinden aldıkları puanlar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur [ $z = -1,991$ ;  $p = 0,046$ ]. Anne ve babasıyla yaşayanların depresyon düzeyleri ( $\bar{X} = 19,00$ ) sadece eşiyile yaşayanların depresyon düzeylerinden ( $\bar{X} = 11,07$ ) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Diğer kategoriler arasındaki farklar anlamlı bulunmamıştır.

**Tablo 7.** Kiminle yaşandığına göre Beck Depresyon Ölçeğinden alınan ortalama puanlar ve standart sapmalar

Depresyon	N	Ort.	ss
Yalnız çocuğumla	4	10,50	2,380
Sadece eşimle	15	11,07	4,682
Eşim ve çocuklarımla	11	14,45	5,184
Anne ve babamla	6	19,00	8,764
Yalnız	4	11,75	5,679
<b>Toplam</b>	<b>40</b>	<b>13,20</b>	<b>5,988</b>

Çalışma yılı demografik değişkeninin alt kategorilerine dağılan katılımcı sayısı parametrik olmayan dağılım gösterdiğinden ortalamalar parametrik olmayan Mann-Whitney U testi ile karşılaştırılmıştır.

Tablo 8’de çalışma süresine göre Beck Depresyon Ölçeğinden alınan ortalama puanlar ve standart sapmalar verilmiştir. 0-5 yıl boyunca çalışanlarla 5-10 yıl boyunca çalışanların depresyon düzeyleri arasındaki fark anlamlı bulunmuştur [ $z=-2,348$ ;  $0,019$ ]. 5-10 yıl boyunca çalışanların depresyon düzeyleri ( $\bar{X}=16,08$ ) 0-5 yıl boyunca çalışanların depresyon düzeylerinden ( $\bar{X}=10,95$ ) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Aynı şekilde, 0-5 yıl boyunca çalışanlarla 11 ve üstü yıl boyunca çalışanların depresyon düzeyleri arasındaki fark anlamlı bulunmuştur [ $z=-2,013$ ;  $p=0,044$ ]. 11 ve üstü yıl çalışanların depresyon düzeyleri ( $\bar{X}=16,00$ ) 0-5 yıl boyunca çalışanların depresyon düzeylerinden ( $\bar{X}=10,95$ ) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Diğer gruplar arasında depresyon düzeyleri açısından anlamlı fark bulunmamıştır.

**Tablo 8.** Çalışma süresine göre Beck Depresyon Ölçeğinden alınan ortalama puanlar ve standart sapmalar

Depresyon	N	Ort.	ss
0-5 yıl arası	19	10,95	5,338



5-10 yıl	13	16,08	7,193
11 yıl ve üzeri	6	16,00	7,823
<b>Toplam</b>	<b>38</b>	<b>13,50</b>	<b>6,753</b>

Kronik ruhsal hastalığın bulunup bulunmamasına göre Beck Depresyon Ölçeğinden alınan ortalama puanlar, standart sapmalar ve bağımsız örneklem t testi bulguları Tablo 9’da verilmiştir. Kronik ruhsal hastalığın bulunup bulunmamasına göre depresyon düzeyleri arasında anlamlı fark bulunmuştur [ $t(1-48)=2,279$ ;  $p<0,05$ ]. Kronik ruhsal hastalığı olanların depresyon düzeyleri ( $\bar{X}=19,40$ ) kronik ruhsal hastalığı bulunmayanların depresyon düzeylerinden ( $\bar{X}=12,89$ ) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

**Tablo 9.** Kronik ruhsal hastalığın bulunup bulunmamasına göre Beck Depresyon Ölçeğinden alınan ortalama puanlar standart sapmalar ve t testi bulguları

	Kronik Ruhsal Hastalık	N	Ort .	ss.	t	p
Depresyon	Var	5	19,4 0	8,62 0	2,27	0,02
	Yok	45	12,8 9	5,77 3	9	7

#### 4.2.2. Beck Umutsuzluk Ölçeği

Medeni duruma, eğitim durumuna, yaşadığı yere, gelir düzeyine, kiminle yaşadığına, çocuk sayısına, çalışma durumuna, çalışma süresi, haftalık ortalama çalışma süresine, aile dışı sosyal destek veren olup olmadığına, 0-1 yaş arası bakım verene, çocukluğunda kimin tarafından yetiştirildiğine, çocuklukta aldığı disipline, aile durumuna, kronik fiziksel hastalığa, kronik ruhsal hastalığa göre

Beck Umutsuzluk Ölçeğinden alınan puanlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Çocuklukta görülen ilgi düzeyi değişkeninin alt kategorilerine dağılan katılımcı sayısı parametrik olmayan dağılım gösterdiğinden ortalamalar parametrik olmayan Mann-Whitney U testi ile karşılaştırılmıştır.

Tablo 10’da çocuklukta görülen ilgi düzeyine göre Beck Umutsuzluk Ölçeğinden alınan ortalama puanlar ve standart sapmalar verilmiştir. Çocukluğunda aşırı ilgi görenlerle yeterince ilgi görenlerin umutsuzluk düzeyleri arasındaki fark anlamlı bulunmuştur [ $z=-2,133$ ;  $p=0,33$ ]. Çocuklukta yeterince ilgi görenlerin umutsuzluk düzeyleri ( $\bar{X}=7,67$ ) çocuklukta aşırı ilgi görenlerin umutsuzluk düzeylerinden ( $\bar{X}=3,00$ ) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Diğer ilgi düzeyleri arasında umutsuzluk düzeyleri açısından anlamlı fark bulunmamıştır.

**Tablo 10.** Çocuklukta görülen ilgi düzeyine göre Beck Umutsuzluk Ölçeğinden alınan ortalama puanlar ve standart sapmalar

Umutsuzluk Düzeyi	N	Ort.	ss.
Aşırı ilgiyle	4	3,00	2,828
Yeterince ilgiyle	42	7,67	4,787
İlgisiz	4	8,75	4,717
Toplam	50	7,38	4,776

#### 4.2.3. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği

Tablo 11’de Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeğinin kesme noktasına göre aldıkları puanlarla katılımcıların doğum sonrası depresyon risk grubunda olup olmadıkları belirlenmiştir.

**Tablo 11.** Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeğinden alınan puanlara göre depresyonu olanların ve olmayanların dağılımları

Doğum	Yok	Var
-------	-----	-----

Sonrası	n	%	n	%
Depresyon	40	80,0	10	20,0

Medeni duruma, eğitim durumuna, yaşadığı yere, gelir düzeyine, kiminle yaşadığına, çalışma durumuna, haftalık ortalama çalışma süresine, aile dışı sosyal destek veren olup olmadığına, 0-1 yaş arası bakım verene, çocukluğunda kimin tarafından yetiştirildiğine, çocuklukta aldığı disipline, aile durumuna, kronik fiziksel hastalığa, kronik ruhsal hastalığa göre Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeğinden alınan puanlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Tablo 12’de çocuk sayısına göre ölçekten alınan ortalama puanlar ve standart sapmalar verilmiştir. Çocuk Sayısı demografik değişkeninin alt kategorilerine dağılan katılımcı sayısı parametrik olmayan dağılım gösterdiğinden ortalamalar parametrik olmayan Mann-Whitney U testi ile karşılaştırılmıştır. Bir çocuğu olanlarla iki çocuğu olanların Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [ $z=-2,732$ ;  $p=0,006$ ]. İki çocuğu olanların doğum sonrası depresyon ortalamaları ( $\bar{X}=11,00$ ) bir çocuğu olanların ortalamalarından ( $\bar{X}=6,93$ ) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Diğer ortalamalar arasında anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo 12).

**Tablo 12.** Çocuk sayısına göre doğum sonrası depresyon ortalamaları ve standart sapmaları

Doğum Sonrası Depresyon	N	Ort.	ss
1 çocuk	28	6,93	4,207
2 çocuk	18	11,00	4,982
3 çocuk	4	10,25	6,131
Toplam	50	8,66	4,959

Çalışma yılı demografik değişkeninin alt kategorilerine dağılan katılımcı sayısı parametrik olmayan dağılım gösterdiğinden ortalamalar parametrik olmayan Mann-Whitney U testi ile karşılaştırılmıştır. Tablo 13’de çalışma yılına

göre Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeğinden alınan ortalama puanlar ve standart sapmalar verilmiştir. 0-5 yıl boyunca çalışanlarla 5-10 yıl çalışanların Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur [ $z=-2,329$ ;  $p=0,020$ ]. 5-10 yıl çalışanların doğum sonrası depresyon düzeyleri ( $\bar{X}=11,15$ ) 0-5 yıl çalışanların doğum sonrası depresyon düzeylerinden ( $\bar{X}=6,79$ ) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Diğer grupların doğum sonrası depresyon düzeyleri arasındaki farklar anlamlı bulunmamıştır.

**Tablo 13.** Çalışma yılına göre Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği ortalama puanları ve standart sapmaları

Doğum Sonrası Depresyon	N	Ort.	ss
0-5 yıl arası	19	6,79	4,744
5-10 yıl	13	11,15	5,414
11 yıl ve üzeri	6	8,00	5,215
Toplam	38	8,47	5,305

Çocuklukta görülen ilgi düzeyi değişkeninin alt kategorilerine dağılan katılımcı sayısı parametrik olmayan dağılım gösterdiğinden ortalamalar parametrik olmayan Mann-Whitney U testi ile karşılaştırılmıştır. Çocuklukta görülen ilgi düzeyine göre Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon ortalamaları ve standart sapmaları Tablo 14’de verilmiştir. Çocukluğunda aşırı ilgi görenlerle hiç ilgi görmeyenlerin doğum sonrası depresyon düzeyleri arasında anlamlı fark bulunmuştur [ $z=-2,337$ ;  $p=0,019$ ]. Çocukluğunda hiç ilgi görmeyenlerin doğum sonrası depresyon düzeyleri ( $\bar{X}=10,75$ ) aşırı ilgi görenlerin doğum sonrası depresyon düzeylerinden ( $\bar{X}=6,50$ ) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Doğum sonrası depresyon düzeyleri açısından diğer ilgi düzeyleri arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

**Tablo 14.** Çocuklukta görülen ilgi düzeyine göre Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon ortalamaları ve standart sapmaları

Doğum Sonrası	N	Ort.	ss.
---------------	---	------	-----

Depresyon			
Aşırı ilgiyle	4	6,50	0,577
Yeterince ilgiyle	42	8,67	5,271
İlgisiz	4	10,75	3,096
<b>Toplam</b>	<b>50</b>	<b>8,66</b>	<b>4,959</b>

#### 4.2.4. Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği – Kadın Formu

Tablo 15’de katılımcıların Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeğinden aldıkları puanların kesme noktasına göre ayrılarak ölçeğin alt alanlarında sorun olanlar ve olmayanların dağılımları verilmiştir.

**Tablo 15.** Ölçekten alınan puanlara göre sorun dağılımı

Cinsel Doyum	Sorun Yok		Sorun Var	
	n	%	n	%
Sıklık	16	32,0	34	68,0
İletişim	21	42,0	29	58,0
Doyum	15	30,0	35	70,0
Kaçınma	29	58,0	21	42,0
Dokunma	37	74,0	13	26,0
Vajinismus	34	68,0	16	32,0
Anorgazmi	18	36,0	32	64,0

Medeni duruma, eğitim durumuna, yaşadığı yere, gelir düzeyine, aile dışı sosyal destek veren olup olmadığına, 0-1 yaş arası bakım verene, çocukluğunda kimin tarafından yetiştirildiğine, çocuklukta aldığı disipline, aile durumuna, kronik

ruhsal hastalığa göre Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeğinden alınan puanlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Kiminle yaşadığı demografik değişkeninin alt kategorilerine dağılan katılımcı sayısı parametrik olmayan dağılım gösterdiğinden ortalamalar parametrik olmayan Mann-Whitney U testi ile karşılaştırılmıştır.

Tablo 16’da kiminle yaşandığına göre Golobok-Rust Cinsel Doyum Ölçeğinden alınan ortalama puanlar ve standart sapmalar verilmiştir. Yalnız çocuğuyla yaşayanlarla, anne ve babasıyla yaşayanların cinsel doyum-sıklık ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur [ $z=-2,674$ ;  $p=0,010$ ]. Anne ve babasıyla yaşayanların cinsel doyum sıklık ortalamaları ( $\bar{X}=7,00$ ) yalnız çocuğuyla yaşayanların ortalamalarından ( $\bar{X}=3,75$ ) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

**Tablo 16.** Kiminle yaşandığına göre Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeğinden alınan ortalama puanlar ve standart sapmalar

Golombok-Rust	Kiminle Yaşadığı	N	Ort.	ss
Cinsel Doyum - Sıklık	Yalnız çocuğumla	4	3,75	0,500
	Sadece eşimle	15	4,53	1,767
	Eşim ve çocuklarımla	11	4,73	1,794
	Anne ve babamla	6	7,00	0,632
	Yalnız	4	6,75	0,957
	Toplam	40	5,10	1,809
Cinsel Doyum - Kaçınma	Yalnız çocuğumla	4	2,50	1,915
	Sadece eşimle	15	4,53	2,588

	Eşim ve çocuklarımla	11	4,36	2,618
	Anne ve babamla	6	7,17	3,189
	Yalnız	4	5,00	4,830
	Toplam	40	4,73	3,004
<hr/>				
	Yalnız çocuğumla	4	2,75	1,258
	Sadece eşimle	15	4,20	2,426
Cinsel Doyum - Vajinismus	Eşim ve çocuklarımla	11	4,45	2,296
	Anne ve babamla	6	6,17	2,639
	Yalnız	4	3,25	2,872
	Toplam	40	4,33	2,454
	<hr/>			
	Yalnız çocuğumla	4	3,25	1,258
	Sadece eşimle	15	5,67	3,063
Cinsel Doyum - Anorgazmi	Eşim ve çocuklarımla	11	6,64	3,325
	Anne ve babamla	6	10,67	1,966
	Yalnız	4	5,75	4,272
	Toplam	40	6,45	3,508
	<hr/>			
	Yalnız çocuğumla	4	21,50	9,849
	Sadece eşimle	15	31,40	14,500
Cinsel Doyum	Eşim ve çocuklarımla	11	33,55	15,129
	Anne ve babamla	6	49,00	13,59

			4
Yalnız	4	33,50	20,43 7
Toplam	40	33,85	15,83 5

---

Yalnız çocuğuyla yaşayanlarla, anne ve babasıyla yaşayanların cinsel doyum-kaçınma ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur [ $z=-2,382$ ;  $p=0,017$ ]. Anne ve babasıyla yaşayanların cinsel doyum kaçınma ortalamaları ( $\bar{X}=7,17$ ) yalnız çocuğuyla yaşayanların ortalamalarından ( $\bar{X}=2,50$ ) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Yalnız çocuğuyla yaşayanlarla, anne ve babasıyla yaşayanların cinsel doyum-vajinismus ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur [ $z=-2,382$ ;  $p=0,017$ ]. Anne ve babasıyla yaşayanların cinsel doyum vajinismus ortalamaları ( $\bar{X}=6,17$ ) yalnız çocuğuyla yaşayanların ortalamalarından ( $\bar{X}=2,75$ ) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Yalnız çocuğuyla yaşayanlarla, anne ve babasıyla yaşayanların cinsel doyum-anorgazmi ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur [ $z=-2,574$ ;  $p=0,010$ ]. Anne ve babasıyla yaşayanların cinsel doyum anorgazmi ortalamaları ( $\bar{X}=10,67$ ) yalnız çocuğuyla yaşayanların ortalamalarından ( $\bar{X}=3,25$ ) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Yalnız çocuğuyla yaşayanlarla, anne ve babasıyla yaşayanların cinsel doyum toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur [ $z=-2,574$ ;  $p=0,010$ ]. Anne ve babasıyla yaşayanların cinsel doyum toplam puan ortalamaları ( $\bar{X}=49,00$ ) yalnız çocuğuyla yaşayanların ortalamalarından ( $\bar{X}=21,50$ ) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Yalnız çocuğuyla yaşayanlarla, yalnız yaşayanların cinsel doyum sıklık ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur [ $z=-2,381$ ;  $p=0,017$ ]. Yalnız yaşayanların cinsel doyum sıklık ortalamaları ( $\bar{X}=6,75$ ) yalnız çocuğuyla yaşayanların ortalamalarından ( $\bar{X}=3,75$ ) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Sadece eşiyile yaşayanlarla, anne ve babasıyla yaşayanların cinsel doyum sıklık ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur [ $z=-2,801$ ;  $p=0,005$ ]. Anne ve babasıyla yaşayanların cinsel doyum sıklık ortalamaları



( $\bar{X}=7,00$ ) sadece eşiyle yaşayanların ortalamalarından ( $\bar{X}=4,53$ ) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Sadece eşiyle yaşayanlarla, anne ve babasıyla yaşayanların cinsel doyum anorgazmi ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur [ $z=-2,978$ ;  $p=0,003$ ]. Anne ve babasıyla yaşayanların cinsel doyum anorgazmi ortalamaları ( $\bar{X}=10,67$ ) sadece eşiyle yaşayanların ortalamalarından ( $\bar{X}=5,67$ ) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Sadece eşiyle yaşayanlarla, anne ve babasıyla yaşayanların cinsel doyum toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur [ $z=-2,457$ ;  $p=0,014$ ]. Anne ve babasıyla yaşayanların cinsel doyum toplam puan ortalamaları ( $\bar{X}=49,00$ ) sadece eşiyle yaşayanların ortalamalarından ( $\bar{X}=31,40$ ) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Sadece eşiyle yaşayanlarla, yalnız yaşayanların cinsel doyum sıklık ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur [ $z=-2,228$ ;  $p=0,026$ ]. Yalnız yaşayanların cinsel doyum sıklık ortalamaları ( $\bar{X}=6,75$ ) sadece eşiyle yaşayanların ortalamalarından ( $\bar{X}=4,53$ ) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Eşi ve çocuklarıyla yaşayanlarla, anne ve babasıyla yaşayanların cinsel doyum sıklık ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur [ $z=-2,687$ ;  $p=0,007$ ]. Anne ve babasıyla yaşayanların cinsel doyum sıklık ortalamaları ( $\bar{X}=7,00$ ) eşi ve çocuklarıyla yaşayanların ortalamalarından ( $\bar{X}=4,73$ ) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Eşi ve çocuklarıyla yaşayanlarla, anne ve babasıyla yaşayanların cinsel doyum anorgazmi ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur [ $z=-2,336$ ;  $p=0,019$ ]. Anne ve babasıyla yaşayanların cinsel doyum anorgazmi ortalamaları ( $\bar{X}=10,67$ ) eşi ve çocuklarıyla yaşayanların ortalamalarından ( $\bar{X}=6,64$ ) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Diğer kategoriler açısından Golombok-Rust Ölçeği toplam ve alt boyutlarından alınan puanlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Çocuk Sayısı demografik değişkeninin alt kategorilerine dağılan katılımcı sayısı parametrik olmayan dağılım gösterdiğinden ortalamalar parametrik olmayan Mann-Whitney U testi ile karşılaştırılmıştır. Tablo 17’de Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği – Kadın Formundan alınan ortalama puanlar ve standart sapmalar verilmiştir.

Bir çocuğu olanlarla iki çocuğu olanların cinsel doyum sıklık ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur [ $z=-3,495$ ;  $p=0,000$ ]. İki çocuğu olanların cinsel doyum sıklık ortalamaları ( $\bar{X}=6,17$ ) bir çocuğu olanların ortalamalarından ( $\bar{X}=4,39$ ) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Aynı şekilde bir çocuğu olanlarla

üç çocuğu olanların cinsel doyum sıklık ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur [ $z=-2,774$ ;  $p=0,006$ ]. Üç çocuğu olanların cinsel doyum sıklık ortalamaları ( $\bar{X}=7,00$ ) bir çocuğu olanların ortalamalarından ( $\bar{X}=4,39$ ) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Bir çocuğu olanlarla iki çocuğu olanların cinsel doyum iletişim ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur [ $z=-2,341$ ;  $p=0,019$ ]. İki çocuğu olanların cinsel doyum iletişim ortalamaları ( $\bar{X}=5,28$ ) bir çocuğu olanların ortalamalarından ( $\bar{X}=3,96$ ) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Diğer kategoriler arasında cinsel doyum iletişim ortalamaları açısından anlamlı fark bulunmamıştır.

Bir çocuğu olanlarla iki çocuğu olanların cinsel doyum kaçınma ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur [ $z=-2,482$ ;  $p=0,013$ ]. İki çocuğu olanların cinsel doyum kaçınma ortalamaları ( $\bar{X}=5,83$ ) bir çocuğu olanların ortalamalarından ( $\bar{X}=3,96$ ) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Diğer kategoriler arasında cinsel doyum kaçınma ortalamaları açısından anlamlı fark bulunmamıştır. Bir çocuğu olanlarla iki çocuğu olanların cinsel doyum dokunma ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur [ $z=-2,886$ ;  $p=0,004$ ]. İki çocuğu olanların cinsel doyum dokunma ortalamaları ( $\bar{X}=4,89$ ) bir çocuğu olanların ortalamalarından ( $\bar{X}=2,86$ ) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Diğer kategoriler arasında cinsel doyum dokunma ortalamaları açısından anlamlı fark bulunmamıştır. Bir çocuğu olanlarla iki çocuğu olanların cinsel doyum vajinismus ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur [ $z=-2,314$ ;  $p=0,021$ ]. İki çocuğu olanların cinsel doyum vajinismus ortalamaları ( $\bar{X}=5,22$ ) bir çocuğu olanların ortalamalarından ( $\bar{X}=3,57$ ) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Diğer kategoriler arasında cinsel doyum vajinismus ortalamaları açısından anlamlı fark bulunmamıştır. Bir çocuğu olanlarla iki çocuğu olanların cinsel doyum anorgazmi ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur [ $z=-3,057$ ;  $p=0,021$ ]. İki çocuğu olanların cinsel doyum anorgazmi ortalamaları ( $\bar{X}=8,17$ ) bir çocuğu olanların ortalamalarından ( $\bar{X}=5,21$ ) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Diğer kategoriler arasında cinsel doyum anorgazmi ortalamaları açısından anlamlı fark bulunmamıştır.

**Tablo 17.** Çocuk Sayısına göre Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeğinden alınan ortalama puanlar ve standart sapmalar

		N	Ort.	ss
Cinsel Doyum – Sıklık	1 çocuk	28	4,39	1,571
	2 çocuk	18	6,17	1,339
	3 çocuk	4	7,00	,817
	Topla m	50	5,24	1,733
	1 çocuk	28	3,96	1,934
Cinsel Doyum - İletişim	2 çocuk	18	5,28	1,406
	3 çocuk	4	4,50	1,291
	Topla m	50	4,48	1,798
	1 çocuk	28	3,96	2,516
	2 çocuk	18	5,83	2,813
Cinsel Doyum - Kaçınma	3 çocuk	4	7,25	5,620
	Topla m	50	4,90	3,072

Cinsel Doyum - Dokunma	1	28	2,86	1,976
	çocuk			
	2	18	4,89	2,220
	çocuk			
3	4	4,50	3,512	
çocuk				
Topla	50	3,72	2,365	
m				

Cinsel Doyum - Vajinismus	1	28	3,57	1,989
	çocuk			
	2	18	5,22	2,510
	çocuk			
3	4	4,75	2,872	
çocuk				
Topla	50	4,26	2,346	
m				

Cinsel Doyum - Anorgazmi	1	28	5,21	3,259
	çocuk			
	2	18	8,17	3,222
	çocuk			
3	4	8,75	4,272	
çocuk				
Topla	50	6,56	3,598	
m				

Cinsel Doyum	1	28	29,04	13,533
	çocuk			
	2	18	41,50	14,325

çocuk			
3	4	43,00	21,741
çocuk			
Topla m	50	34,64	15,556

---

Bir çocuğu olanlarla iki çocuğu olanların cinsel doyum toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur [ $z=-2,871$ ;  $p=0,004$ ]. İki çocuğu olanların cinsel doyum toplam puan ortalamaları ( $\bar{X}=41,50$ ) bir çocuğu olanların ortalamalarından ( $\bar{X}=29,04$ ) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Diğer kategoriler arasında cinsel doyum toplam puan ortalamaları açısından anlamlı fark bulunmamıştır.

Çalışma durumuna göre Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği alt ölçeklerinden alınan ve anlamlı bulunan ortalama puanlar, standart sapmalar ve bağımsız örneklem t testi bulguları Tablo 18'de verilmiştir. Çalışma durumuna göre cinsel doyum sıklık alt boyutundan alınan ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [ $t(1-47)=-2,339$ ;  $p<0,05$ ]. Çalışmayanların cinsel doyum sıklık ortalamaları ( $\bar{X}=6,15$ ) çalışanların ortalamalarından ( $\bar{X}=4,89$ ) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Çalışma durumuna göre cinsel doyum iletişim alt boyutundan alınan ortalamalar arasında anlamlı fark bulunmuştur [ $t(1-47)=-2,070$ ;  $p<0,05$ ]. Çalışmayanların cinsel doyum iletişim ortalamaları ( $\bar{X}=5,31$ ) çalışanların ortalamalarından ( $\bar{X}=4,14$ ) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Çalışma durumuna göre Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeğinin toplam ve diğer alt ölçeklerinden alınan ortalamalar arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

**Tablo 18.** Çalışma durumuna göre Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği alt ölçeklerinden alınan ortalama puanlar ve standart sapmalar

	Çalışma	N	Ort	ss	t	p
Cinsel Doyum - Sıklık	Evet	3	4,8	1,753	-	0,024
		6	4,9	1,753		
	Hayır	1	6,1	1,405	39	
		3	6,5	1,405		
Cinsel Doyum - İletişim	Evet	3	4,1	1,885	-	0,044
		6	4,4	1,885		
	Hayır	1	5,3	1,270	70	
		3	5,3	1,270		

Çalışma yılı demografik değişkeninin alt kategorilerine dağılan katılımcı sayısı parametrik olmayan dağılım gösterdiğinden ortalamalar parametrik olmayan Mann-Whitney U testi ile karşılaştırılmıştır. Tablo 19’da çalışma yılına göre ölçekten alınan ortalama puanlar ve standart sapmalar verilmiştir. 0-5 yıl boyunca çalışanlarla 5-10 yıl boyunca çalışanların cinsel doyum sıklık alt boyutundan aldıkları ortalamalar arasında anlamlı fark bulunmuştur [ $z=-2,339$ ;  $p=0,019$ ]. 5-10 yıl boyunca çalışanların cinsel doyum sıklık ortalamaları ( $\bar{X}=5,46$ ) 0-5 yıl boyunca çalışanların ortalamalarından ( $\bar{X}=4,00$ ) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. 0-5 yıl boyunca çalışanlarla 11 ve üstü yıl boyunca çalışanların cinsel doyum sıklık alt boyutundan aldıkları ortalamalar arasında anlamlı fark bulunmuştur [ $z=-3,00$ ;  $p=0,003$ ]. 11 ve üstü yıl boyunca çalışanların cinsel doyum sıklık ortalamaları ( $\bar{X}=6,50$ ) 0-5 yıl boyunca çalışanların ortalamalarından ( $\bar{X}=4,00$ ) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. 0-5 yıl boyunca çalışanlarla 5-10 yıl boyunca çalışanların cinsel doyum iletişim alt boyutundan aldıkları ortalamalar arasında anlamlı fark bulunmuştur [ $z=-2,36$ ;  $p=0,021$ ]. 5-10

yıl boyunca çalışanların cinsel doyum iletişim ortalamaları ( $\bar{X}=5,15$ ) 0-5 yıl boyunca çalışanların ortalamalarından ( $\bar{X}=3,47$ ) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.0-5 yıl boyunca çalışanlarla 5-10 yıl boyunca çalışanların cinsel doyum doyum alt boyutundan aldıkları ortalamalar arasında anlamlı fark bulunmuştur [ $z=-2,641$ ;  $p=0,008$ ]. 5-10 yıl boyunca çalışanların cinsel doyum doyum ortalamaları ( $\bar{X}=6,54$ ) 0-5 yıl boyunca çalışanların ortalamalarından ( $\bar{X}=4,21$ ) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.0-5 yıl boyunca çalışanlarla 5-10 yıl boyunca çalışanların cinsel doyum kaçınma alt boyutundan aldıkları ortalamalar arasında anlamlı fark bulunmuştur [ $z=-2,056$ ;  $p=0,040$ ]. 5-10 yıl boyunca çalışanların cinsel doyum kaçınma ortalamaları ( $\bar{X}=5,46$ ) 0-5 yıl boyunca çalışanların ortalamalarından ( $\bar{X}=3,32$ ) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

**Tablo 19** Çalışma yılına göre Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeğinden alınan ortalama puanlar ve standart sapmalar

Golombok-Rust	Çalışma	N	Ort.	ss
	0-5 yıl arası	19	4,00	1,528
Cinsel Doyum -	5-10 yıl	13	5,46	1,506
Sıklık	11 yıl ve üzeri	6	6,50	1,049
	Toplam	38	4,89	1,721
	0-5 yıl arası	19	3,47	2,010
Cinsel Doyum -	5-10 yıl	13	5,15	1,573
İletişim	11 yıl ve üzeri	6	4,67	1,033
	Toplam	38	4,24	1,881
	0-5 yıl arası	19	4,21	1,751
Cinsel Doyum -	5-10 yıl	13	6,54	2,367
Doyum	11 yıl ve üzeri	6	5,67	2,582
	Toplam	38	5,24	2,318

	0-5 yıl arası	19	3,32	1,797
Cinsel Doyum - Kaçınma	5-10 yıl	13	5,46	2,876
	11 yıl ve üzeri	6	6,50	4,680
	Toplam	38	4,55	2,984
	0-5 yıl arası	19	2,47	1,712
Cinsel Doyum - Dokunma	5-10 yıl	13	4,31	2,323
	11 yıl ve üzeri	6	4,33	3,077
	Toplam	38	3,39	2,308
	0-5 yıl arası	19	3,11	1,449
Cinsel Doyum - Vajinismus	5-10 yıl	13	5,15	2,609
	11 yıl ve üzeri	6	4,00	2,280
	Toplam	38	3,95	2,193
	0-5 yıl arası	19	4,58	2,479
Cinsel Doyum - Anorgazmi	5-10 yıl	13	7,62	4,093
	11 yıl ve üzeri	6	8,17	4,535
	Toplam	38	6,18	3,726
	0-5 yıl arası	19	25,16	10,68 9
Cinsel Doyum	5-10 yıl	13	39,69	16,34 2
	11 yıl ve üzeri	6	39,83	17,61 2
	Toplam	38	32,45	15,44 9



0-5 yıl boyunca çalışanlarla 5-10 yıl boyunca çalışanların cinsel doyum dokunma alt boyutundan aldıkları ortalamalar arasında anlamlı fark bulunmuştur [ $z=-2,047$ ;  $p=0,041$ ]. 5-10 yıl boyunca çalışanların cinsel doyum dokunma ortalamaları ( $\bar{X}=4,31$ ) 0-5 yıl boyunca çalışanların ortalamalarından ( $\bar{X}=2,47$ ) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. 0-5 yıl boyunca çalışanlarla 5-10 yıl boyunca çalışanların cinsel doyum vajinismus alt boyutundan aldıkları ortalamalar arasında anlamlı fark bulunmuştur [ $z=-2,203$ ;  $p=0,028$ ]. 5-10 yıl boyunca çalışanların cinsel doyum vajinismus ortalamaları ( $\bar{X}=5,15$ ) 0-5 yıl boyunca çalışanların ortalamalarından ( $\bar{X}=3,11$ ) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. 0-5 yıl boyunca çalışanlarla 5-10 yıl boyunca çalışanların cinsel doyum anorgazmi alt boyutundan aldıkları ortalamalar arasında anlamlı fark bulunmuştur [ $z=-2,244$ ;  $p=0,025$ ]. 5-10 yıl boyunca çalışanların cinsel doyum anorgazmi ortalamaları ( $\bar{X}=7,62$ ) 0-5 yıl boyunca çalışanların ortalamalarından ( $\bar{X}=4,58$ ) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. 0-5 yıl boyunca çalışanlarla 5-10 yıl boyunca çalışanların cinsel doyum toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur [ $z=-2,438$ ;  $p=0,015$ ]. 5-10 yıl boyunca çalışanların cinsel doyum toplam puan ortalamaları ( $\bar{X}=39,69$ ) 0-5 yıl boyunca çalışanların ortalamalarından ( $\bar{X}=25,16$ ) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Tablo 20’de haftalık ortalama çalışma süresine göre Golombok–Rust Cinsel Doyum Ölçeği Vajinismus alt boyutundan alınan ortalamalar, standart sapmalar ve bağımsız örneklem t testi bulguları verilmiştir. Ölçeğin diğer alt ölçeklerinden alınan ortalama puanlar arasındaki farklar anlamlı bulunmamıştır. Haftalık ortalama çalışma süresine göre cinsel doyum vajinismus alt boyutundan alınan ortalamalar arasında anlamlı fark bulunmuştur [ $t(1-37)=2,314$ ;  $p<0,05$ ]. Haftalık ortalama 40 saat çalışanların cinsel doyum vajinismus ortalamaları ( $\bar{X}=4,48$ ) 45 saat çalışanların cinsel doyum vajinismus ortalamalarından ( $\bar{X}=2,70$ ) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

**Tablo 20.** Haftalık Ortalama Çalışma Süresine göre Cinsel Doyum Ölçeği Vajinismus alt boyutundan alınan ortalama puanlar ve standart sapmalar

Haftalık		N	Ort.	ss	t	p
Ortalama	Çalışma Süresi					
Cinsel Doyum -	40 saat	2	4,48	2,0	2,3	0,0
		9		98		
Vajinismus	45 saat ve üstü	1	2,70	2,1	14	26
		0		11		

Kronik fiziksel hastalık bulunup bulunmamasına göre Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeğinden alınan ortalama puanlar, standart sapmalar ve bağımsız örneklem t testi bulguları Tablo 21’de verilmiştir. Kronik fiziksel hastalık bulunup bulunmamasına göre cinsel doyum sıklık alt boyutu ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur [ $t(1-48)=4,470$ ;  $p<0,05$ ]. Kronik fiziksel hastalığı bulunanların cinsel doyum sıklık alt boyutundan aldıkları ortalama puanlar ( $\bar{X}=7,10$ ) hastalığı bulunmayanların ortalamalarından ( $\bar{X}=4,78$ ) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Kronik fiziksel hastalık bulunup bulunmamasına göre cinsel doyum iletişim alt boyutu ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur [ $t(1-48)=2,071$ ;  $p<0,05$ ]. Kronik fiziksel hastalığı bulunanların cinsel doyum iletişim alt boyutundan aldıkları ortalama puanlar ( $\bar{X}=5,50$ ) hastalığı bulunmayanların ortalamalarından ( $\bar{X}=4,23$ ) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Kronik fiziksel hastalık bulunup bulunmamasına göre cinsel doyum doyum alt boyutu ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur [ $t(1-48)=2,646$ ;  $p<0,05$ ]. Kronik fiziksel hastalığı bulunanların cinsel doyum doyum alt boyutundan aldıkları ortalama puanlar ( $\bar{X}=7,20$ ) hastalığı bulunmayanların ortalamalarından ( $\bar{X}=5,05$ ) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Kronik fiziksel hastalık bulunup bulunmamasına göre cinsel doyum kaçınma alt boyutu ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur [ $t(1-48)=2,975$ ;  $p<0,05$ ]. Kronik fiziksel hastalığı bulunanların cinsel doyum kaçınma alt boyutundan aldıkları ortalama puanlar ( $\bar{X}=7,30$ ) hastalığı bulunmayanların ortalamalarından ( $\bar{X}=4,30$ ) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

**Tablo 21.** Kronik Fiziksel Hastalık bulunup bulunmamasına göre Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeğinden alınan ortalama puanlar, standart sapmalar ve t testi bulguları

	Kronik Fiziksel Hastalık	N	Ort.	ss.	t	p
Cinsel Doyum - Sıklık	Evet	10	7,10	0,876	4,470	0,000
	Hayır	40	4,78	1,577		
Cinsel Doyum - İletişim	Evet	10	5,50	1,179	2,071	0,044
	Hayır	40	4,23	1,847		
Cinsel Doyum - Doyum	Evet	10	7,20	2,616	2,646	0,011
	Hayır	40	5,05	2,218		
Cinsel Doyum - Kaçınma	Evet	10	7,30	3,592	2,975	0,005
	Hayır	40	4,30	2,653		
Cinsel Doyum - Dokunma	Evet	10	5,40	2,633	2,663	0,011
	Hayır	40	3,30	2,127		
Cinsel Doyum - Anorgazmi	Evet	10	9,70	3,653	3,402	0,001
	Hayır	40	5,78	3,166		
Cinsel Doyum	Evet	10	47,60	15,393	3,214	0,002
	Hayır	40	31,40	13,983		

Kronik fiziksel hastalık bulunup bulunmamasına göre cinsel doyum dokunma alt boyutu ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur [ $t(1-48)=2,663$ ;  $p<0,05$ ]. Kronik fiziksel hastalığı bulunanların cinsel doyum dokunma alt boyutundan aldıkları ortalama puanlar ( $\bar{X}=5,40$ ) hastalığı bulunmayanların ortalamalarından ( $\bar{X}=3,30$ ) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Kronik fiziksel hastalık bulunup bulunmamasına göre cinsel doyum anorgazmi alt boyutu ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur [ $t(1-48)=3,402$ ;  $p<0,05$ ]. Kronik fiziksel hastalığı bulunanların cinsel doyum anorgazmi alt boyutundan aldıkları ortalama puanlar ( $\bar{X}=9,70$ ) hastalığı bulunmayanların ortalamalarından ( $\bar{X}=5,78$ ) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Kronik fiziksel hastalık bulunup bulunmamasına göre cinsel doyum toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur [ $t(1-48)=3,214$ ;  $p<0,05$ ].

Kronik fiziksel hastalığı bulunanların cinsel doyum toplam puan ortalamaları ( $\bar{X}=47,60$ ) hastalığı bulunmayanların ortalamalarından ( $\bar{X}=31,40$ ) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Çocuklukta görülen ilgi düzeyi değişkeninin alt kategorilerine dağılan katılımcı sayısı parametrik olmayan dağılım gösterdiğinden ortalamalar parametrik olmayan Mann-Whitney U testi ile karşılaştırılmıştır.

Tablo 22'de çocuklukta görülen ilgi düzeyine göre Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği ve alt boyutlarından alınan ortalama puanlar ve standart sapmalar verilmiştir. Çocukluğunda aşırı ilgiyle yetişenler ve yeterince ilgiyle yetişenlerin cinsel doyum sıklık ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur [ $z=-2,787$ ;  $p=0,005$ ]. Çocukluğunda yeterince ilgi ile yetişenlerin cinsel doyum sıklık ortalamaları ( $\bar{X}=5,43$ ) aşırı ilgiyle yetişenlerin ortalamalarından ( $\bar{X}=2,75$ ) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Çocukluğunda aşırı ilgiyle yetişenler ve hiç ilgi görmeyenlerin cinsel doyum sıklık ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. [ $z=-2,366$ ;  $p=0,018$ ]. Çocukluğunda hiç ilgi görmeden yetişenlerin cinsel doyum sıklık ortalamaları ( $\bar{X}=5,75$ ) aşırı ilgiyle yetişenlerin ortalamalarından ( $\bar{X}=2,75$ ) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Çocukluğunda aşırı ilgiyle yetişenler ve yeterince ilgiyle yetişenlerin cinsel doyum iletişim ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur [ $z=-2,789$ ;  $p=0,005$ ]. Çocukluğunda yeterince ilgi ile yetişenlerin cinsel doyum iletişim ortalamaları ( $\bar{X}=4,69$ ) aşırı ilgiyle yetişenlerin ortalamalarından ( $\bar{X}=2,00$ ) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Çocukluğunda aşırı ilgiyle yetişenler ve yeterince ilgiyle

yetişenlerin cinsel doyum doyum ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur [ $z=-2,685$ ;  $p=0,007$ ]. Çocukluğunda yeterince ilgi ile yetişenlerin cinsel doyum doyum ortalamaları ( $\bar{X}=5,71$ ) aşırı ilgiyle yetişenlerin ortalamalarından ( $\bar{X}=2,50$ ) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Çocukluğunda aşırı ilgiyle yetişenler ve yeterince ilgiyle yetişenlerin cinsel doyum kaçınma ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur [ $z=-2,900$ ;  $p=0,004$ ]. Çocukluğunda yeterince ilgi ile yetişenlerin cinsel doyum kaçınma ortalamaları ( $\bar{X}=5,19$ ) aşırı ilgiyle yetişenlerin ortalamalarından ( $\bar{X}=1,25$ ) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Çocukluğunda aşırı ilgiyle yetişenler ve yeterince ilgiyle yetişenlerin cinsel doyum dokunma ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur [ $z=-2,018$ ;  $p=0,044$ ]. Çocukluğunda yeterince ilgi ile yetişenlerin cinsel doyum dokunma ortalamaları ( $\bar{X}=3,86$ ) aşırı ilgiyle yetişenlerin ortalamalarından ( $\bar{X}=1,50$ ) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Çocukluğunda aşırı ilgiyle yetişenler ve yeterince ilgiyle yetişenlerin cinsel doyum anorgazmi ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur [ $z=-2,433$ ;  $p=0,015$ ]. Çocukluğunda yeterince ilgi ile yetişenlerin cinsel doyum anorgazmi ortalamaları ( $\bar{X}=6,83$ ) aşırı ilgiyle yetişenlerin ortalamalarından ( $\bar{X}=3,00$ ) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Çocukluğunda aşırı ilgiyle yetişenler ve yeterince ilgiyle yetişenlerin cinsel doyum toplam puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur [ $z=-2,808$ ;  $p=0,005$ ]. Çocukluğunda yeterince ilgi ile yetişenlerin cinsel doyum toplam puan ortalamaları ( $\bar{X}=36,07$ ) aşırı ilgiyle yetişenlerin ortalamalarından ( $\bar{X}=15,75$ ) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Cinsel doyum düzeyleri açısından diğer gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

**Tablo 22.** Çocuklukta görülen ilgi düzeyine göre Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği ve alt boyutlarından alınan ortalama puanlar ve standart sapmalar

		N	Ort.	ss.
Cinsel Doyum	Aşırı ilgiyle	4	2,75	0,500
- Sıklık	Yeterince ilgiyle	42	5,43	1,640

	İlgisiz	4	5,75	1,708
	Toplam	50	5,24	1,733
<hr/>				
	Aşırı ilgiyle	4	2,00	0,000
Cinsel Doyum	Yeterince ilgiyle	42	4,69	1,600
- İletişim	İlgisiz	4	4,75	2,986
	Toplam	50	4,48	1,798
<hr/>				
	Aşırı ilgiyle	4	2,50	0,577
Cinsel Doyum	Yeterince ilgiyle	42	5,71	2,178
- Doyum	İlgisiz	4	6,00	4,320
	Toplam	50	5,48	2,435
<hr/>				
	Aşırı ilgiyle	4	1,25	1,258
Cinsel Doyum	Yeterince ilgiyle	42	5,19	2,990
- Kaçınma	İlgisiz	4	5,50	3,317
	Toplam	50	4,90	3,072
<hr/>				
	Aşırı ilgiyle	4	1,50	1,732
Cinsel Doyum	Yeterince ilgiyle	42	3,86	2,259
- Dokunma	İlgisiz	4	4,50	3,317
	Toplam	50	3,72	2,365
<hr/>				
	Aşırı ilgiyle	4	3,00	0,817
Cinsel Doyum	Yeterince ilgiyle	42	6,83	3,547
- Anorgazmi	İlgisiz	4	7,25	4,500
	Toplam	50	6,56	3,598
<hr/>				
Cinsel Doyum	Aşırı ilgiyle	4	15,75	4,573

Yeterince ilgiyle	42	36,07	14,384
İlgisiz	4	38,50	24,076
Toplam	50	34,64	15,556

Yetiştirilme biçiminin yaşamdaki sorunlarla başa çıkmada katkısı değişkeninin alt kategorilerine dağılan katılımcı sayısı parametrik olmayan dağılım gösterdiğinden ortalamalar parametrik olmayan Mann-Whitney U testi ile karşılaştırılmıştır.

Tablo 23’de yetiştirilme biçiminin yaşamdaki sorunlarla başa çıkmada katkısının olup olmamasına göre Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği ve alt boyutlarından alınan ortalama puanlar ve standart sapmalar verilmiştir. Yetiştirilme biçiminin yaşamdaki sorunlarla başa çıkmada katkısının olup olmamasına göre cinsel doyum anorgazmi düzeyleri arasında anlamlı fark bulunmuştur [ $z=-2,185$ ;  $p=0,029$ ]. Soruya evet yanıtı verenlerin cinsel doyum anorgazmi ortalamaları ( $\bar{X}=6,86$ ) hayır yanıtı verenlerin ortalamalarından ( $\bar{X}=3,86$ ) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

**Tablo 23.** Yetiştirilme biçiminin yaşamdaki sorunlarla başa çıkmada katkısı olup olmamasına göre Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği Anorgazmi alt boyutundan alınan ortalama puanlar ve standart sapmalar

Yetiştirilme biçiminin yaşamdaki sorunlarla başa çıkmasında katkısı var mı?		N	Ort.	ss.
Cinsel Doyum - Anorgazmi	Evet	42	6,86	3,538
	Hayır	7	3,86	2,035

Tablo 24’de doğumdan sonra geçen süreye göre Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği ve alt boyutlarından alınan ortalama puanlar, standart sapmalar ve varyans analizi bulguları verilmiştir. Doğumdan sonra geçen süreye göre cinsel doyum sıklık ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur [ $F(2-47)=10,052$ ;  $p<0,05$ ].

Farkın kaynağının tespit edilmesi amacıyla yürütülen Tukey testi sonucunda, son doğumundan 12 ay ve üstünde süre geçenlerin cinsel doyum sıklık ortalamaları ( $\bar{X}=6,53$ ) 0-6 ay süre geçenlerin ortalamalarından ( $\bar{X}=4,76$ ) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ( $p=0,003$ ). Aynı şekilde Son doğumundan 12 ay ve üstünde süre geçenlerin cinsel doyum sıklık ortalamaları ( $\bar{X}=6,53$ ) 6-12 ay süre geçenlerin ortalamalarından ( $\bar{X}=4,38$ ) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ( $p=0,000$ ).

**Tablo 24.** Doğumdan sonra geçen süreye göre Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği ve alt boyutlarından alınan ortalama puanlar, standart sapmalar ve varyans analizi bulguları

		N	Ort.	ss.	F	p
Cinsel Doyum - Sıklık	0-6 ay	17	4,76	1,480	10,052	,000
	6-12 ay	16	4,38	1,746		
	12 ay ve üstü	17	6,53	1,179		
	Toplam	50	5,24	1,733		
Cinsel Doyum - İletişim	0-6 ay	17	4,47	1,625	6,436	,003
	6-12 ay	16	3,44	1,965		
	12 ay ve üstü	17	5,47	1,231		
	Toplam	50	4,48	1,798		
Cinsel Doyum - Anorgazmi	0-6 ay	17	6,12	2,934	3,319	,045
	6-12 ay	16	5,25	3,337		
	12 ay ve üstü	17	8,24	3,961		
	Toplam	50	6,56	3,598		
Cinsel	0-6 ay	17	32,82	13,469	3,487	,039



Doyum	6-12 ay	16	28,75	14,920
	12 ay ve üstü	17	42,00	15,977
	Toplam	50	34,64	15,556

Doğumdan sonra geçen süreye göre cinsel doyum iletişim ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur [F(2-47)=3,319; p<0,05]. Farkın kaynağının tespit edilmesi amacıyla yürütülen Tukey testi sonucunda, son doğumundan 12 ay ve üstünde süre geçenlerin cinsel doyum iletişim ortalamaları ( $\bar{X}=5,47$ ) 6-12 ay süre geçenlerin ortalamalarından ( $\bar{X}=3,44$ ) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=0,002). Doğumdan sonra geçen süreye göre cinsel doyum anorgazmi ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur [F(2-47)=6,436; p<0,05]. Farkın kaynağının tespit edilmesi amacıyla yürütülen Tukey testi sonucunda, son doğumundan 12 ay ve üstünde süre geçenlerin cinsel doyum anorgazmi ortalamaları ( $\bar{X}=8,24$ ) 6-12 ay süre geçenlerin ortalamalarından ( $\bar{X}=5,25$ ) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=0,042). Doğumdan sonra geçen süreye göre cinsel doyum toplam puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur [F(2-47)=3,487; p<0,05]. Farkın kaynağının tespit edilmesi amacıyla yürütülen Tukey testi sonucunda, son doğumundan 12 ay ve üstünde süre geçenlerin cinsel doyum toplam puan ortalamaları ( $\bar{X}=42,00$ ) 6-12 ay süre geçenlerin ortalamalarından ( $\bar{X}=28,75$ ) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=0,035).

#### 4.2.5. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği – Kadın Formu

Tablo 25’de Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği kesme noktasına göre katılımcıların aldıkları puanların cinsel işlev bozukluğuna işaret edip etmediklerine ilişkin dağılımlar verilmiştir.

**Tablo 25.** Katılımcıların cinsel işlev bozukluklarının olup olmamasına göre dağılımları

Yok

Var

Cinsel İşlev	n	%	n	%
Bozukluğu	6	12,0	44	88,0

Medeni duruma, eğitim durumuna, yaşadığı yere, gelir düzeyine, çalışma durumuna, haftalık ortalama çalışma süresi, aile dışı sosyal destek veren olup olmadığına, 0-1 yaş arası bakım verene, çocukluğunda kimin tarafından yetiştirildiğine, çocuklukta aldığı disipline, aile durumuna göre Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeğinden alınan puanlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Kiminle yaşadığı demografik değişkeninin alt kategorilerine dağılan katılımcı sayısı parametrik olmayan dağılım gösterdiğinden ortalamalar parametrik olmayan Mann-Whitney U testi ile karşılaştırılmıştır. Kiminle yaşadığına göre Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeğinden alınan puanlar Tablo 26'da verilmiştir. Yalnız çocuğuyla yaşayanlar ile anne ve babasıyla yaşayanların cinsel işlev bozukluğu düzeyleri arasında anlamlı fark bulunmuştur [ $z=-2,280$ ;  $p=0,019$ ]. Diğer kategoriler arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

**Tablo 26.** Kiminle yaşadığına göre Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeğinden alınan ortalama puanlar ve standart sapmalar

Cinsel İşlev Bozukluğu	N	Ort.	ss
Yalnız çocuğumla	4	12,50	3,000
Sadece eşimle	15	15,53	5,423
Eşim ve çocuklarımla	11	16,18	5,115
Anne ve babamla	6	20,33	3,386
Yalnız	4	15,75	7,182
Toplam	40	16,15	5,255

Çocuk Sayısı demografik değişkeninin alt kategorilerine dağılan katılımcı sayısı parametrik olmayan dağılım gösterdiğinden ortalamalar parametrik olmayan Mann-Whitney U testi ile karşılaştırılmıştır. Tablo 27'de çocuk

sayısına göre ölçekten alınan ortalama puanlar ve standart sapmalar verilmiştir. Bir çocuğu olanlarla iki çocuğu olanların cinsel işlev bozukluğu ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur [ $z=-2,559$ ;  $p=0,006$ ]. İki çocuğu olanların cinsel işlev bozukluğu düzeyleri ( $\bar{X}=18,89$ ) bir çocuğu olanların cinsel işlev bozukluğu düzeylerinden ( $\bar{X}=14,93$ ) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

**Tablo 27.** Çocuk Sayısına göre Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeğinden alınan ortalama puanlar ve standart sapmalar

Cinsel İşlev Bozukluğu	N	Ort.	ss
1 çocuk	28	14,93	5,033
2 çocuk	18	18,89	4,143
3 çocuk	4	17,75	7,500
Toplam	50	16,58	5,195

Çalışma yılı demografik değişkeninin alt kategorilerine dağılan katılımcı sayısı parametrik olmayan dağılım gösterdiğinden ortalamalar parametrik olmayan Mann-Whitney U testi ile karşılaştırılmıştır. Tablo 28’de çalışma yılına göre ölçekten alınan ortalama puanlar ve standart sapmalar verilmiştir

**Tablo 28.** Çalışma yılına göre Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeğinden alınan ortalama puanlar ve standart sapmalar

Cinsel İşlev Bozukluğu	N	Ort.	ss.
0-5 yıl arası	19	13,32	4,559
5-10 yıl	13	18,85	4,913
11 yıl ve üzeri	6	17,67	5,820
Toplam	38	15,89	5,432

0-5 yıl boyunca çalışanlarla 5-10 yıl boyunca çalışanların cinsel işlev bozukluğu düzeyleri arasındaki fark anlamlı bulunmuştur [ $z=-2,877$ ;  $p=0,004$ ].

5-10 yıl çalışanların cinsel işlev bozukluğu düzeylerinin ( $\bar{X}=18,85$ ) 0-5 yıl çalışanların cinsel işlev bozukluğu düzeylerinden ( $\bar{X}=13,32$ ) anlamlı şekilde yüksek olduğu bulunmuştur. Diğer gruplar arasında cinsel işlev bozukluğu düzeylerine göre anlamlı fark bulunmamıştır.

Tablo 29’da kronik fiziksel hastalığın bulunup bulunmamasına göre Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeğinden alınan ortalama puanlar, standart sapmalar ve bağımsız örneklem t testi bulguları verilmiştir. Kronik fiziksel hastalığı bulunanlarla bulunmayanların cinsel işlev bozukluğu düzeyleri arasında anlamlı fark bulunmuştur [ $t(1-48)=2,605$ ;  $p<0,05$ ]. Kronik fiziksel hastalığı bulunanların cinsel işlev bozukluğu düzeyleri ( $\bar{X}=20,20$ ) kronik fiziksel hastalığı bulunmayanların cinsel işlev bozukluğu düzeylerinden ( $\bar{X}=15,68$ ) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

**Tablo 29.** Kronik fiziksel hastalığın bulunup bulunmamasına göre Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeğinden alınan ortalama puanlar, standart sapmalar ve t testi bulguları

	Kronik Fiziksel Hatalık	N	Ort.	ss	t	p
Cinsel İşlev Bozukluğu	Var	10	20,20	4,185	2,605	0,012
	Yok	40	15,68	5,066		

Tablo 30’da kronik ruhsal hastalığın bulunup bulunmamasına göre Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeğinden alınan ortalama puanlar, standart sapmalar ve bağımsız örneklem t testi bulguları verilmiştir. Kronik ruhsal hastalığın bulunup bulunmamasına göre cinsel işlev bozukluğu düzeyleri arasındaki fark anlamlı bulunmuştur [ $t(1-48)=2,072$ ;  $p<0,05$ ]. Kronik ruhsal hastalığı bulunanların cinsel işlev bozukluğu düzeyleri ( $\bar{X}=21,00$ ) kronik ruhsal hastalığı bulunmayanların cinsel işlev bozukluğu düzeylerinden ( $\bar{X}=16,09$ ) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

**Tablo 30.** Kronik ruhsal hastalığın bulunup bulunmamasına göre Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeğinden alınan ortalama puanlar, standart sapmalar ve t testi bulguları

	Kronik Ruhsal Hastalık	N	Ort.	ss.	t	p
Cinsel İşlev Bozukluğu	Evet	5	21,00	5,244	2,072	,044
	Hayır	45	16,09	5,008		

Çocuklukta görülen ilgi düzeyi değişkeninin alt kategorilerine dağılan katılımcı sayısı parametrik olmayan dağılım gösterdiğinden ortalamalar parametrik olmayan Mann-Whitney U testi ile karşılaştırılmıştır. Tablo 31’de çocuklukta görülen ilgi düzeyine göre ölçekten alınan ortalama puanlar ve standart sapmalar verilmiştir.

**Tablo 31.** Çocuklukta görülen ilgi düzeyine göre Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeğinden alınan ortalama puanlar ve standart sapmalar

Cinsel İşlev Bozukluğu	N	Ort.	ss.
Aşırı ilgiyle	4	9,50	2,646
Yeterince ilgiyle	42	17,07	4,861
İlgisiz	4	18,50	5,972
Toplam	50	16,58	5,195

Yeterince ilgi görenlerle aşırı ilgi görenlerin cinsel işlev bozukluğu düzeyleri arasındaki fark anlamlı bulunmuştur [ $z=-2,723$ ;  $p=0,006$ ]. Çocukluğunda yeterince ilgi görenlerin cinsel işlev bozukluğu düzeyleri ( $\bar{X}=17,07$ ) aşırı ilgi

görenlerin cinsel işlev bozukluğu düzeylerinden ( $\bar{X}=9,50$ ) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Tablo 32’de son doğumdan sonra geçen süreye göre Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeğinden alınan ortalama puanlar, standart sapmalar ve varyans analizi bulguları verilmiştir. Son doğumdan sonra geçen süreye göre cinsel işlev bozukluğu düzeyleri arasında anlamlı fark bulunmuştur [ $F(2-47)=3,558$ ;  $p<0,05$ ]. Farkın kaynağının tespit edilmesi amacıyla yürütülen Tukey testi sonucunda son doğumundan 12 aydan fazla süre geçenlerin cinsel işlev bozukluğu düzeyleri ( $\bar{X}=18,71$ ) 6-12 ay geçenlerin cinsel işlev bozukluğu düzeylerinden ( $\bar{X}=14,13$ ) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ( $p=0,028$ ). Doğumdan sonra geçen diğer sürelerle göre cinsel işlev bozukluğu düzeyleri arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

**Tablo 32.** Son doğumdan sonra geçen süreye göre Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeğinden alınan ortalama puanlar, standart sapmalar ve varyans analizi bulguları

Cinsel İşlev Bozukluğu	N	Ort.	ss.	F	p
0-6 ay	17	16,76	4,395		
6-12 ay	16	14,13	5,239	3,558	,036
12 ay ve üstü	17	18,71	5,169		
Toplam	50	16,58	5,195		

### 4.3. ÖLÇEKLERDEN ALINAN PUANLAR ARASINDAKİ İLİŞKİLER

#### 4.3.1. Ölçeklerin ve Alt Boyutların Birbirleri ile Korelasyonları

Tablo 33’de araştırmada kullanılan ölçekler ve alt boyutlarından alınan puanlar arasındaki Pearson Korelasyon katsayıları verilmiştir. Depresyon düzeyi ile Umutsuzluk düzeyi arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur [ $r=,771$ ;  $p<0,01$ ]. Depresyon düzeyi arttıkça umutsuzluk düzeyi de artmaktadır. Depresyon düzeyi ile Doğum sonrası depresyon düzeyi arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur [ $r=,873$ ;  $p<0,01$ ]. Depresyon düzeyi arttıkça Doğum sonrası depresyon düzeyi de artmaktadır.

Depresyon düzeyi ile Cinsel doyumda yaşanan sorunlar arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur [ $r=,656$ ;  $p<0,01$ ]. Depresyon düzeyi arttıkça cinsel doyum sorunları da artmaktadır. Cinsel doyum ölçeğinin alt boyutları ile depresyon arasındaki korelasyonlar da  $p<0,01$  düzeyinde ve pozitif yönde anlamlı bulunmuştur. Sıklık için  $r=,490$ ; iletişim için  $r=,437$ ; doyum için  $r=,620$ ; kaçınma için  $r=,665$ ; dokunma için  $r=,598$ ; vajinismus için  $r=,515$ ; anorgazmi için  $r=,666$ ; bulunmuştur.

Depresyon düzeyi ile cinsel işlev bozukluğu düzeyi arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur [ $r=,629$ ;  $p<0,01$ ]. Depresyon düzeyi arttıkça cinsel işlev bozukluğu düzeyi de artmaktadır. Umutsuzluk düzeyi ile doğum sonrası depresyon düzeyi arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur [ $r=,767$ ;  $p<0,01$ ]. Umutsuzluk düzeyi arttıkça doğum sonrası depresyon düzeyi de artmaktadır. Umutsuzluk düzeyi ile cinsel doyumda yaşanan sorunlar arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur [ $r=,576$ ;  $p<0,01$ ]. Umutsuzluk düzeyi arttıkça cinsel doyum sorunları da de artmaktadır. Cinsel doyum ölçeğinin alt boyutları ile umutsuzluk arasındaki korelasyonlar da  $p<0,01$  düzeyinde ve pozitif yönde anlamlı bulunmuştur. Sıklık için  $r=,438$ ; iletişim için  $r=,553$ ; doyum için  $r=,556$ ; kaçınma için  $r=,569$ ; dokunma için  $r=,530$ ; vajinismus için  $r=,404$ ; anorgazmi için  $r=,530$ ; bulunmuştur. Umutsuzluk ile cinsel işlev bozukluğu arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur [ $r=,550$ ;  $p<0,01$ ]. Umutsuzluk düzeyi arttıkça cinsel işlev bozukluğu da artmaktadır. Doğum sonrası depresyon ile cinsel doyumda yaşanan sorunlar arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur [ $r=,629$ ;  $p<0,01$ ]. Doğum sonrası depresyon düzeyi

artıkça cinsel doyum sorunları da de artmaktadır. Cinsel doyum ölçeğinin alt boyutları ile doğum sonrası depresyon arasındaki korelasyonlar da  $p<0,01$  düzeyinde ve pozitif yönde anlamlı bulunmuştur. Sıklık için  $r=,487$ ; iletişim için  $r=,497$ ; doyum için  $r=,615$ ; kaçınma için  $r=,575$ ; dokunma için  $r=,533$ ; vajinismus için  $r=,531$ ; anorgazmi için  $r=,632$ ; bulunmuştur. Doğum sonrası depresyon ile cinsel işlev bozukluğu arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur [ $r=,624$ ;  $p<0,01$ ]. Doğum sonrası depresyon düzeyi arttıkça cinsel işlev bozukluğu da artmaktadır. Cinsel işlev bozukluğu ile Cinsel doyumda yaşanan sorunlar arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur [ $r=,924$ ;  $p<0,01$ ]. Doğum sonrası depresyon düzeyi arttıkça cinsel doyum sorunları da de artmaktadır. Cinsel doyum ölçeğinin alt boyutları ile doğum sonrası depresyon arasındaki korelasyonlar da  $p<0,01$  düzeyinde ve pozitif yönde anlamlı bulunmuştur. Sıklık için  $r=,778$ ; iletişim için  $r=,771$ ; doyum için  $r=,825$ ; kaçınma için  $r=,821$ ; dokunma için  $r=,846$ ; vajinismus için  $r=,798$ ; anorgazmi için  $r=,898$ ; bulunmuştur.



	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. Depresyon	1										
2. Umutsuzluk	,771**	1									
3. Doğum Sonrası Depresyon	,873**	,767**	1								
4. Cinsel Doyum - Sıklık	,490**	,438**	,487**	1							
5. Cinsel Doyum - İletişim	,437**	,553**	,497**	,670**	1						
6. Cinsel Doyum - Doyum	,620**	,556**	,615**	,659**	,692**	1					
7. Cinsel Doyum	,665**	,569**	,575**	,737**	,592**	,800**	1				

Kaçınma											
8. Cinsel Doyum - Dokunma	,598**	,530**	,533**	,744**	,690**	,772**	,892**	1			
9. Cinsel Doyum - Vajinismus	,515**	,404**	,531**	,657**	,662**	,785**	,746**	,782**	1		
10. Cinsel Doyum - Anorgazmi	,666**	,530**	,632**	,806**	,648**	,810**	,891**	,880**	,814**	1	
11. Cinsel Doyum	,656**	,576**	,629**	,836**	,770**	,891**	,928**	,933**	,878**	,955**	1
12. Cinsel İşlev Bozukluğu	,629**	,550**	,624**	,778**	,771**	,825**	,821**	,846**	,798**	,898**	,92

**Tablo 33.** Araştırmada kullanılan ölçeklerden alınan puanlar arasındaki korelasyonlar

### 4.3.2. Doğum Sonrası Depresyonun Cinsel Doyum ve Cinsel İşlev Bozukluğu Üzerindeki Etkisi

Tablo 34’de doğum sonrası depresyon bulunup bulunmamasına göre Golombok Cinsel Doyum Ölçeği ve Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeğinden alınan ortalama puanlar, standart sapmalar ve bağımsız örneklem t testi bulguları verilmiştir. Doğum sonrası depresyonu bulunanlarla bulunmayanların cinsel doyum sıklık alt boyutundan aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [ $t(1-48)=-2,019$ ;  $p<0,05$ ]. Doğum sonrası depresyonu olanların cinsel doyum sıklık ortalamaları ( $\bar{X}=6,20$ ) olmayanların ortalamalarından ( $\bar{X}=5,00$ ) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Doğum sonrası depresyonu bulunanlarla bulunmayanların cinsel doyum iletişim alt boyutundan aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [ $t(1-48)=-2,765$ ;  $p<0,05$ ]. Doğum sonrası depresyonu olanların cinsel doyum iletişim ortalamaları ( $\bar{X}=5,80$ ) olmayanların ortalamalarından ( $\bar{X}=4,15$ ) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Doğum sonrası depresyonu bulunanlarla bulunmayanların cinsel doyum doyum alt boyutundan aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [ $t(1-48)=-4,248$ ;  $p<0,05$ ]. Doğum sonrası depresyonu olanların cinsel doyum doyum ortalamaları ( $\bar{X}=8,00$ ) olmayanların ortalamalarından ( $\bar{X}=4,85$ ) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Doğum sonrası depresyonu bulunanlarla bulunmayanların cinsel doyum kaçınma alt boyutundan aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [ $t(1-48)=-3,928$ ;  $p<0,05$ ]. Doğum sonrası depresyonu olanların cinsel doyum kaçınma ortalamaları ( $\bar{X}=7,90$ ) olmayanların ortalamalarından ( $\bar{X}=4,15$ ) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Doğum sonrası depresyonu bulunanlarla bulunmayanların cinsel doyum dokunma alt boyutundan aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [ $t(1-48)=-3,435$ ;  $p<0,05$ ]. Doğum sonrası depresyonu olanların cinsel doyum dokunma ortalamaları ( $\bar{X}=5,80$ ) olmayanların ortalamalarından ( $\bar{X}=3,20$ ) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Doğum sonrası depresyonu bulunanlarla bulunmayanların cinsel doyum vajinismus alt boyutundan aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [ $t(1-48)=-3,597$ ;  $p<0,05$ ]. Doğum sonrası depresyonu olanların cinsel doyum vajinismus ortalamaları ( $\bar{X}=6,40$ ) olmayanların ortalamalarından ( $\bar{X}=3,73$ ) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

**Tablo 34.** Doğum Sonrası Depresyonu olanlar ve olmayanların Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği ve Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar, standart sapmalar ve t testi bulguları

Doğum Sonrası Depresyon		N	Ort.	ss.	t	p
Cinsel Doyum - Sıklık	Yok	40	5,00	1,769	-	,049
	Var	10	6,20	1,229	2,019	
Cinsel Doyum - İletişim	Yok	40	4,15	1,805	-	,008
	Var	10	5,80	1,033	2,765	
Cinsel Doyum - Doyum	Yok	40	4,85	2,095	-	,000
	Var	10	8,00	2,108	4,248	
Cinsel Doyum - Kaçınma	Yok	40	4,15	2,751	-	,000
	Var	10	7,90	2,470	3,928	
Cinsel Doyum - Dokunma	Yok	40	3,20	2,151	-	,001
	Var	10	5,80	2,098	3,435	
Cinsel Doyum - Vajinismus	Yok	40	3,73	2,050	-	,001
	Var	10	6,40	2,319	3,597	
Cinsel Doyum Anorgazmi	Yok	40	5,65	3,207	-	,000
	Var	10	10,20	2,741	4,118	
Cinsel Doyum	Yok	40	30,73	13,804	-	,000
	Var	10	50,30	12,293	4,091	

Cinsel İşlev	Yok	40	15,43	4,893	-	,001
Bozukluğu	Var	10	21,20	3,676	3,483	

Doğum sonrası depresyonu bulunanlarla bulunmayanların cinsel doyum anorgazmi alt boyutundan aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [t(1-48)=-4,118; p<0,05]. Doğum sonrası depresyonu olanların cinsel doyum anorgazmi ortalamaları ( $\bar{X}$ =10,20) olmayanların ortalamalarından ( $\bar{X}$ =5,65) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Doğum sonrası depresyonu bulunanlarla bulunmayanların cinsel doyum toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur [t(1-48)=-4,091; p<0,05]. Doğum sonrası depresyonu olanların cinsel doyum toplam puan ortalamaları ( $\bar{X}$ =50,30) olmayanların ortalamalarından ( $\bar{X}$ =30,73) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Tablo 35’de doğum sonrası depresyon bulunup bulunmamasına göre Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeğinden alınan ortalama puanlar, standart sapmalar ve bağımsız örneklem t testi bulguları verilmiştir.

**Tablo 35.** Doğum Sonrası Depresyonu olanlar ve olmayanların Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar, standart sapmalar ve t testi bulguları

Doğum Sonrası Depresyon		N	Ort.	ss.	t	p
Cinsel İşlev	Yok	40	15,43	4,893	-3,483	,001
Bozukluğu	Var	10	21,20	3,676		

Doğum sonrası depresyonu bulunanlarla bulunmayanların cinsel işlev bozukluğu ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur [t(1-48)=-3,483; p<0,05]. Doğum sonrası depresyonu olanların cinsel işlev bozukluğu ortalamaları ( $\bar{X}$ =21,20) olmayanların ortalamalarından ( $\bar{X}$ =15,43) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

### 4.3.3. Depresyonun Cinsel Doyum ve Cinsel İşlev Bozukluğu Üzerindeki Etkisi

Tablo 36’da Beck Depresyon Ölçeğinden elde edilen puanlarla belirlenen, depresyonun bulunup bulunmamasına göre Golombok Cinsel Doyum Ölçeğinden alınan ortalama puanlar, standart sapmalar ve bağımsız örneklem t testi bulguları verilmiştir.

**Tablo 36.** Depresyonu olanlar ve olmayanların Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar, standart sapmalar ve t testi bulguları

Depresyon		N	Ort.	ss.	t	p
Cinsel Doyum - Sıklık	Yok	38	4,95	1,739	-2,207	,032
	Var	12	6,17	1,403		
Cinsel Doyum - İletişim	Yok	38	4,08	1,822	-3,032	,004
	Var	12	5,75	0,965		
Cinsel Doyum - Doyum	Yok	38	4,74	1,968	-4,547	,000
	Var	12	7,83	2,329		
Cinsel Doyum - Kaçınma	Yok	38	3,97	2,499	-4,468	,000
	Var	12	7,83	2,949		
Cinsel Doyum - Dokunma	Yok	38	3,11	2,051	-3,661	,001
	Var	12	5,67	2,309		
Cinsel Doyum - Vajinismus	Yok	38	3,68	2,014	-3,407	,001
	Var	12	6,08	2,466		
Cinsel Doyum - Anorgazmi	Yok	38	5,53	3,108	-4,178	,000
	Var	12	9,83	3,129		
Cinsel Doyum	Yok	38	30,05	13,078	-4,331	,000
	Var	12	49,17	14,135		

Depresyonu bulunanlarla bulunmayanların cinsel doyum sıklık alt boyutundan aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [ $t(1-48)=-2,207$ ;  $p<0,05$ ]. Depresyonu olanların cinsel doyum sıklık ortalamaları ( $\bar{X}=6,17$ ) olmayanların ortalamalarından ( $\bar{X}=4,95$ ) anlamlı şekilde yüksek

bulunmuştur. Depresyonu bulunanlarla bulunmayanların cinsel doyum iletişim alt boyutundan aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [ $t(1-48)=-3,032$ ;  $p<0,05$ ]. Depresyonu olanların cinsel doyum iletişim ortalamaları ( $\bar{X}=5,75$ ) olmayanların ortalamalarından ( $\bar{X}=4,08$ ) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Depresyonu bulunanlarla bulunmayanların cinsel doyum alt boyutundan aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [ $t(1-48)=-4,547$ ;  $p<0,05$ ]. Depresyonu olanların cinsel doyum ortalamaları ( $\bar{X}=7,83$ ) olmayanların ortalamalarından ( $\bar{X}=4,74$ ) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Depresyonu bulunanlarla bulunmayanların cinsel doyum kaçınma alt boyutundan aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [ $t(1-48)=-4,468$ ;  $p<0,05$ ]. Depresyonu olanların cinsel doyum kaçınma ortalamaları ( $\bar{X}=7,83$ ) olmayanların ortalamalarından ( $\bar{X}=3,97$ ) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Depresyonu bulunanlarla bulunmayanların cinsel doyum dokunma alt boyutundan aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [ $t(1-48)=-3,661$ ;  $p<0,05$ ]. Depresyonu olanların cinsel doyum dokunma ortalamaları ( $\bar{X}=5,67$ ) olmayanların ortalamalarından ( $\bar{X}=3,11$ ) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Depresyonu bulunanlarla bulunmayanların cinsel doyum vajinismus alt boyutundan aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [ $t(1-48)=-3,407$ ;  $p<0,05$ ]. Depresyonu olanların cinsel doyum vajinismus ortalamaları ( $\bar{X}=6,08$ ) olmayanların ortalamalarından ( $\bar{X}=3,68$ ) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Depresyonu bulunanlarla bulunmayanların cinsel doyum anorgazmi alt boyutundan aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [ $t(1-48)=-4,178$ ;  $p<0,05$ ]. Depresyonu olanların cinsel doyum anorgazmi ortalamaları ( $\bar{X}=9,83$ ) olmayanların ortalamalarından ( $\bar{X}=5,53$ ) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Depresyonu bulunanlarla bulunmayanların cinsel doyum toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur [ $t(1-48)=-4,331$ ;  $p<0,05$ ]. Depresyonu olanların cinsel doyum toplam puan ortalamaları ( $\bar{X}=49,17$ ) olmayanların ortalamalarından ( $\bar{X}=30,05$ ) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Tablo 37’de depresyon bulunup bulunmamasına göre Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeğinden alınan ortalama puanlar, standart sapmalar ve bağımsız örneklem t testi bulguları verilmiştir.

**Tablo 37.** Depresyonu olanlar ve olmayanların Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar, standart sapmalar ve t testi bulguları

Depresyon		N	Ort.	ss.	t	p
Cinsel İşlev	Yok	38	15,21	4,760	-3,729	,001
Bozukluğu	Var	12	20,92	4,122		

Depresyonu bulunanlarla bulunmayanların cinsel işlev bozukluğu ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur [ $t(1-48)=-3,729$ ;  $p<0,05$ ]. Depresyonu olanların cinsel işlev bozukluğu ortalamaları ( $\bar{X}=20,92$ ) olmayanların ortalamalarından ( $\bar{X}=15,21$ ) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

#### 4.3.4. Umutsuzluğun Cinsel Doyum ve Cinsel İşlev Bozukluğu Üzerindeki Etkisi

Tablo 38’de Beck Umutsuzluk Ölçeğinden elde edilen puanlarla belirlenen, umutsuzluk düzeylerine göre Golombok Cinsel Doyum Ölçeğinden alınan ortalama puanlar, standart sapmalar ve bağımsız örneklem t testi bulguları verilmiştir.

**Tablo 38.** Umutsuzluk düzeylerine göre Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar, standart sapmalar ve t testi bulguları

Umutsuzluk		N	Ort.	ss.	t	p
Cinsel Doyum - Sıklık	Düşük	30	4,73	1,780	-2,688	,010
	Yüksek	20	6,00	1,376		
Cinsel Doyum - İletişim	Düşük	30	3,77	1,888	-3,902	,000
	Yüksek	20	5,55	,945		
Cinsel Doyum - Doyum	Düşük	30	4,47	2,193	-4,161	,000
	Yüksek	20	7,00	1,974		
Cinsel Doyum - Kaçınma	Düşük	30	3,70	2,452	-3,824	,000
	Yüksek	20	6,70	3,080		
Cinsel Doyum -	Düşük	30	2,83	2,069	-3,627	,001



Dokunma	Yüksek	20	5,05	2,188		
Cinsel Doyum -	Düşük	30	3,53	2,047		
Vajinismus	Yüksek	20	5,35	2,390	-2,875	,006
Cinsel Doyum -	Düşük	30	5,17	3,007		
Anorgazmi	Yüksek	20	8,65	3,453	-3,782	,000
Cinsel Doyum	Düşük	30	28,20	13,489		
	Yüksek	20	44,30	13,515	-4,131	,000

Umutsuzluk düzeylerine göre cinsel doyum sıklık alt boyutundan aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [ $t(1-48)=-2,688$ ;  $p<0,05$ ]. Umutsuzluk düzeyi yüksek olanların cinsel doyum sıklık ortalamaları ( $\bar{X}=6,00$ ) umutsuzluk düzeyi düşük olanların ortalamalarından ( $\bar{X}=4,73$ ) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Umutsuzluk düzeylerine göre cinsel doyum iletişim alt boyutundan aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [ $t(1-48)=-3,902$ ;  $p<0,05$ ]. Umutsuzluk düzeyi yüksek olanların cinsel doyum iletişim ortalamaları ( $\bar{X}=5,55$ ) umutsuzluk düzeyi düşük olanların ortalamalarından ( $\bar{X}=3,77$ ) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Umutsuzluk düzeylerine göre cinsel doyum doyum alt boyutundan aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [ $t(1-48)=-4,161$ ;  $p<0,05$ ]. Umutsuzluk düzeyi yüksek olanların cinsel doyum doyum ortalamaları ( $\bar{X}=7,00$ ) umutsuzluk düzeyi düşük olanların ortalamalarından ( $\bar{X}=4,47$ ) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Umutsuzluk düzeylerine göre cinsel doyum kaçınma alt boyutundan aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [ $t(1-48)=-3,824$ ;  $p<0,05$ ]. Umutsuzluk düzeyi yüksek olanların cinsel doyum kaçınma ortalamaları ( $\bar{X}=6,70$ ) umutsuzluk düzeyi düşük olanların ortalamalarından ( $\bar{X}=3,70$ ) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Umutsuzluk düzeylerine göre cinsel doyum dokunma alt boyutundan aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [ $t(1-48)=-3,627$ ;  $p<0,05$ ]. Umutsuzluk düzeyi yüksek olanların cinsel doyum dokunma ortalamaları ( $\bar{X}=5,05$ ) umutsuzluk düzeyi düşük olanların ortalamalarından ( $\bar{X}=2,83$ ) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Umutsuzluk düzeylerine göre cinsel doyum vajinismus alt boyutundan aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [ $t(1-48)=-2,875$ ;  $p<0,05$ ]. Umutsuzluk düzeyi yüksek olanların

cinsel doyum vajinismus ortalamaları ( $\bar{X}=5,35$ ) umutsuzluk düzeyi düşük olanların ortalamalarından ( $\bar{X}=3,53$ ) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Umutsuzluk düzeylerine göre cinsel doyum anorgazmi alt boyutundan aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [ $t(1-48)=-3,782$ ;  $p<0,05$ ]. Umutsuzluk düzeyi yüksek olanların cinsel doyum anorgazmi ortalamaları ( $\bar{X}=8,65$ ) umutsuzluk düzeyi düşük olanların ortalamalarından ( $\bar{X}=5,17$ ) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Umutsuzluk düzeylerine göre cinsel doyum toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur [ $t(1-48)=-4,131$ ;  $p<0,05$ ]. Umutsuzluk düzeyi yüksek olanların cinsel doyum toplam puan ortalamaları ( $\bar{X}=44,30$ ) umutsuzluk düzeyi düşük olanların ortalamalarından ( $\bar{X}=28,20$ ) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Tablo 39’da umutsuzluk düzeylerine göre Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeğinden alınan ortalama puanlar, standart sapmalar ve bağımsız örneklem t testi bulguları verilmiştir.

**Tablo 39.** Umutsuzluk Düzeylerine Göre Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar, standart sapmalar ve t testi bulguları

Umutsuzluk		N	Ort.	ss.	t	p
Cinsel İşlev	Düşük	30	14,53	4,911	-3,868	,000
Bozukluğu	Yüksek	20	19,65	4,038		

Umutsuzluk düzeylerine göre cinsel işlev bozukluğu ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur [ $t(1-48)=-3,868$ ;  $p<0,05$ ]. Umutsuzluk düzeyi yüksek olanların cinsel işlev bozukluğu ortalamaları ( $\bar{X}=19,65$ ) umutsuzluk düzeyi düşük olanların ortalamalarından ( $\bar{X}=14,53$ ) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

## BEŞİNCİ BÖLÜM: TARTIŞMA

Bu çalışmada 19 ile 47 yaş aralığındaki 50 kadının postpartum depresyon seviyesinin cinsel doyum ile olan ilişkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

Bu amaçla 50 anne ile örneklem grubu oluşturulmuştur. Kişisel bilgi formu (SVF) ile anneler hakkında genel bilgiler elde edilmiş, depresyon seviyelerini ölçmek için iki adet ölçek (BDÖ ve EDSDÖ) uygulanmış, annelerin geleceğe olan umudunu ölçmek için ayrıca başka bir ölçek (BUÖ) uygulanmış olup bu ölçeklere ek olarak cinsel doyum ölçen iki ölçek (ACYÖ-K ve GRCDÖ-K) ilave edilmiştir. Elde edilen veriler analiz edilmiştir. Çalışmanın bu bölümünde; araştırmanın temel amacına ulaşma doğrultusunda yapılan analizlerden elde edilen bulgular, ilgili literatür çerçevesinde tartışılmaktadır.

Araştırmanın sonuçlarına göre, post partum depresyon ile cinsel doyum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Aşağıda her bir ölçeğin diğer ölçeklerle olan ilişkisine ve değerlendirmesine yer verilmiştir.

### 5.1. SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ

Medeni duruma, eğitim durumuna, yaşadığı yere, gelir düzeyine, aile dışı sosyal destek veren olup olmadığına, 0-1 yaş arası bakım verene, çocukluğunda kimin tarafından yetiştirildiğine, çocuklukta aldığı disipline, aile durumuna göre ölçeklerden alınan puanlar arasında herhangi anlamlı bir fark bulunmamıştır. Eğitim durumu ve gelir düzeyi arttıkça, kişinin refah seviyesi de artmakta olmasına rağmen, beklenenin aksine eğitim durumu ve gelir düzeyi ile depresyon ve cinsel doyum arasında herhangi bir bağ ortaya çıkmamıştır. Cinsel haz ve doyum ile alakalı bulgular literatür bakımından yeni bulgulardır ve pek çok farklı yönden elde edilen verilerden bazılarının cinsel haz ve doyum üzerinde daha etkili olduğu düşünülmüştür. Ayrıca sosyodemografik veri formunun cinsel haz ve doyuma olan etkisi analiz edilirken ilgili literatürün azlığı ile alakalı sorun yaşanmıştır. Bu nedenle çalışmanın tartışma kısmı kısıtlı bilgi ve kaynak içermektedir.

### 5.1.1. Sosyodemografik Veri Formunun Beck Depresyon Ölçeği İle İlişkisinin Değerlendirilmesi

Medeni duruma, eğitim durumuna, yaşadığı yere, gelir düzeyine, çocuk sayısına, çalışma durumuna, haftalık ortalama çalışma süresine, aile dışı sosyal destek veren olup olmadığına, 0-1 yaş arası bakım verene, çocukluğunda kimin tarafından yetiştirildiğine, çocuklukta gördüğü ilgi düzeyine, çocuklukta aldığı disipline, aile durumuna, kronik fiziksel hastalığa göre Beck Depresyon Ölçeğinden alınan puanlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Sadece eşiyile yaşayanlarla, anne ve babasıyla yaşayanların Beck Depresyon Ölçeğinden aldıkları puanlar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Anne ve babasıyla yaşayanların depresyon düzeyleri sadece eşiyile yaşayanların depresyon düzeylerinden anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Bunda etkili olanın kişinin kendi hayat düzenini oturtamaması, ailesiyle beraber yaşayarak, ailesinin isteklerine bağlı kalarak kendi ideallerini gerçekleştirememesi olduğu düşünülebilir. 0-5 yıl boyunca çalışanlarla 5-10 yıl boyunca çalışanların depresyon düzeyleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. 5-10 yıl boyunca çalışanların depresyon düzeyleri 0-5 yıl boyunca çalışanların depresyon düzeylerinden anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Aynı şekilde, 0-5 yıl boyunca çalışanlarla 11 ve üstü yıl boyunca çalışanların depresyon düzeyleri arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. 11 ve üstü yıl çalışanların depresyon düzeyleri 0-5 yıl boyunca çalışanların depresyon düzeylerinden anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Anne olmak kadınların üstlendiği rolleri ve bununla birlikte sorumluluklarını arttırmaktadır. Anneler, artan roller ve sorumluluklar nedeniyle zaman zaman zorlanmakta ve bu durumlar sebebi ile ruhsal bozukluklara neden olacak sıkıntılar yaşayabilmektedir. Çalışıyor olmak ya da olmamak bu durum üzerine etkisi olan başlıca faktörlerden birisidir. (Dönmez ,M; Yavuzlar Cıvan,H; Noyan Ahlatçioğlu, E ; Dülgeroğlu,D; Yazıcı ,E; Aydın,N ;2017)Ekonomik nedenler ve yaşam standartlarını yükseltmek, toplumda statü elde etmek, sosyal ilişkiler kurmak gibi amaçlar kadınları ev dışında çalışmaya yöneltmektedir (Loutfi, 2001). Toplumların kültürel ve sosyoekonomik özelliklerine göre değişmekle birlikte, kadınlar ekonomik hayatın içerisinde giderek daha fazla yer almaktadırlar (Türkiye İstatistik Kurumu [TÜİK], 2017). Bu durum kadına avantajlar sağlamakla beraber; bir

çocuk sahibi olma gibi sorumlulukların ve iş yükünün arttığı dönemlerde zorlanma nedeni de olabilmektedir. Aynı zamanda anne rolünü de üstlenmiş olan kadınların kendi hayatlarında, ailelerinin hayatlarında ve içinde buldukları toplumda çalışıyor ya da çalışmıyor olmalarına göre birçok farklılık oluşmaktadır (Poduval & Poduval, 2009). Bu bağlamda, çalışma yılı arttıkça depresyon seviyesinde de artış vardır diyebiliriz. Kişinin çalışma şartları ve saatlerinin depresif belirtilerin artmasında rol oynadığı düşünülebilir. Bir diğer anlamlı bulgu ise, kronik ruhsal hastalığın bulunup bulunmamasına göre depresyon düzeyleri arasında anlamlı farkın bulunmuş olmasıdır. Kronik ruhsal hastalığı olanların depresyon düzeyleri kronik ruhsal hastalığı bulunmayanların depresyon düzeylerinden anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Ruhsal hastalıkların ikincil olarak depresyona neden olduğu, depresyon seviyesinde artışa sebep olduğu bilinmektedir. Bu araştırmada bunu kanıtlar nitelikte bulgular elde edilmiştir.

### **5.1.2. Sosyodemografik Veri Formunun Beck Umutsuzluk Ölçeği İle İlişkisinin Değerlendirilmesi**

İstatistiklere göre medeni duruma, eğitim durumuna, yaşadığı yere, gelir düzeyine, kiminle yaşadığına, çocuk sayısına, çalışma durumuna, çalışma süresi, haftalık ortalama çalışma süresine, aile dışı sosyal destek veren olup olmadığına, 0-1 yaş arası bakım verene, çocukluğunda kimin tarafından yetiştirildiğine, çocuklukta aldığı disipline, aile durumuna, kronik fiziksel hastalığa, kronik ruhsal hastalığa göre Beck Umutsuzluk Ölçeği'nden alınan puanlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Burada da beklenenden birkaç farklı sonuç alınmıştır. Çalışıp çalışmama durumuna göre umutsuzluk ölçeğinden farklı sonuçlar elde edilmesi beklenirken, analizde herhangi bir bağ kurulamamıştır.

### **5.1.3. Sosyodemografik Veri Formunun Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği İle İlişkisinin Değerlendirilmesi**

Medeni duruma, eğitim durumuna, yaşadığı yere, gelir düzeyine, kiminle yaşadığına, çalışma durumuna, haftalık ortalama çalışma süresine, aile dışı sosyal destek veren olup olmadığına, 0-1 yaş arası bakım verene, çocukluğunda kimin tarafından yetiştirildiğine, çocuklukta aldığı disipline, aile durumuna, kronik fiziksel hastalığa, kronik ruhsal hastalığa göre Edinburgh Doğum Sonrası

Depresyon Ölçeğinden alınan puanlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Bir çocuğu olanlarla iki çocuğu olanların Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur. İki çocuğu olanların doğum sonrası depresyon ortalamaları bir çocuğu olanların ortalamalarından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Bunda yeni doğum yapmış annenin iki çocuğuna birden yeterli bakımı vermede yetersizlik hissetmesinin depresyon seviyesini arttırması etkili olabilir.0-5 yıl boyunca çalışanlarla

5-10 yıl çalışanların Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. 5-10 yıl çalışanların doğum sonrası depresyon düzeyleri 0-5 yıl çalışanların doğum sonrası depresyon düzeylerinden anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Uzun yıllar çalışma, sürekli aynı işi yapma, mesleki tatminsizlik, iş yerindeki pozisyonunu arttıramama gibi etmenler kişide depresif belirtileri arttırıyor. Yapılan araştırmalarda tükenmişliğin en önemli sonucu olarak, sunulan hizmetin nitelik ve niceliğinde bozulmalar olması şeklinde ortaya konulmakla birlikte, bireyler üzerinde de ciddi fiziksel ve zihinsel sorunlara yol açtığı bildirilmiştir. Psikosomatik hastalıkların ortaya çıkışı veya var olan rahatsızlığın artışı, depresif yakınmalarda artış, işten ayrılma, iş doyumunun azalması, uykusuzluk, konsantre olamama, gastrointestinal problemler, sosyal izolasyon, yorgunluk, libido azalması, alkol ve madde kullanımında artış bu sorunlardan bazılarıdır.(Taycan,O; Kutlu,L; Çimen,S; Aydın,N;2006.)

Çocukluğunda aşırı ilgi görenlerle hiç ilgi görmeyenlerin doğum sonrası depresyon düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur . Çocukluğunda hiç ilgi görmeyenlerin doğum sonrası depresyon düzeyleri aşırı ilgi görenlerin doğum sonrası depresyon düzeylerinden anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Çocukluğunda hiç ilgi görmeyen bireylerin, daha yalnız daha izole bir yaşam sürdüğü ve özdeğerleri düşük olduğu için depresyona daha meyilli olduğundan depresif olması olağandır.

#### **5.1.4.Sosyodemografik Veri Formunun Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği - Kadın Formu İle İlişkinin Değerlendirilmesi**

Medeni duruma, eğitim durumuna, yaşadığı yere, gelir düzeyine, aile dışı sosyal destek veren olup olmadığına, 0-1 yaş arası bakım verene, çocukluğunda kimin tarafından yetiştirildiğine, çocuklukta aldığı disipline, aile durumuna, kronik ruhsal hastalığa göre Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeğinden alınan puanlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Kiminle yaşandığı demografik değişkeninin etkilerine baktığımızda yalnız çocuğuyla yaşayanlarla, anne ve babasıyla yaşayanların cinsel doyum-sıklık ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur. Anne ve babasıyla yaşayanların cinsel doyum sıklık ortalamaları yalnız çocuğuyla yaşayanların ortalamalarından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Yalnız çocuğuyla yaşayanlarla, anne ve babasıyla yaşayanların cinsel doyum-kaçınma ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur. Anne ve babasıyla yaşayanların cinsel doyum kaçınma ortalamaları yalnız çocuğuyla yaşayanların ortalamalarından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Yalnız çocuğuyla yaşayanlarla, anne ve babasıyla yaşayanların cinsel doyum-vajinismus ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur. Anne ve babasıyla yaşayanların cinsel doyum vajinismus ortalamaları yalnız çocuğuyla yaşayanların ortalamalarından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Yalnız çocuğuyla yaşayanlarla, anne ve babasıyla yaşayanların cinsel doyum-anorgazmi ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur. Anne ve babasıyla yaşayanların cinsel doyum anorgazmi ortalamaları yalnız çocuğuyla yaşayanların ortalamalarından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Yalnız çocuğuyla yaşayanlarla, anne ve babasıyla yaşayanların cinsel doyum toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur. Anne ve babasıyla yaşayanların cinsel doyum toplam puan ortalamaları yalnız çocuğuyla yaşayanların ortalamalarından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Yalnız çocuğuyla yaşayanlarla, yalnız yaşayanların cinsel doyum sıklık ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur. Yalnız yaşayanların cinsel doyum sıklık ortalamaları yalnız çocuğuyla yaşayanların ortalamalarından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Sadece eşiyile yaşayanlarla, anne ve babasıyla yaşayanların cinsel doyum sıklık ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur. Anne ve babasıyla

yaşayanların cinsel doyum sıklık ortalamaları sadece eşiyile yaşayanların ortalamalarından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.Sadece eşiyile yaşayanlarla, anne ve babasıyla yaşayanların cinsel doyum anorgazmi ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur. Anne ve babasıyla yaşayanların cinsel doyum anorgazmi ortalamaları sadece eşiyile yaşayanların ortalamalarından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.Sadece eşiyile yaşayanlarla, anne ve babasıyla yaşayanların cinsel doyum toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur. Anne ve babasıyla yaşayanların cinsel doyum toplam puan ortalamaları sadece eşiyile yaşayanların ortalamalarından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Sadece eşiyile yaşayanlarla, yalnız yaşayanların cinsel doyum sıklık ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur. Yalnız yaşayanların cinsel doyum sıklık ortalamaları sadece eşiyile yaşayanların ortalamalarından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.Eşi ve çocuklarıyla yaşayanlarla, anne ve babasıyla yaşayanların cinsel doyum sıklık ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur. Anne ve babasıyla yaşayanların cinsel doyum sıklık ortalamaları eşi ve çocuklarıyla yaşayanların ortalamalarından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Eşi ve çocuklarıyla yaşayanlarla, anne ve babasıyla yaşayanların cinsel doyum anorgazmi ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur. Anne ve babasıyla yaşayanların cinsel doyum anorgazmi ortalamaları eşi ve çocuklarıyla yaşayanların ortalamalarından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Diğer kategoriler açısından Golombok-Rust Ölçeği toplam ve alt boyutlarından alınan puanlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Bir çocuğu olanlarla iki çocuğu olanların cinsel doyum sıklık ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. İki çocuğu olanların cinsel doyum sıklık ortalamaları bir çocuğu olanların ortalamalarından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Aynı şekilde bir çocuğu olanlarla üç çocuğu olanların cinsel doyum sıklık ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur. Üç çocuğu olanların cinsel doyum sıklık ortalamaları bir çocuğu olanların ortalamalarından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.Bir çocuğu olanlarla iki çocuğu olanların cinsel doyum iletişim ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. İki çocuğu olanların cinsel doyum iletişim ortalamaları bir çocuğu olanların ortalamalarından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Diğer kategoriler arasında cinsel doyum iletişim ortalamaları açısından anlamlı fark bulunmamıştır.Bir çocuğu olanlarla iki çocuğu olanların cinsel doyum kaçınma ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur. İki çocuğu



olanların cinsel doyum kaçınma ortalamaları bir çocuğu olanların ortalamalarından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Diğer kategoriler arasında cinsel doyum kaçınma ortalamaları açısından anlamlı fark bulunmamıştır. Bir çocuğu olanlarla iki çocuğu olanların cinsel doyum dokunma ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur. İki çocuğu olanların cinsel doyum dokunma ortalamaları bir çocuğu olanların ortalamalarından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Diğer kategoriler arasında cinsel doyum dokunma ortalamaları açısından anlamlı fark bulunmamıştır. Bir çocuğu olanlarla iki çocuğu olanların cinsel doyum vajinismus ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur. İki çocuğu olanların cinsel doyum vajinismus ortalamaları bir çocuğu olanların ortalamalarından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Diğer kategoriler arasında cinsel doyum vajinismus ortalamaları açısından anlamlı fark bulunmamıştır. Bir çocuğu olanlarla iki çocuğu olanların cinsel doyum anorgazmi ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur. İki çocuğu olanların cinsel doyum anorgazmi ortalamaları bir çocuğu olanların ortalamalarından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Diğer kategoriler arasında cinsel doyum anorgazmi ortalamaları açısından anlamlı fark bulunmamıştır. Bir çocuğu olanlarla iki çocuğu olanların cinsel doyum toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur. İki çocuğu olanların cinsel doyum toplam puan ortalamaları bir çocuğu olanların ortalamalarından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Diğer kategoriler arasında cinsel doyum toplam puan ortalamaları açısından anlamlı fark bulunmamıştır. Çalışma durumuna göre cinsel doyum sıklık alt boyutundan alınan ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur. alışmayanların cinsel doyum sıklık ortalamaları çalışanların ortalamalarından anlamlı şekilde yüksektir. alışan bireylerin gün içinde çalışırken yorulması ve dinlenmeye vakit ayırmak istemeleri cinsel hayatlarını etkiliyor olabilir. Daha az sıklıkta cinsel ilişki içerisinde bulunabilirler. Aynı şekilde, çalışma durumuna göre cinsel doyum iletişim alt boyutundan alınan ortalamalar arasında anlamlı fark bulunmuştur. alışmayanların cinsel doyum iletişim ortalamaları çalışanların ortalamalarından anlamlı şekilde yüksektir. Çalışma durumuna göre Golombok-Rust Cinsel Doyum lğinin toplam ve diğer alt ölçeklerinden alınan ortalamalar arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Çalışma yılına göre katılımcıları değerlendirdiğimizde elde ettiğimiz veriler de bu konudaki araştırmalar için yeni bilgilerdir. 0-5 yıl boyunca çalışanlarla 5-10 yıl boyunca çalışanların cinsel doyum sıklık alt

boyutundan aldıkları ortalamalar arasında anlamlı fark bulunmuştur.5-10 yıl boyunca çalışanların cinsel doyum sıklık ortalamaları 0-5 yıl boyunca çalışanların ortalamalarından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. 0-5 yıl boyunca çalışanlarla 11 ve üstü yıl boyunca çalışanların cinsel doyum sıklık alt boyutundan aldıkları ortalamalar arasında anlamlı fark bulunmuştur. 11 ve üstü yıl boyunca çalışanların cinsel doyum sıklık ortalamaları 0-5 yıl boyunca çalışanların ortalamalarından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. 0-5 yıl boyunca çalışanlarla 5-10 yıl boyunca çalışanların cinsel doyum iletişim alt boyutundan aldıkları ortalamalar arasında anlamlı fark bulunmuştur. 5-10 yıl boyunca çalışanların cinsel doyum iletişim ortalamaları 0-5 yıl boyunca çalışanların ortalamalarından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.0-5 yıl boyunca çalışanlarla 5-10 yıl boyunca çalışanların cinsel doyum doyum alt boyutundan aldıkları ortalamalar arasında anlamlı fark bulunmuştur. 5-10 yıl boyunca çalışanların cinsel doyum doyum ortalamaları 0-5 yıl boyunca çalışanların ortalamalarından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.0-5 yıl boyunca çalışanlarla 5-10 yıl boyunca çalışanların cinsel doyum kaçınma alt boyutundan aldıkları ortalamalar arasında anlamlı fark bulunmuştur. 5-10 yıl boyunca çalışanların cinsel doyum kaçınma ortalamaları 0-5 yıl boyunca çalışanların ortalamalarından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. 0-5 yıl boyunca çalışanlarla 5-10 yıl boyunca çalışanların cinsel doyum dokunma alt boyutundan aldıkları ortalamalar arasında anlamlı fark bulunmuştur. 5-10 yıl boyunca çalışanların cinsel doyum dokunma ortalamaları 0-5 yıl boyunca çalışanların ortalamalarından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.0-5 yıl boyunca çalışanlarla 5-10 yıl boyunca çalışanların cinsel doyum vajinismus alt boyutundan aldıkları ortalamalar arasında anlamlı fark bulunmuştur. 5-10 yıl boyunca çalışanların cinsel doyum vajinismus ortalamaları 0-5 yıl boyunca çalışanların ortalamalarından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.0-5 yıl boyunca çalışanlarla 5-10 yıl boyunca çalışanların cinsel doyum anorgazmi alt boyutundan aldıkları ortalamalar arasında anlamlı fark bulunmuştur. 5-10 yıl boyunca çalışanların cinsel doyum anorgazmi ortalamaları 0-5 yıl boyunca çalışanların ortalamalarından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. 0-5 yıl boyunca çalışanlarla 5-10 yıl boyunca çalışanların cinsel doyum toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur. 5-10 yıl boyunca çalışanların cinsel doyum toplam puan ortalamaları 0-5 yıl boyunca çalışanların ortalamalarından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.Haftalık

ortalama çalışma süresine göre cinsel doyum vajinismus alt boyutundan alınan ortalamalar arasında anlamlı fark bulunmuştur. Haftalık ortalama 40 saat çalışanların cinsel doyum vajinismus ortalamaları 45 saat çalışanların cinsel doyum vajinismus ortalamalarından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Kronik fiziksel hastalık bulunup bulunmamasına göre cinsel doyum sıklık alt boyutu ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur. Kronik fiziksel hastalığı bulunanların cinsel doyum sıklık alt boyutundan aldıkları ortalama puanlar hastalığı bulunmayanların ortalamalarından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Kronik fiziksel hastalık bulunup bulunmamasına göre cinsel doyum iletişim alt boyutu ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur. Kronik fiziksel hastalığı bulunanların cinsel doyum iletişim alt boyutundan aldıkları ortalama puanlar hastalığı bulunmayanların ortalamalarından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Kronik fiziksel hastalık bulunup bulunmamasına göre cinsel doyum doyum alt boyutu ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur. Kronik fiziksel hastalığı bulunanların cinsel doyum doyum alt boyutundan aldıkları ortalama puanlar hastalığı bulunmayanların ortalamalarından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Kronik fiziksel hastalık bulunup bulunmamasına göre cinsel doyum kaçınma alt boyutu ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur. Kronik fiziksel hastalığı bulunanların cinsel doyum kaçınma alt boyutundan aldıkları ortalama puanlar hastalığı bulunmayanların ortalamalarından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Kronik fiziksel hastalık bulunup bulunmamasına göre cinsel doyum dokunma alt boyutu ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur. Kronik fiziksel hastalığı bulunanların cinsel doyum dokunma alt boyutundan aldıkları ortalama puanlar hastalığı bulunmayanların ortalamalarından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Kronik fiziksel hastalık bulunup bulunmamasına göre cinsel doyum anorgazmi alt boyutu ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur. Kronik fiziksel hastalığı bulunanların cinsel doyum anorgazmi alt boyutundan aldıkları ortalama puanlar hastalığı bulunmayanların ortalamalarından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Kronik fiziksel hastalık bulunup bulunmamasına göre cinsel doyum toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur. Kronik fiziksel hastalığı bulunanların cinsel doyum toplam puan ortalamaları hastalığı bulunmayanların ortalamalarından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Çocukluğunda aşırı ilgiyle

yetişenler ve yeterince ilgiyle yetişenlerin cinsel doyum sıklık ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Çocukluğunda yeterince ilgi ile yetişenlerin cinsel doyum sıklık ortalamaları aşırı ilgiyle yetişenlerin ortalamalarından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Çocukluğunda aşırı ilgiyle yetişenler ve hiç ilgi görmeyenlerin cinsel doyum sıklık ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Çocukluğunda hiç ilgi görmeden yetişenlerin cinsel doyum sıklık ortalamaları aşırı ilgiyle yetişenlerin ortalamalarından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Çocukluğunda aşırı ilgiyle yetişenler ve yeterince ilgiyle yetişenlerin cinsel doyum iletişim ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Çocukluğunda yeterince ilgi ile yetişenlerin cinsel doyum iletişim ortalamaları aşırı ilgiyle yetişenlerin ortalamalarından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Çocukluğunda aşırı ilgiyle yetişenler ve yeterince ilgiyle yetişenlerin cinsel doyum doyum ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Çocukluğunda yeterince ilgi ile yetişenlerin cinsel doyum doyum ortalamaları aşırı ilgiyle yetişenlerin ortalamalarından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Çocukluğunda aşırı ilgiyle yetişenler ve yeterince ilgiyle yetişenlerin cinsel doyum kaçınma ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Çocukluğunda yeterince ilgi ile yetişenlerin cinsel doyum kaçınma ortalamaları aşırı ilgiyle yetişenlerin ortalamalarından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Çocukluğunda aşırı ilgiyle yetişenler ve yeterince ilgiyle yetişenlerin cinsel doyum dokunma ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Çocukluğunda yeterince ilgi ile yetişenlerin cinsel doyum dokunma ortalamaları aşırı ilgiyle yetişenlerin ortalamalarından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Çocukluğunda aşırı ilgiyle yetişenler ve yeterince ilgiyle yetişenlerin cinsel doyum anorgazmi ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Çocukluğunda yeterince ilgi ile yetişenlerin cinsel doyum anorgazmi ortalamaları aşırı ilgiyle yetişenlerin ortalamalarından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Çocukluğunda aşırı ilgiyle yetişenler ve yeterince ilgiyle yetişenlerin cinsel doyum toplam puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Çocukluğunda yeterince ilgi ile yetişenlerin cinsel doyum toplam puan ortalamaları aşırı ilgiyle yetişenlerin ortalamalarından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Cinsel doyum düzeyleri açısından diğer gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Yetiştirilme biçiminin yaşamdaki sorunlarla başa çıkmada katkısının olup olmamasına göre cinsel doyum anorgazmi düzeyleri arasında anlamlı fark bulunmuştur. Soruya evet yanıtı verenlerin cinsel doyum anorgazmi ortalamaları hayır yanıtı verenlerin ortalamalarından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Doğumdan sonra geçen süreye göre cinsel doyum sıklık ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Son doğumundan 12 ay ve üstünde süre geçenlerin cinsel doyum sıklık ortalamaları 0-6 ay süre geçenlerin ortalamalarından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur . Aynı şekilde Son doğumundan 12 ay ve üstünde süre geçenlerin cinsel doyum sıklık ortalamaları 6-12 ay süre geçenlerin ortalamalarından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Bu konuda postpartum dönemin özelliklerinden söz etmek mümkündür. Postpartum evresindeki kadınların cinsel hayatlarında azalma görülmekte veya bu kadınlar hiç cinsellik yaşamamaktadırlar. Bu kriter esas alındığında araştırmadan çıkan sonuç bekleneni yansıtmıştır diyebiliriz. Doğumdan sonra geçen süreye göre cinsel doyum iletişim ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Son doğumundan 12 ay ve üstünde süre geçenlerin cinsel doyum iletişim ortalamaları 6-12 ay süre geçenlerin ortalamalarından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Bu bağlamda doğumdan sonra aylar geçtikçe de ortaya çıkan bulgular aynı oranda seyretmektedir. Doğumdan sonra geçen süreye göre cinsel doyum anorgazmi ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Son doğumundan 12 ay ve üstünde süre geçenlerin cinsel doyum anorgazmi ortalamaları 6-12 ay süre geçenlerin ortalamalarından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Doğumdan sonra geçen süreye göre cinsel doyum toplam puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Son doğumundan 12 ay ve üstünde süre geçenlerin cinsel doyum toplam puan ortalamaları 6-12 ay süre geçenlerin ortalamalarından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur . Bu veriler bu konudaki ileride yapılacak olan araştırmalar için referans oluşturabilir, çünkü bu konu ile alakalı geçmiş çalışma bulunamamıştır.

### 5.1.5. Sosyodemografik Veri Formunun Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği - Kadın Formu İle İlişkisinin Değerlendirilmesi

Medeni duruma, eğitim durumuna, yaşadığı yere, gelir düzeyine, çalışma durumuna, haftalık ortalama çalışma süresi, aile dışı sosyal destek veren olup olmadığına, 0-1 yaş arası bakım verene, çocukluğunda kimin tarafından yetiştirildiğine, çocuklukta aldığı disipline, aile durumuna göre Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeğinden alınan puanlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Yalnız çocuğuyla yaşayanlar ile anne ve babasıyla yaşayanların cinsel işlev bozukluğu düzeyleri arasında anlamlı fark bulunmuştur. Diğer kategoriler arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Doğumdan sonra geçen diğer sürelerle göre cinsel işlev bozukluğu düzeyleri arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Bir çocuğu olanlarla iki çocuğu olanların cinsel işlev bozukluğu ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur. İki çocuğu olanların cinsel işlev bozukluğu düzeyleri bir çocuğu olanların cinsel işlev bozukluğu düzeylerinden anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. 0-5 yıl boyunca çalışanlarla 5-10 yıl boyunca çalışanların cinsel işlev bozukluğu düzeyleri arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. 5-10 yıl çalışanların cinsel işlev bozukluğu düzeylerinin 0-5 yıl çalışanların cinsel işlev bozukluğu düzeylerinden anlamlı şekilde yüksek olduğu bulunmuştur. Diğer gruplar arasında cinsel işlev bozukluğu düzeylerine göre anlamlı fark bulunmamıştır. Kronik fiziksel hastalığı bulunanlarla bulunmayanların cinsel işlev bozukluğu düzeyleri arasında anlamlı fark bulunmuştur. Kronik fiziksel hastalığı bulunanların cinsel işlev bozukluğu düzeyleri kronik fiziksel hastalığı bulunmayanların cinsel işlev bozukluğu düzeylerinden anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Kronik ruhsal hastalığın bulunup bulunmamasına göre cinsel işlev bozukluğu düzeyleri arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Kronik ruhsal hastalığı bulunanların cinsel işlev bozukluğu düzeyleri kronik ruhsal hastalığı bulunmayanların cinsel işlev bozukluğu düzeylerinden anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Yeterince ilgi görenlerle aşırı ilgi görenlerin cinsel işlev bozukluğu düzeyleri arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Çocukluğunda yeterince ilgi görenlerin cinsel işlev bozukluğu düzeyleri aşırı ilgi görenlerin cinsel işlev bozukluğu düzeylerinden anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Son doğumdan sonra geçen süreye göre cinsel işlev bozukluğu düzeyleri arasında anlamlı fark bulunmuştur. Son doğumundan 12 aydan fazla süre geçenlerin cinsel işlev

bozukluğu düzeyleri 6-12 ay geçenlerin cinsel işlev bozukluğu düzeylerinden anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Bu veriler bu konudaki ileride yapılacak olan araştırmalar için referans oluşturabilir, çünkü bu konu ile alakalı geçmiş çalışma bulunamamıştır.

## **5.2.ÖLÇEKLERDEN ALINAN PUANLAR ARASINDAKİ İLİŞKİLERİN TARTIŞMASI**

### **5.2.1. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeğinin Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği - Kadın Formu İle İlişkinin Değerlendirilmesi**

Doğum sonrası depresyonu bulunanlarla bulunmayanların cinsel doyum anorgazmi alt boyutundan aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur. Doğum sonrası depresyonu olanların cinsel doyum anorgazmi ortalamaları olmayanların ortalamalarından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Buradan çıkarılabilecek sonuç depresyonun orgazm olma üzerinde etkisi bulunduğu ve bunun da bireyde tatminsizliğe ve doyuma ulaşmada güçlüğe neden olduğudur. Doğum sonrası depresyonu bulunanlarla bulunmayanların cinsel doyum toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur. Doğum sonrası depresyonu olanların cinsel doyum toplam puan ortalamaları olmayanların ortalamalarından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Yani genel olarak depresyon seviyesi ne kadar yüksek ise haz ve doyuma ulaşmada birey o kadar zorluk ve güçlük yaşamaktadır denilebilir. Depresyonda başta cinsel istek libido azalır. Buna bağlı olarak uyarılma ve orgazm sorunları da ortaya çıkabilir. Hatta birleşme olsa bile depresyondaki kişi bundan zevk almaz. Ancak tüm bu sorunlar depresyonun tedavi edilmesiyle birlikte kendiliğinden düzelir. Depresyon cinsel sorunlara yol açabilirken, cinsel sorunlar da mevcut depresyonu ağırlaştırabilir''cinsel sorunların depresyona yol açtığını bilmeyen hastaların, genellikle bu sorunların kendi yetersizliklerinden kaynaklandığını düşündüğünü, bu durumun da mevcut tabloyu ağırlaştırarak, kişileri umutsuzluk ve karamsarlığa sürüklediğini ve daha depresiflediğini ve daha önce var olmayan cinsel sorunlara da yol açabildiğini belirtti.(Yavuz,M.-Reem Nöropsikiyatri)

### **5.2.2. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeğinin Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği - Kadın Formu İle İlişkisinin Değerlendirilmesi**

Doğum sonrası depresyonu bulunanlarla bulunmayanların cinsel işlev bozukluğu ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur. Doğum sonrası depresyonu olanların cinsel işlev bozukluğu ortalamaları olmayanların ortalamalarından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Arizona cinsel yaşantılarının araştırdığı bulgular üzerinde doğum sonrası depresyonun etkisi vardır diyebiliriz. Depresif belirtiler taşıyan bireylerin cinsel işlevlerinde azalma görülmesi DSM V ölçütlerinde bulunan bir belirtidir. Hasta cinsel hayatının tamamen sona erdiğini düşünerek, depresyonunu daha ağır yaşamaya başlar. Bu durumda ‘yine başarılı olamazsam’ düşüncesiyle performans anksiyetesine kapılan hastada, depresyon tedavi edilse bile cinsel işlev bozukluğu kalıcı olabilir. (Yavuz, M.-Reem Nöropsikiyatri)

### **5.2.3. Beck Depresyon Ölçeğinin Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği - Kadın Formu İle İlişkisinin Değerlendirilmesi**

Depresyonu bulunanlarla bulunmayanların cinsel doyum sıklık alt boyutundan aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur. Depresyonu olanların cinsel doyum sıklık ortalamaları olmayanların ortalamalarından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Bu literatür ile çelişkili bir sonuçtur. Ayrıntılı incelediğimizde depresyonun varlığı ile cinsel doyumun sıklığı arasında negatif yönde bir korelasyon beklerken pozitif yönde bir bağ çıkmıştır. Depresyonu bulunanlarla bulunmayanların cinsel doyum iletişim alt boyutundan aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur. Depresyonu olanların cinsel doyum iletişim ortalamaları olmayanların ortalamalarından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Depresyonu bulunanlarla bulunmayanların cinsel doyum doyum alt boyutundan aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur. Depresyonu olanların cinsel doyum doyum ortalamaları olmayanların ortalamalarından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Bekleneni karşılamayan bir diğer alt madde de budur. Depresif belirti gösteren kişilerde cinsel doyuma ulaşma beklenen bir bulgu değildir. Depresyonu bulunanlarla bulunmayanların cinsel doyum kaçınma alt boyutundan aldıkları



ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur. Depresyonu olanların cinsel doyum kaçınma ortalamaları olmayanların ortalamalarından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Bu, depresyonu olan kişilerden beklenen bir davranıştır. Haz veren olaylardan uzak kalmak istemek tipik depresif belirtilerdendir. Depresyonu bulunanlarla bulunmayanların cinsel doyum dokunma alt boyutundan aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur. Depresyonu olanların cinsel doyum dokunma ortalamaları olmayanların ortalamalarından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Depresyonu bulunanlarla bulunmayanların cinsel doyum vajinismus alt boyutundan aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur. Depresyonu olanların cinsel doyum vajinismus ortalamaları olmayanların ortalamalarından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Vajinismus problemleri depresyon ile bağlantılıdır. Vajinismus hastalarında depresyon sıklıkla görülür. Vajinismus hastalarında psikoloji zamanla daha da olumsuzlaşabilir. Kendilerindeki eksiklikler hayata olan bağlılıklarını azaltmaktadır. Bazı hastalar kendilerine fazla yemeye verirler ve bir anda kilo almaktadırlar. Üzüntü ve sıkıntılarını kimseyle paylaşamama durumu da tüm hayatlarını zorlaştırmaktadır. Vajinismus hastalarında belirgin veya gizli depresyon sık olarak ortaya çıkmaktadır. Nadiren de olsa bazı hastalarda intihar eğilimleri oluşabilmektedir. Sahip oldukları değerler kendilerini bu intihar düşüncelerinden uzak tutmaktadır. Depresyonu bulunanlarla bulunmayanların cinsel doyum anorgazmi alt boyutundan aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur. Depresyonu olanların cinsel doyum anorgazmi ortalamaları olmayanların ortalamalarından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Anorgazmi depresif belirtiler gösteren bireylerde sıkça rastlanan bir durum olup, bu veri literatür ile uyumludur. Depresyonu bulunanlarla bulunmayanların cinsel doyum toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur. Depresyonu olanların cinsel doyum toplam puan ortalamaları olmayanların ortalamalarından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Kısaca genele baktığımızda; bu ölçek depresif belirtiler taşıyan bireyler için uygulandığında tutarlı sonuçlar vermektedir. Fakat yukarıda da değinildiği üzere bazı bulgular bekleneni karşılamamış, beklenenin tersi sonuçlar bulunmuştur. Bunda ölçekleri uyguladığımız örnekleme grubun bu ölçeğin sorularına tutarlı cevap vermemesi etkili olmuş olabilir.

#### **5.2.4. Beck Depresyon Ölçeğinin Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği - Kadın Formu İle İlişkinin Değerlendirilmesi**

Depresyonu bulunanlarla bulunmayanların cinsel işlev bozukluğu ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur. Depresyonu olanların cinsel işlev bozukluğu ortalamaları olmayanların ortalamalarından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Kısaca elde edilen veriler bekleneni yansıtmıştır.

#### **5.2.5.Beck Umutsuzluk Ölçeğinden Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği - Kadın Formu İle İlişkinin Değerlendirilmesi**

Katılımcıların umutsuzluk düzeylerine göre cinsel doyum sıklık alt boyutundan aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur. Umutsuzluk düzeyi yüksek olanların cinsel doyum sıklık ortalamaları umutsuzluk düzeyi düşük olanların ortalamalarından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Umutsuzluk ve depresyon birbiriyle bağlantılı iki kavramdır. Gelecekte umutlu olamamak ve depresyon birbiriyle pozitif yönde korelasyon içindeyken, umutsuzluk düzeyi yüksek olanların, yani depresyona daha meyilli olanların cinsel haz ve doyumlarının da düşük olması beklenir. Umutsuzluk düzeylerine göre cinsel doyum iletişim alt boyutundan aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur. Umutsuzluk düzeyi yüksek olanların cinsel doyum iletişim ortalamaları umutsuzluk düzeyi düşük olanların ortalamalarından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Umutsuzluk düzeylerine göre cinsel doyum doyum alt boyutundan aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur. Umutsuzluk düzeyi yüksek olanların cinsel doyum doyum ortalamaları umutsuzluk düzeyi düşük olanların ortalamalarından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Umutsuzluk düzeylerine göre cinsel doyum kaçınma alt boyutundan aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur. Umutsuzluk düzeyi yüksek olanların cinsel doyum kaçınma ortalamaları umutsuzluk düzeyi düşük olanların ortalamalarından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Umutsuzluk düzeylerine göre cinsel doyum dokunma alt boyutundan aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur. Umutsuzluk düzeyi yüksek olanların cinsel doyum dokunma ortalamaları umutsuzluk düzeyi düşük olanların ortalamalarından anlamlı şekilde

yüksek bulunmuştur. Umutsuzluk düzeylerine göre cinsel doyum vajinismus alt boyutundan aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur. Umutsuzluk düzeyi yüksek olanların cinsel doyum vajinismus ortalamaları umutsuzluk düzeyi düşük olanların ortalamalarından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Umutsuzluk düzeylerine göre cinsel doyum anorgazmi alt boyutundan aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur. Umutsuzluk düzeyi yüksek olanların cinsel doyum anorgazmi ortalamaları umutsuzluk düzeyi düşük olanların ortalamalarından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Depresif kişilerde sıkça görülen anorgazmi ile umutsuzluk ölçeğinden elde edilen verilerin benzerliği anlamlıdır. Umutsuzluk düzeylerine göre cinsel doyum toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur Umutsuzluk düzeyi yüksek olanların cinsel doyum toplam puan ortalamaları umutsuzluk düzeyi düşük olanların ortalamalarından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Genel olarak baktığımızda umutsuzluk düzeyi arttıkça cinsel doyumdan elde edilen toplam sonucun azalması anlamlıdır. Umutsuzluk düzeyi yüksek olan bireylerin depresif kişiler oldukları düşünüldüğünde veriler bekleneni yansıtmıştır.

#### **5.2.6. Beck Umutsuzluk Ölçeğinin Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği - Kadın Formu İle İlişkisinin Değerlendirilmesi**

Umutsuzluk düzeylerine göre cinsel işlev bozukluğu ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur. Umutsuzluk düzeyi yüksek olanların cinsel işlev bozukluğu ortalamaları umutsuzluk düzeyi düşük olanların ortalamalarından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Umutsuzluk depresyon ile ilişkili olduğu için, umutsuzluk düzeyi fazla olan bireylerde cinsel işlev bozukluklarının daha sık görülmesi beklenir. Çalışmadan çıkarılan verinin de bunu yansıttığı gözlemlenmiştir.

### **5.3. ÖLÇEKLERİN VE ALT BOYUTLARININ BİRBİRLERİ İLE KORELASYONLARI**

Depresyon düzeyi ile umutsuzluk düzeyi arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Depresyon düzeyi arttıkça umutsuzluk düzeyi de artmaktadır. Depresyon düzeyi ile doğum sonrası depresyon düzeyi arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Depresyon düzeyi arttıkça doğum sonrası depresyon düzeyi de artmaktadır. Depresyon düzeyi ile cinsel doyumda yaşanan sorunlar

arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Depresyon düzeyi arttıkça cinsel doyum sorunları da artmaktadır. Cinsel doyum ölçeğinin alt boyutları ile depresyon arasındaki korelasyonlar da pozitif yönde anlamlı bulunmuştur. Sıklık, iletişim, doyum, kaçınma, dokunma, vajinismus ve anorgazmi için anlamlı bulunmuştur. Depresyon düzeyi ile cinsel işlev bozukluğu düzeyi arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Depresyon düzeyi arttıkça cinsel işlev bozukluğu düzeyi de artmaktadır. Umutsuzluk düzeyi ile doğum sonrası depresyon düzeyi arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Umutsuzluk düzeyi arttıkça doğum sonrası depresyon düzeyi de artmaktadır. Umutsuzluk düzeyi ile cinsel doyumda yaşanan sorunlar arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Umutsuzluk düzeyi arttıkça cinsel doyum sorunları da artmaktadır. Cinsel doyum ölçeğinin alt boyutları ile umutsuzluk arasındaki korelasyonlar pozitif yönde anlamlı bulunmuştur. Sıklık, iletişim, doyum, kaçınma, dokunma, vajinismus ve anorgazmi için anlamlı bulunmuştur. Umutsuzluk ile cinsel işlev bozukluğu arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Umutsuzluk düzeyi arttıkça cinsel işlev bozukluğu da artmaktadır. Doğum sonrası depresyon ile cinsel doyumda yaşanan sorunlar arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Doğum sonrası depresyon düzeyi arttıkça cinsel doyum sorunları da de artmaktadır. Cinsel doyum ölçeğinin alt boyutları ile doğum sonrası depresyon arasındaki korelasyonlar pozitif yönde anlamlı bulunmuştur. Sıklık, iletişim, doyum, kaçınma, dokunma, vajinismus, anorgazmi için anlamlı bulunmuştur. Doğum sonrası depresyon ile cinsel işlev bozukluğu arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Doğum sonrası depresyon düzeyi arttıkça cinsel işlev bozukluğu da artmaktadır. Cinsel işlev bozukluğu ile Cinsel doyumda yaşanan sorunlar arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Doğum sonrası depresyon düzeyi arttıkça cinsel doyum sorunları da de artmaktadır. Cinsel doyum ölçeğinin alt boyutları ile doğum sonrası depresyon arasındaki korelasyonlar da pozitif yönde anlamlı bulunmuştur. Sıklık, iletişim, doyum, kaçınma, dokunma, vajinismus ve anorgazmi için anlamlı bulunmuştur. Elde edilen bu verilerden doğum sonrası depresyonun cinsel doyuma ve cinsel hazza anlamlı yönde etkisini olduğundan söz edinebilir.

#### **5.4. DOĞUM SONRASI DEPRESYONUN CİNSEL DOYUM VE CİNSEL İŞLEV BOZUKLUĞU ÜZERİNDEKİ ETKİSİ**

Doğum sonrası depresyonu bulunanlarla bulunmayanların cinsel doyum sıklık alt boyutundan aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur. Doğum sonrası depresyonu olanların cinsel doyum sıklık ortalamaları olmayanların ortalamalarından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Bu veriler de beklenenin aksini yansıtmıştır. Yukarıda benzer bulguları tartıştığımız gibi depresyonun cinsel doyum ve cinsel ilişki sıklığı arasında negatif yönde bir korelasyon vardır. Depresif bulgu ve belirtileri taşıyan kişilerde sıklıkla cinsel hayatta azalma, zaman zaman ise cinsellikten uzaklaşma görülür. Dolayısıyla bu çalışmada çıkan sonuç, literatür bilgisini yansıtmamaktadır. Doğum sonrası depresyonu bulunanlarla bulunmayanların cinsel doyum iletişim alt boyutundan aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur. Doğum sonrası depresyonu olanların cinsel doyum iletişim ortalamaları olmayanların ortalamalarından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Doğum sonrası depresyonu bulunanlarla bulunmayanların cinsel doyum alt boyutundan aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur. Doğum sonrası depresyonu olanların cinsel doyum ortalamaları olmayanların ortalamalarından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Bu maddeler de depresif kişilerden beklenenin aksini yansıtmaktadır. Doğum sonrası depresyonu bulunanlarla bulunmayanların cinsel doyum kaçınma alt boyutundan aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur. Doğum sonrası depresyonu olanların cinsel doyum kaçınma ortalamaları olmayanların ortalamalarından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Doğum sonrası depresyonu olan bir bireyin cinsellikten kaçınması beklenen bir davranıştır. Doğum sonrası depresyonu bulunanlarla bulunmayanların cinsel doyum dokunma alt boyutundan aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur. Doğum sonrası depresyonu olanların cinsel doyum dokunma ortalamaları olmayanların ortalamalarından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Sonuç olarak bu bulgunun da beklenen davranışı yansıttığı söylenebilir.

## ALTINCI BÖLÜM: SONUÇ

Bu çalışmanın sonucuna göre postpartum depresyon ile cinsel haz ve doyum arasında genel olarak anlamlı bir ilişkisi olduğu görülmektedir. Elde edilen verilere göre, Post partum depresyonun cinsel haz ve doyuma negatif yönde bir etkisi olduğu söylenebilir. Bulguların ağırlıklı olarak literatür ışığında beklenen sonucu yansıttığı söylenebilir.



## **YEDİNCİ BÖLÜM: SINIRLILIKLAR VE ÖNERİLER**

Bu çalışmanın bulguları arasında depresyon ile cinsel işlev arasındaki ilişki bakımından bekleneni yansıtmayanlar hakkında daha ileri çalışmaların yapılması gerektiği düşünülmüştür.

### **7.1. SINIRLILIKLAR**

Çalışmamızın örneklem sayısının az olması istatistik değerlendirmede önemli bir sınırlılıktır. Buna ek olarak örneklem grubunun farklı sosyokültürel arka planlardan seçilememesi de araştırmamızın sonucunu büyük ölçüde etkileyen önemli bir sınırlılıktır. Daha önce bu konuda yapılan çalışmalarla tutarlılık göstermesiyle birlikte referans alınabilecek kaynakların sınırlılığı nedeniyle kaynakçanın zayıf olması da bu çalışmanın bir kısıtlılığıdır. Araştırma sonucunda çıkan farklılıklar ve beklenmedik bulgular araştırmalardaki yöntem farklılıklarından, katılımcı sayısından ve katılımcıların benzer sosyoekonomik ve sosyokültürel çevreye ait olması sebebiyle olabilir. Ayrıca farklı etkenlerden dolayı ölçeklerin tutarsızca cevaplanması da önemli bir etkidir.

### **7.2. ÖNERİLER**

- Sosyokültürel farklılıkların daha net ortaya konması açısından gelecekte yapılacak çalışmalarda farklı sosyokültürel arka planlardan gelen katılımcıları birbiriyle karşılaştırmanın faydalı olacağı düşünülmektedir.
- Araştırma bulgularını ülkemiz için genelleyebilmek amacıyla farklı örneklem gruplarında bu değişkenlere ilişkin yeni araştırmalar yapılabilir ve bu araştırmalardan elde edilen bulgular doğrultusunda sonraki çalışmalara farklı değişkenler eklenebilir ve daha kapsamlı ve daha ayırıştırıcı sonuçlara ulaşılabilir.
- Araştırma sonuçlarını etkileme ihtimali yüksek olan sosyoekonomik düzey, çalışma şartları, çocuk sayısı gibi değişkenlerin etkisini en aza indirmek için daha geniş çalışma grubu ile yeni çalışmalar tasarlanabilir.

## KAYNAKÇA VE REFERANSLAR

Adewuya,A.O.(2005) The maternity blues in western Nigerian women: Prevalence and risk factors. American Journal of Obstetrics and Gynecology ;193: 1522-1525.

Akdeniz,F.;Aldemir,A.(2012) Kadınlara özgü ruhsal hastalıklar.,  
www.klinikgelisim.org.tr/eskisayi/kg\_22\_4/13.pdf. Erişim tarihi: 22/04/2012

Alder,E.M.; Cox,J.L.(1983) ;Breast feeding and post-natal depression. J Psychosom Res.;27(2):139-44.

Altshuler,L.L.;Hendrick,V.;Cohen,L.S.(1998); Course of mood and anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period. J Clin Psychiatry.;59 Suppl 2:29-33.

Amerikan Psikiyatri Birliği(2000)Psikiyatride hastalıkların tanımlanması ve sınıflandırılması el kitabı, yeniden gözden geçirilmiş dördüncü baskı (DSM-IV-TR). Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC.(çeviren;Köroğlu E.(2001)Ankara: Hekimler Yayın Birliği;152-153

Annagür,B.B.;Annagür,A.(2012)Doğum sonrası ruhsal durumun emzirme ile ilişkisi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar; 4(3):279-92

Arşaluys Kayır, Özay Özdemir. İnsanda Cinsellik. Psikiyatri Temel Kitabı. 2. Baskı. Ankara, HYB Basım Yayın, 2007;416–421.

Askin,R.(1999)Depresyon El Kitabı 2. baskı. Konya: Atlas Kitabevi; 100-122.

Avan,B.;Richter,L.M.;Ramchandani,P.G.;Norris,S.A.;Stein,A.(2010)Maternal postnatal depression and children's growth and behaviour during the early years of life: exploring the interaction between physical and mental health. ArchDis Child;95(9): 690-5



Ayvaz,S.;Hocaoğlu,Ç.;Tiryaki,A.;Ak,İ.(2006)Trabzon il merkezinde doğum sonrası depresyon sıklığı ve gebelikteki ilişkili demografik risk etmenleri. Türk Psikiyatri Dergisi ;17(4): 243-51.

Bloch,M.;Daly,R.C.;Rubinow,D.R.(2003)Endocrine factors in the etiology of postpartum depression. Compr Psychiatry;44:234-246.

Campbell,S.B.;Cohn,J.F.;Flanagan,C.;et al.(1992)Course and correlates of postpartum depression during the transition to parenthood. Development and Psychopathology; 4:29-47.

Cebeci,S.A.;Aydemir,Ç.;Göka,E.(2002) Puerperal dönemde depresyon semptom prevalansı; obstetrik risk faktörleri, kaygı düzeyi ve sosyal destek ile ilişkisi. Kriz Dergisi ; 10(1): 11-8.

Cised,2012

Cooper,P.J.;Murray,L.(1995)Course and recurrence of postnatal depression. Evidence for the specificity of the diagnostic concept. Br J Psychiatry.Feb;166(2):191-5.

Çeri Ö, Yılmaz A, Soykan A.(2008) Cinsel işlev bozuklukları. Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics 2008;1(2):71-78.

DeRosa,N.;Logsdon,M.C.(2006)A comparison of screening instruments for depression in postpartum adolescents. J Child Adoles Psychiatry Nurs; 19:13-20.

Dönmez,M.;Yavuzlar Cıvan,H.;Noyan Ahlatçioğlu,E.;Dülgeroğlu,D.;Yazıcı,E.; Aydın,N.(2017)Annelerin Çalışma Durumları İle Depresyon Ve Anksiyete Düzeyleri İlişkisinin İncelenmesi-Bir Ön Çalışma;Marmara Üniversitesi Kadın ve Toplumsal Cinsiyet Araştırmaları Dergisi, 1: 17-22 DOI: 10.26695/mukatcad.2017.1

Duffy,C.L.(1983) Postpartum Depression: identifying women at risk. Genesis , June /July:11-21.

Elbert,M.;Loosen,P.T;Nurcombe B.(2003) Current Psikiyatri Tanı ve Tedavi.(çevirenler Birsöz S.; Karaman T.(2003)Ankara: Günes Kitapevi;467-484, 290-298.

Erdem,Ö.;Bez,Y.(2009)Doğum Sonrası Hüzün ve Doğum Sonrası Depresyon; Konuralp Tıp Dergisi 1(1):32-37.

Erdem,Ö.;Bucaktepe,G.E.;Özen,Ş.;Kara,İ.H.(2010) Prepartum ve postpartum dönemde annelerin duygu durumlarının incelenmesi. Düzce Tıp Dergisi; 12(3): 24-31

Erkal Aksoy, Y.; Ünal, F.; İnkçe, F.; Çil, G.; Oruç, K.; Yılmaz, T.; Yıldırım, Ş.; Dereli Yılmaz, S.(2016)Postpartum Depresyonun Emzirme Üzerine Etkisi; Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi (GÜSBD)Araştırma Makalesi; 5(3): 90-96

Fooladi,M.M.(2006)Therapeutic tears and postpartum blues. Holist Nurs Pract ;20:204-211.

Gotlib,I.H.;Whiffen,V.E.;Wallace,P.M.;et al.(1991) Prospective investigation of postpartum depression: Factors involved in onset and recovery. J Abnorm Psychol; 100:122-132.

Hau,W.L.F.;Levy,V.A.(2003)The maternity blues and Hong Kong Chinese women: an explatory study. Journal of Affective Disorders;75:197-203.

Hendrick, V.;Altshuler,L.L.:(1999)Biological determinants of postpartum depression.Press.Inc,s.65-82

İncesu,C.(2007) Cinsel İşlev Bozuklukları. Psikiyatri Temel Kitabı. 2. Baskı. Ankara, HYB Basım Yayın;422–436.

İncesu, C. (2011)DSM-V ve cinsel işlev bozuklukları. Nöropsikiyatri Arşivi;48(1):1–6.

John L, Hamilton ON, Krisztina B, St. John's NL, Céline B, Quebec QC, Margaret B, et al. Female sexual health consensus clinical guidelines. J.Obstet Gynaecol Can 2012;34(8):1-4.

John L, Hamilton ON, Krisztina B, St. John's NL, Céline B, Quebec QC, Margaret B, et al.(2012)Sexuality across the lifespan. Female sexual health consensus clinical guidelines. J. Obstet Gynaecol Can;34(8):8-14.

Karaçam,Z.;Öner,H.(2008)Doğum sonrası depresyon tarama ölçeğinin türkçede kesme noktalarının hesaplanması. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi; 11(2):61-71.

Karamustafaloğlu,N.;TomrukN.(2000)Postpartum Hüzün ve Depresyonlar; Duygudurum Dizisi;2:64-71

Karayağız,Ş.(2015) Doğum Sonrası Psikoz ve Depresyon;  
[https://www.tavsiyeediyorum.com/makale\\_14663.htm](https://www.tavsiyeediyorum.com/makale_14663.htm)

Kendell,R.E.;Chalmers,J.C.;Platz,C.(1987) Epidemiology of puerperal psychosis. Br J Psychiatry 150:622-673

Kendell,R.E.;McGuire,R.J.;Connor,Y.;et al.(1981) Mood changes in the first three weeks after childbirth. J Affect Disord; 3:317-326.

Koyun,A.;Taşkın,L;Terzioğlu,F.(2011) Yaşam Dönemlerine Göre Kadın Sağlığı ve Ruhsal İşlevler: Hemşirelik Yaklaşımlarının Değerlendirilmesi;Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar; 3(1):67-99eISSN:1309-0674 pISSN:1309-0658 Çevrimiçi adresi [www.cappsy.org/archives/vol3/no1/](http://www.cappsy.org/archives/vol3/no1/) Çevrimiçi yayım:05 Kasım 2010

Kurt,A.;Kısa,C.(2004) Postpartum hüzün. 3P Dergisi ; (ek 4);7-11.

Küçüköğlü,S.;Çelebioğlu,A.;Coşkun,D.(2014) Yenidoğan kliniğinde bebeği yatan annelerin Postpartum depresyon belirtileri ve emzirme özyeterlilik düzeylerinin belirlenmesi.Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi; 3(3): 921-32

Kütmeç C.(2009)Kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu ve hemşirelik bakımı. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi ;4(12):11–136

Llewellyn,A.M.;Stowe,Z.N.;Nemeroff,C.B.(1997) Depression during pregnancy and the puerperium. J Clin Psychiatry; 58:26-32

Loutfi,M.F.(2001) Women, gender and work: What is equality and how do we get there?(Ed.)Geneva: International Labour Office.

Marakoğlu,K.;Özdemir,S.;Çivi,S.(2009)Postpartum depresyon. Türkiye Klinikleri J MedSci; 29(1): 206-14.

Marakoğlu,K.;Özdemir,S.;Çivi,S.:(2009)Postpartum Depresyon Derleme; Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi;29(1):206-14;  
<http://www.turkiyeklinikleri.com/article/tr-postpartum-depresyon-53456.html>

Miller,L.J.;Rukstalis,M.(1999) Beyond the "blues": hypotheses about postpartum reactivity. Postpartum Mood Disorders, Miller LJ (Ed), 1. baskı, Washington DC: American Psychiatric Press Inc; 3-19

Najman,J.M.;Bor,W;O'Callaghan,M.J.:et al.(2000) Postnatal depression-myth and reality: maternal depression before and after the birth of a child. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol;35:19-27.

Noble,R.E.(2005) Depression in women. *Metabolism Clinical and Experimental*;54:49-52.

Nur.N.;Çetinkaya,S.;Bakır,D.A.;Demirel,Y.(2004) Sivas il merkezinde kadınlarda postnatal depresyon prevalansı ve risk faktörleri. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*; 26(2):55-9

O'Hara,M.W.;Schlechte,J.A.;Lewis,D.A.;et al.(1991) Prospective study of postpartum blues: biologic and psychosocial factors. *Arch Gen Psychiatry* ; 48:801-806.

O'Hara,MW.(1987)Post-partum "blues", depression, and psychosis: a review. *J Pscyhosom Obstet Gynaecol*;7:205-227.

Özkan,H.;Üst,Z.D.;Gündoğdu,A.;Çapık,A.;Şahin,S.A.(2014)Erken postpartum dönemde emzirme ve depresyon arasındaki ilişki.Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni; 48(2):124-31.

Parry,BL.(1995) Postpartum psychiatric syndromes. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 6. baskı, cilt 1, Kaplan HI, Sadock BJ (eds), Baltimore: Williams & Wilkins;1059-1066.

Poduval,J.;Poduval,M.(2009)Working mothers: How much working, how much mothers, and where is the womanhood? *Mens Sana Monographs*, 7(1), 63–79. doi: 10.4103/0973- 1229.41799

Preskorn,S.H.(1999)Depresyonun Ayaktan Tedavisi 2.baskı.(çeviren:Kırlı,S.)Bursa;3-20.

Sağlık Bakanlığı, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü:Üreme Sağlığına Giriş, Katılımcı Rehberi(2009) Cinsel Sağlık/ Üreme Sağlığı No:1-B, Ankara

Sadock,B.J.;Sadock,V.A.(2003)Synopsis of psychiatry behavioral sciences.Clinical psychiatry,7 th Edition. Baltimore: Lippincott Williams and Wilkins;494-496.

Steiner,M.;Pearlstein,T.;Cohen,L.S.;Endicoll,J.;Kornstein,S.G.;Roberts,D.L.;Yonkers,K  
(2006)Womens Health (Larchmt)Jan-Feb;15 (1):57-69.Review

Steiner,M.;Pearlstein T.;Cohen L.S.;Endicoll J.;Kornstein S.G.;Roberts  
D.L.;Yonkers,K.(1998);Womens Mental Health (Larchmt)

Stowe,Z.N.;Nemeroff,C.B.(1995) Women at risk for postpartum-onset major  
depression. Am J Obstet Gynecol.Aug;173(2):639-45.

Taycan,O; Kutlu,L.;Çimen,S.;Aydın,N.(2006)Bir üniversite hastanesinde çalışan  
hemşirelerde depresyon ve tükenmişlik düzeyinin sosyodemografik özelliklerle ilişkisi  
;Anatolian Journal of Psychiatry;7:100-108

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK)(2016)İstatistiklerle kadın,24643, 8–11.) Erişim  
Adresi: www.tuik.gov.tr (2017).

Weissman,M.M.;Olson,M.(1995) Depression in women: implications for health care  
research.; Science 269(5225):799-801. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7638596>

Whiffen,V.E.;Gotlib,I.H.(1993)Comparison of postpartum and nonpostpartum  
depression: Clinical presentation, psychiatric history, and psychosocial  
functioning. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61(3), 485-494.

Williams,K.E.;Casper,R.C.(1998)Reproduction and its psychopathology. Women's  
Health: Hormones, Emotions and Behavior, Casper RC (Ed),1. baskı, Cambridge:  
University Press;14-35

WHO,Dünya Sağlık Örgütü(DSÖ)

[www.ipe.com.tr](http://www.ipe.com.tr)

Yaşar H, Özkan L, Tepeler A. Kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluklarına güncel yaklaşım. Klinik ve Deneysel Araştırmalar Dergisi 2010;1(3):235– 240.

Yüksekol,Ö.D.;Çoban Arguvanlı,S.;Başer,M.(2014)Annelik Hüznü ve Hemşirelik; Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi Cilt 2 Sayı 1

Yılmaz,M.;Öncel,S.(2007) Annelik hüznü ile baş etmede hemşirenin rolü. Türkiye Klinikleri J Nurs Sci;1:32-38.

Yüksekol,Ö.D.;Çoban Arguvanlı,S.;Başer,M.(2014)Annelik Hüznü ve Hemşirelik; Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi Cilt 2 Sayı 1

Yüksel Ş, Cindoğlu D, Şimşek F, Seyisoğlu H. (2006)CETAD Bilgilendirme dosyası 5. “Kadın Cinselliği”. Ed: Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği

## EKLER

**EK:A.**

### SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

**1.No:**

**2.Yaşınız**

**3.Medeni Durumunuz** a) evli b) bekar c) boşanmış d) evli ama eşinden ayrı yaşıyor e) dul

**4.Evinizde kimlerle yaşamaktasınız?**

a) yalnız çocuğumla b) sadece eşinizle c) eş ve çocuklard) anne ve baba e)yalnız

**5.Eğitim düzeyiniz?**a)İlköğretim b)Lise c) yüksek okul veya üniversite

d)lisansüstü/ yüksek lisans veya doktora e)yok/ diğer..

**6.sahip olduğunuz çocuk sayısı?** a)1 b)2 c)3 d)4 ve üzeri

**7.şu an yaşadığınız yer?** a)köy b)kasaba c)şehir d)diğer

**8.şuan yapmakta olduğunuz bir işiniz var mı?** a) evet b) hayır

**9.(evin) gelir düzeyi/niz nedir ?**a) 1500 tl ve altı b)1500-3000 tl

c)3000-5000 tl d)5000 tl ve üzeri

**10.çalışıyorsanız; meslekte çalıştığınız süre nedir?**

a) 2 yıldan az b) 2-5 yıl arası c) 5-10 yıl d)11 yıl ve üzeri

**11.haftalık çalıştığınız süre?** a) ortalama 40 saat b)ortalama 45 saat ve üstü

**12.kronik fiziksel bir hastalığınız var mı?**a)evet b)hayır

**13.kronik ruhsal bir hastalığınız var mı?**a)evet b)hayır

**14.beraber yaşadığınız aileniz dışında sosyal desteğini hissettiğiniz akrabalarınız veya**

**dostlarınız var mı?** a) evet b) hayır

**15.0-1 yaş arası bakımınızı kim yapmış?**

a)anne b)baba c)bakıcı d)anne-baba e)akraba komşu veya diğer.....

**16.çocukluğunuzda kim tarafından yetiştirildiniz?**

a)anne b)baba c)bakıcı d)anne-baba e)akraba komşu veya diğer.....

**17.çocukluğunuzda nasıl bir ilgiyle bakıldınız?**a)aşırı ilgiyle b)yeterince ilgi ile c)ilgisiz

**18.çocukluğunuzda nasıl bir disiplin ile büyütüldünüz?**

a)aşırı kontrol b)yeterince kontrol c)az kontrol

**19.yetiştirilme biçiminizin yaşamdaki sorunlarla başa çıkmanızda katkısı olduğunu**

**düşünüyor musunuz?**a)evet b)hayır

**20.çocukluğunuzda ailenizin durumu nasıldı?**a)bütün b)boşanmış c)parçalanmış

**21.son doğumunuzdan bugüne kaç ay- yıl geçti?**

a) 0-3ay b)3-6ay c)6-12ay d)12 ay(1yıl)-24 ay(2 yıl)

e) 24 ay ve üzeri(2 yıl ve üzeri)



**EK:B.**

**BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ(ENVANTERİ)**

AÇIKLAMA:Sayın cevaplayıcı aşağıda gruplar halinde cümleler verilmektedir. Öncelikle her gruptaki cümleleri dikkatle okuyarak, BUGÜN DÂHİL GEÇEN HAFTA içinde kendinizi nasıl hissettiğini en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Eğer bir grupta durumunuzu, duygularınızı tarif eden birden fazla cümle varsa her birini daire içine alarak işaretleyiniz.

Soruları vereceğiniz samimi ve dürüst cevaplar araştırmanın bilimsel niteliği açısından son derece önemlidir.

Bilimsel katkı ve yardımlarınız için sonsuz teşekkürler.

**1- 0.** Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.

1. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
2. Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
3. O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.

**2- 0.** Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim.

1. Gelecek hakkında karamsarım.
2. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
3. Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.

**3- 0.** Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.

1. Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
2. Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
3. Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.

**4- 0.** Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.

1. Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
2. Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
3. Her şeyden sıkılıyorum.

**5- 0.** Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.

1. Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
2. Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
3. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.

**6- 0.** Bana cezalandırılmışım gibi geliyor.

1. Cezalandırılabilceğimi hissediyorum.
2. Cezalandırılmayı bekliyorum.

3. Cezalandırıldığımı hissediyorum.
- 7- 0. Kendimden memnunum.**
1. Kendi kendimden pek memnun değilim.
  2. Kendime çok kızıyorum.
  3. Kendimden nefret ediyorum.
- 8- 0. Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.**
1. Zayıf yanların veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.
  2. Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi kabahatli bulurum.
  3. Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.
- 9- 0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.**
1. Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.
  2. Kendimi öldürmek isterdim.
  3. Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.
- 10- 0. Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.**
1. Zaman zaman içinden ağlamak geliyor.
  2. Çoğu zaman ağlıyorum.
  3. Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 11- 0. Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.**
1. Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.
  2. Şimdi hep sinirliyim.
  3. Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.
- 12- 0. Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.**
1. Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
  2. Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybetmedim.
  3. Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.
- 13- 0. Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.**
1. Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
  2. Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
  3. Artık hiç karar veremiyorum.
- 14- 0. Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.**
1. Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
  2. Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.
  3. Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 15- 0. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.**

1. Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.
  2. Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
  3. Hiçbir şey yapamıyorum.
- 16-** 0. Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.
1. Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.
  2. Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
  3. Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.
- 17-** 0. Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.
1. Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
  2. Yaptığım her şey beni yoruyor.
  3. Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.
- 18-** 0. İştahım her zamanki gibi.
1. İştahım her zamanki kadar iyi değil.
  2. İştahım çok azaldı.
  3. Artık hiç iştahım yok.
- 19-** 0. Son zamanlarda kilo vermedim.
1. İki kilodan fazla kilo verdim.
  2. Dört kilodan fazla kilo verdim.
  3. Altı kilodan fazla kilo vermeye çalışıyorum.
- 20-** 0. Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.
1. Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendirmiyor.
  2. Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.
  3. Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünemiyorum.
- 21-** 0. Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.
1. Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.
  2. Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.
  3. Cinsel konular olan ilgimi tamamen kaybettim. \_\_

**EK:C.**

### **BECK UMUTSUZLUK ÖLÇEĞİ (BUÖ)**

Aşağıda geleceğe ait düşünceleri ifade eden bazı cümleler verilmiştir. Lütfen her bir ifadeyi okuyarak, bunların size ne kadar uygun olduğuna karar veriniz. Size uygun olanlar için "Evet", uygun olmayanlar için ise "Hayır" yazınız.

\_\_\_\_\_ Evet Hayır

1. Geleceğe umut ve coşku ile bakıyorum.
2. Kendim ile ilgili şeyleri düzeltemediğime göre çabalamayı bıraksam iyi olur.
3. İşler kötüye giderken bile her şeyin hep böyle kalmayacağını bilmek beni rahatlatıyor.
4. Gelecek on yıl içinde hayatımın nasıl olacağını hayal bile edemiyorum
5. Yapmayı en çok istediğim şeyleri gerçekleştirmek için yeterli zamanım var
6. Benim için çok önemli konularda ileride başarılı olacağımı umuyorum
7. Geleceğimi karanlık görüyorum
8. Dünya nimetlerinden sıradan bir insandan daha çok yararlanacağımı umuyorum
9. İyi fırsatlar yakalayamıyorum. Gelecekte yakalayacağıma inanmam için de hiçbir neden yok
10. Geçmiş deneyimlerim beni geleceğe iyi hazırladı
11. Gelecek, benim için hoş şeylerden çok tatsızlıklarla dolu görünüyor.
12. Gerçekten özlediğim şeylere kavuşabileceğimi ummuyorum
13. Geleceğe baktığımda şimdikine oranla daha mutlu olacağımı umuyorum
14. İşler bir türlü benim istediğim gibi gitmiyor.
15. Geleceğe büyük inancım var.
16. Arzu ettiğim şeyleri elde edemediğime göre bir şeyler istemek aptallık olur.
17. Gelecekte gerçek doyuma ulaşmam olanaksız gibi.
18. Gelecek bana bulanık ve belirsiz görünüyor.
19. Kötü günlerden çok, iyi günler bekliyorum.
20. İstediğim her şeyi elde etmek için çaba göstermenin gerçekten yararı yok, nasıl olsa onu elde edemeyeceğim.

**EK:D.**

**Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği :**

Yakın bir zamanda doğum yaptınız ve bebeğiniz oldu. Sizin, son hafta içindeki duygularınızı öğrenmek istiyoruz. Böylece, size daha iyi yardımcı olabileceğimize inanıyoruz. Lütfen sadece bugün değil, son 7 gündür kendinizi nasıl hissettiğinizi en iyi tanımlayan ifadeyi aşağıdaki her bir soru için işaretleyiniz.

1.Son 7 gündür; Gülebiliyor ve olayların komik tarafını görebiliyorum.

- Her zaman olduğu kadar
- Artık pek o kadar değil
- Artık kesinlikle o kadar değil
- Artık hiç değil

2.Son 7 gündür; Geleceğe hevesle bakıyorum.

- Her zaman olduğu kadar
- Her zamankinden biraz daha az
- Her zamankinden kesinlikle daha az
- Hemen hemen hiç

3.Son 7 gündür; Bir şeyler kötü gittiğinde gereksiz yere kendimi suçluyorum.

- Evet, çoğu zaman
- Evet, bazen
- Çok sık değil

Hayır, hiçbir zaman

4.Son 7 gündür; Nedensiz yere kendimi sıkıntılı ya da endişeli hissediyorum

Hayır, hiçbir zaman

Çok seyrek

Evet, bazen

Evet, çoğu zaman

5.Son 7 gündür; İyi bir nedeni olmadığı halde, korkuyor ya da panikliyorum.

Evet, çoğu zaman

Evet, bazen

Hayır, çok sık değil

Hayır, hiçbir zaman

6.Son 7 gündür; Her şey giderek sırtıma yükleniyor.

Evet, çoğu zaman hiç başa çıkamıyorum

Evet, bazen eskisi gibi başa çıkamıyorum

Çoğu zaman iyi başa çıkamıyorum

Her zamanki gibi başa çıkabiliyorum

7.Son 7 gündür; Öylesine mutsuzum ki uyumakta zorlanıyorum.

Evet, çoğu zaman

- Evet, bazen
- Çok sık değil
- Hayır, hiçbir zaman

8.Son 7 gündür; Kendimi üzüntülü ya da çökkün hissediyorum.

- Evet, çoğu zaman
- Evet, oldukça sık
- Çok sık değil
- Hayır, hiçbir zaman

9.Son 7 gündür; Öylesine mutsuzum ki ağlıyorum.

- Evet, çoğu zaman
- Evet, oldukça sık
- Çok seyrek
- Hayır, asla

10.Son 7 gündür; Kendime zarar vermeyi düşündüğüm oldu.

- Evet, oldukça sık
- Bazen
- Hemen hemen hiç
- Asla

**EK:E.**

**Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (Kadın Formu)**

*1. oldukça istekli 2. çok istekli 3. biraz istekli*

*4. biraz isteksiz 5. çok isteksiz 6. tamamen isteksiz*

**Lütfen her maddede, bugün de dahil geçen haftaki durumunuzu işaretleyin.**

*1. Cinsel açıdan ne derece isteklisiniz?*

*2. Cinsel açıdan ne kadar kolay uyarılırsınız(tahrik olursunuz)?*

*3. Vajinanız/cinsel organınız ilişki sırasında ne kadar kolay ıslanır veya nemlenir?*

*4. Ne kadar kolay orgazm olursunuz?*

*5. Orgazmınız tatmin edici midir?*



**EK:F. Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği-Kadın Formu**

Aşağıda cinsel yaşamla ilgili sorular yer almaktadır. Her bir soru için

*a.hiç bir zaman b.nadiren c. Bazen d. çoğu zaman e.her zaman*

şeklinde beş cevap şıkkı yer almaktadır. Sizden istenen kendi cinsel yaşamınızı göz önüne alarak soruları cevaplandırmanızdır.

**Cevaplandırırken:** *Her soruyu dikkatle okuyunuz.*

*Sorulan durumun son zamanlarda ne kadar sıklıkta ortaya çıktığını düşününüz.*

*Söz konusu durumun ne kadar sıklıkla ortaya çıktığına karar verdikten sonra, o seçeneğin altındaki boş alanı işaretleyerek cevabınızı belirtiniz.*

*Hiç bir soruyu cevapsız bırakmayınız.*

*Lütfen soruları içtenlikle ve dürüstçe cevaplandırmaya özen gösteriniz.*

*Cevaplandırırken, başkalarının görüşlerini dikkate almadan, sadece kendi görüşünüzü belirtiniz.*

Cevaplar :

a.Hiçbir Zaman b.Nadiren c.Bazen d.Çoğu Zaman e.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 durumlar dışında)
4. Cinsel yönden kolaylıkla uyarılır mısınız?
5. Sizce, sizin ve eşinizin ön sevişmeye (öpme, okşama gibi) ayırdığı zaman yeterli mi?
6. Kendi cinsel organınızın, eşinizin cinsel organının girmeyeceği kadar dar olduğunu düşünür müsünüz?
7. Eşinizle sevişmekten kaçınırmısınız?

8. Cinsel ilişki sırasında doyuma (orgazma) ulaşabilir misiniz?
9. Eşinize sarılıp, vücudunu okşamaktan zevk alırsınız mı?
10. Eşinizle olan cinsel ilişkinizi tatminkar 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?
14. Sizin için doyuma (orgazma) ulaşmanın mümkün olmadığını düşünür müsünüz?
15. Haftada 2 defadan fazla cinsel birleşimde bulunur musunuz?
16. Eşinize, 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 hissedersiniz mi?
19. Eşinizin cinsel organınıza dokunup okşamasından zevk alırsınız mı?
20. Eşinizle sevişmeyi reddettiğiniz olur mu?
21. Önsevişme sırasında eşiniz bızırınızı (kitoris) 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) ulaşırsınız mı?

## ÖZGEÇMİŞ(CV)

### Ödül ŞAHİN

Maltepe / İSTANBUL

Cep No: 05337706800

E-Posta: [odulsahin@gmail.com](mailto:odulsahin@gmail.com)

#### **Kişisel Bilgiler**

Uyruğu:	T.C.
Doğum Yeri:	Bursa
Doğum Tarihi:	1991
Medeni Durum:	Bekar
Cinsiyeti:	Kadın
Sürücü Belgesi:	B Sınıfı

#### **Kariyer Hedefi**

Eğitimime klinik psikoloji alanında doktora yapmak yakın hedeflerim arasındadır. Ve ileride işimin yanında psikoloji alanında uzmanlaşmaya; akademisyen olarak çalışmaya da bir yandan devam etmek istiyorum. Ayrıca çeşitli terapi eğitimlerini almak , Rorschach test eğitiminin yanında TAT ve CAT birkaç test eğitimini de yakın zamanda tamamlamayı hedeflemekteyim. Aynı zamanda her klinik psikolog gibi danışan portföyümü çoğaltmak , daha farklı danışan gruplarına danışman olmak isterim.

## **Eğitim**

- 2014-2016 yılında Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Yüksek Lisans
- 2009- 2014Yeditepe Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü
- 2009-2009 Özel Tan Koleji-Anadolu Lisesi(İngilizce Eğitimli Lise)
- 2008-2009Özel Şahinkaya Koleji-Lise(İngilizce Eğitimli Lise)
- 2005-2008 Özel Tan Koleji-Anadolu Lisesi(İngilizce Eğitimli Lise)
- 2002-2005 Kükürtlü Ticaret ve Sanayi Odası İköğretim Okulu(Ortaokul)
- 1999- 2002 Özel Emine Örnek Koleji(ilkokul)
- 1997 -1999 Özel İnal Ertekin Okulları (ilkokul)

## **İlgi Duyulan, Meslekle İlgili Konular**

Bir psikolog olarak insan davranışları,insanların düşünceleri her zaman ilgimi çekmiştir.Özellikle üniveristede aldığım seçmeli bölüm derslerinde insan kaynakları, çocuk,evlilik ve aile ;aile içi şiddet; cinsel terapi dersleri ;test teknikleri ilgilendiğim konular arasında.Kendimi de zaten bu konularda geliştirmeye çalıştım ve hala daha bu konular üzerine bir şeyler ekleme konusunda kendimi çabalıyorum.

Son iki yıldır,zihinsel ve bedensel engelli çocuklar ve insanlarla ve özel bir hastanede süpervizörüm eşiğinde danışan portföyümü genişletmekteyim.

## **Staj ve Denevim**

\*2018 Ocak ayından bugüne Özel Umut Avicenna Kartal Hastanesi psikolog olarak görev almaktayım.

\*2017 (kısa dönem)Sihirli Zeka Merkezinde psikolog olarak görev aldım.

\*2016 Haziran'dan beri Özel Andaç Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi'nin kurum psikoloğu olarak görev yapmaktayım.

\*Üsküdar Üniversitesi'nin klinik psikoloji yüksek lisans öğrencilerine imkan sağladığı bir platformda 2 yıldan beri okul öğrencilerine danışmanlık yapmaktayım.

- \*2016 Özel Ada Özel eğitim ve rehabilitasyon merkezinde psikolog olarak çalıştım. Aynı zamanda terapi ve haftalık özel klinik seanslara girdim
- . \*2015 Nazlıgöl Rehabilitasyon Merkezinde psikolog olarak çalıştım. Grup terapileri düzenledim.
- \*2014' den günümüze iki ayrı terapi merkezinde danışan görmekteyim.
- \*2013-2014 Anaokulunda psikolog olarak çocuklarla çalışıldı, İngilizce dersleri verildi.
- \*2013 yılında Bursa rehabilitasyon merkezinde psikolog olarak çalıştım, test uyguladım, aile görüşmeleri yaptım. İstanbul'a taşınma nedeniyle bitirmek zorunda kaldım.
- \*2014-Mart/Nisan ayında Ataşehir Darülaceze'de zorunlu staj olarak yaşlı gözlem ve test-anket oluşturdum.
- \*2013- İstanbul Maltepe Devlet Hastanesi Psikiyatrist ve Psikolog yanında çalıştım. Terapi gözlemi Aynı yıllarda İstanbul Süreyyapaşa Meslek Hastalıkları Hastanesi psikolog ve psikiyatrist yanında Test, uygulama, yorumlama. Özellikle çocuk-ergen testleri, alzyamır ve demans testleri ve psikoteknik muayene. Metropolitan, alexander pratik zeka, AGTE, artırılmış ipucu, BECK, bender gestalt, iz sürme, WISC-R gibi testler öğrenildi, uygulandı, yorumlandı.
- \*2012-Yıldızlar Havacılık şirketinde insan kaynakları uzmanı olarak çalışıldı.
- \*2012- İstanbul Maltepe Devlet Hastanesi Psikiyatrist ve Psikolog yanında staj. Terapi gözlemi.
- \*2011- Bursa Devlet Hastanesi Psikiyatrist ve Psikolog yanında staj. Test uygulama. AMATEM'de gözlem.
- \*2010-Bursa Devlet Hastanesi Psikiyatrist ve Psikolog yanında staj. Test uygulama. AMATEM'de gözlem.
- \*2009-Bursa Devlet Hastanesi Psikiyatrist ve Psikolog yanında staj. Test uygulama

### **Katıldığı Kurs ve Seminer ve Eğitimler**

\* 2017 MMPI

\*2017 WISC-R

\*2009 dan günümüze,Çocuk ergen yetişkin test eğitimleri alındı

\*2013-2014 Yeditepe Üniversitesi'nde psikodrama eğitimi.

\* 2009-2014 Her yıl okulumuzda düzenlenen Yeditepe Üniversitesi Kariyer Günleri/ Katılım sertifikaları alındı. Genel olarak kariyer planlama,cv oluşturma,mülakat teknikleri,iş geliştirme,personel alımı,işten çıkarma gibi insan kaynakları eğitimlerine katıldım .

\*Mart 2012- Optima Career's Cv hazırlama ve mülakat teknikleri eğitimi / Katılım sertifikası alındı.

\*Temmuz 2012- Yeditepe Üniversitesi Tercih danışmanlığı Yaptığım için/ Teşekkür belgesi alındı.

\*Kasım 2012- Üstün Dökmen Yaşamak mı, Yaşatmak mı? Semineri/ Katılım belgesi alındı.

\*Aralık 2012- Yeditepe Üniversitesi kariyer geliştirme merkezi problem çözme ve karar verme semineri/ katılım sertifikası alındı.

### **Katıldığı Organizasyonlar**

2005-2009 Lions Kulübü Erguvan Lions faaliyetlerine yardım organizasyonlarına ve gönüllü katıldım. Aynı topluluğa bağlı olarak lise yıllarımda Avrupa'yı ziyaret ettim.Ve orada bir şirkette insan kaynakları departmanında çalıştım aynı zamanda yabancı dilimi geliştirdim.

Ayrıca okulumuzdaki derslere bağlı ,sosyal sorumluluk projesi kapsamında Ataşehir Darülaceze'deki faaliyetlere gönüllü katıldım,deneyim edindim.

### **Karakter**

Dürüst, objektif, iletişim gücü yüksek, iyi niyetli, insancıl, sakin, ağırbaşlı, konuşkan, çalışmayı seven, takım çalışmasına müsait, yeni bilgilere ve farklı yorumlara her zaman açık,öğrenmeye açık, yeni durumlara çabuk uyum sağlayabilen, işini istenen zamanda en iyi şekilde yapabilen ve zamana karşı olan işlerde, zamanında işini en iyi şekilde teslim edebilen,olumlu yada olumsuz karakterime uyan ya da uymayan her türlü olaya,kişiye objektif ve empati duyarak yaklaşabilme.

### **Yabancı Dil Bilgisi**

İngilizce : Okuduğunu anlama yazma ve konuşmada iyi derecede

İtalyanca: Başlangıç seviyesinde üniversitede eğitim

Fransızca:Başlangıç seviyesinde üniversitede eğitim

Almanca: Lise eğitimi

### **Bilgisayar Bilgisi**

Microsoft Office ( Word, Excel,Power Point vs. ) programlarını ve SPSS programlarını hızlı ve iyi bir şekilde kullanabilmekteyim.Mesleki anlamda adıma işlettiğim sosyal medya hesabım ve bir web sitem var.

### **Hobileri**

Spor yapmaktan ( profesyonel tüplü dalış,yüzme,yoga), müzik dinlemekten, kitap okumaktan(roman,psikoloji ve kültür), film izlemekten, seyahat etmekten,,Dans derslerine katılmaktan , resim çizmekten(karakalem),yemek yapmaktan , medyayı takip etmeye çalışmaktan ve yurtdışı ile ilgili bilgiler edinmekten hoşlanırım.Üniversite hayatım boyunca bir daha deneyimlemem zor olabilecek,yabancı dil, ebru sanatı,takı tasarımı ataölyesi,seramik,cam altı resim atölyesi ve güzel konuşma dersleri gibi çeşitli alanlarda kendimi geliştirdim.

## ÖZGEÇMİŞ(CV)

**Ad Soyad** : Ahmet YOSMAOĞLU

**Ünvan** : Uzm. Dr.

**Uzmanlık** : Psikiyatri Uzmanı

1975 yılında İstanbul'da doğdu. 1993 yılında Nişantaşı Anadolu Lisesini, 2001 yılında Marmara Üniversitesi İngilizce Tıp Fakültesini bitirdi. 2009 yılında Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı'nda psikiyatri uzmanlık eğitimini tamamladı.

Eğitimi sırasında 2004 yılında 2 ay süre ile Kanada Montreal McGill University Social and Transcultural Psychiatry bölümünde sosyal ve kültürlerarası psikiyatri eğitimi aldı. 2009-2010 yılları arasında askerlik hizmetini KKTC Girne Asker Hastanesi'nde psikiyatri uzmanı olarak yaptı. 2010-2012 arasında Zonguldak Çaycuma Devlet Hastanesi'nde psikiyatri uzmanı olarak devlet hizmeti yükümlülüğünü tamamladı. Kendi arzusu ile kamu hizmetinden ayrıldı.Halen NPIstanbul Beyin Hastanesi'nde psikiyatri uzmanı olarak görev yapmaktadır. Psikiyatri alanında halen devam eden bilimsel çalışmaları mevcuttur. Cinsel Eğitim ve Tedavi Araştırma Derneği'nde Seks Terapisi eğitimini tamamlamış ve seks terapisi alanında sertifika almıştır. Bilişsel-Davranışçı psikoterapi alanında eğitimini halen sürdürmektedir. İyi düzeyde İngilizce, orta düzeyde Fransızca bilmektedir. Evli ve 1 çocuk babasıdır.



