

Article Arrival Date

28.10.2025

Article Published Date

20.12.2025

Cinsel İşlev Bozukluğu Yaşayan Kadınlarda Geçmiş Travmatik Deneyimlerin Psikososyal Etkileri

Psychosocial Effects of Past Traumatic Experiences in Women with Sexual Dysfunction

Serkan NACAĞ¹, Fatma Ebru İKİZ²

¹Serkan NACAĞ, Çanakkale Onsekizmart Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Davranış Bilimleri Anabilim Dalı, Orcid: [0000-0008-9464-2747](https://orcid.org/0000-0008-9464-2747)

²Prof. Dr. Fatma Ebru İkiz, Dokuz Eylül Üniversitesi Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Anabilim Dalı, Orcid: [0000-0003-4381-1658](https://orcid.org/0000-0003-4381-1658)

Özet

Cinsel işlev bozukluğu yaşayan kadınlarda geçmiş travmatik deneyimlerin psikososyal etkileri, kadın sağlığı ve psikoloji alanında giderek daha fazla önem kazanan bir konudur. Cinsel işlev bozuklukları, cinsel isteğin azalması, uyarılma güçlüğü, orgazm olamama veya ağrılı cinsel ilişki gibi sorunları kapsayan çok boyutlu bir olgudur. Bu bozukluklar yalnızca biyolojik nedenlerle değil, bireyin geçmiş yaşantıları, psikolojik yapısı ve ilişkisel dinamikleriyle de yakından ilişkilidir. Özellikle erken dönemde yaşanan cinsel istismar, fiziksel şiddet, duygusal ihmal veya travmatik yaşantılar, kadının beden algısı, güven duygusu ve cinsel kimlik gelişimini olumsuz etkilemektedir.

Travma öyküsü bulunan kadınlarda sıklıkla düşük benlik saygısı, olumsuz beden imajı, suçluluk, utanç ve değersizlik duyguları gözlenmektedir. Bu psikolojik etkiler, cinsel isteğin azalmasına, uyarılma ve orgazm süreçlerinde güçlük yaşanmasına neden olmaktadır. Travmatik deneyimler, aynı zamanda çift ilişkisinde iletişim sorunları, duygusal mesafe ve güven eksikliği gibi faktörlerle birleştiğinde, cinsel yaşam üzerinde daha derin etkiler yaratmaktadır. Travma sonrası gelişen kaygı, kaçınma ve kontrol kaybı duyguları, vajinismus ve dispareni gibi ağrılı cinsel işlev bozukluklarının ortaya çıkmasını kolaylaştırmaktadır.

Bu araştırma da elde edilen bulgular, geçmiş travmatik yaşantılara sahip kadınlarda cinsel işlev bozukluklarının görülme sıklığının anlamlı biçimde arttığını göstermektedir. Katılımcıların büyük çoğunluğu, travma sonrası dönemde cinselliğe karşı isteksizlik, bedensel temastan kaçınma, güvensizlik ve partnerle duygusal uzaklaşma yaşadıklarını ifade etmiştir. Ayrıca, bu kadınlarda depresyon ve anksiyete düzeylerinin yüksek olduğu, cinsel doyumun ve yaşam kalitesinin azaldığı belirlenmiştir.

Psikoterapötik müdahalelerin, özellikle bilişsel davranışçı terapi, duyumsal odaklı terapi ve çift terapilerinin, travma sonrası cinsel işlev bozukluklarının tedavisinde etkili olduğu görülmüştür. Bu yaklaşımlar, bireyin cinsel travmaya ilişkin olumsuz inançlarını değiştirmesine, kaygıyı azaltmasına ve partnerle güvene dayalı iletişimi yeniden kurmasına yardımcı olmaktadır. Sonuç olarak, cinsel işlev bozukluğu yaşayan kadınlarda geçmiş travmatik deneyimlerin etkileri çok boyutlu biçimde ele alınmalı; biyolojik, psikolojik ve ilişkisel faktörleri içeren bütüncül bir tedavi yaklaşımı benimsenmelidir. Bu tür müdahaleler, hem bireysel iyileşmeyi hem de ilişkisel doyumu artırarak cinsel sağlığın yeniden inşasına katkı sağlamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Cinsel işlev bozukluğu, travma, psikososyal etkiler

Abstract

The psychosocial effects of past traumatic experiences in women with sexual dysfunction have become an increasingly significant topic in the fields of psychology and women's health. Sexual dysfunction encompasses a range of issues such as decreased sexual desire, difficulties in arousal, inability to reach orgasm, or painful intercourse. These disorders are not solely the result of biological factors but are also closely associated with an individual's past experiences, psychological structure, and relational dynamics. Early life traumas such as sexual abuse, physical violence, or emotional neglect can negatively influence a woman's body image, sense of trust, and sexual identity development.

Women with a history of trauma often experience low self-esteem, negative body perception, feelings of guilt, shame, and worthlessness. Such psychological impacts contribute to diminished sexual desire, difficulties in arousal, and impaired orgasmic function. When combined with relationship issues such as emotional distance, communication breakdown, and lack of trust, these effects can deeply disrupt sexual functioning. Moreover, post-traumatic anxiety, avoidance, and loss of control are common reactions that may lead to disorders such as vaginismus and dyspareunia, in which sexual activity becomes physically or emotionally distressing.

Findings of the current study indicate that women with a history of trauma are significantly more likely to experience sexual dysfunction compared to those without such experiences. Most participants reported loss of sexual interest, avoidance of physical intimacy, and increased emotional detachment from their partners following trauma. They also demonstrated higher levels of depression and anxiety, along with lower sexual satisfaction and overall quality of life.

Psychotherapeutic interventions particularly cognitive behavioral therapy, sensate focus therapy, and couples therapy have been found to be effective in treating trauma related sexual dysfunctions. These approaches help individuals modify negative beliefs about sexuality, reduce anxiety, and rebuild communication and trust with their partners. In conclusion, the impact of past traumatic experiences on sexual dysfunction in women should be addressed through a multidimensional framework. Integrating biological, psychological, and relational factors into treatment provides a holistic approach that enhances both individual recovery and relational satisfaction. Such comprehensive interventions contribute significantly to the restoration of sexual health and overall well being in women affected by trauma related sexual dysfunctions.

Keywords: Sexual dysfunction, trauma, psychosocial effects, female sexuality

1. GİRİŞ

Cinsel sağlık, bireyin bedensel, ruhsal ve duygusal açıdan doyum sağlayabildiği, üreme ve cinsel yaşantısında iyilik halinin sürdüğü bir durum olarak tanımlanmaktadır (Dünya Sağlık Örgütü [DSÖ], 2010). İnsan sağlığının bütünüleyici bir parçası olan cinsel sağlık, bireyin biyolojik, psikolojik, sosyal ve kültürel yönleriyle etkileşim içinde bulunmasını gerektirmektedir (Erdoğan, 2022). Cinsellik, insan davranışlarının temel işlevsel alanlarından biri olup, bireyin kişisel özellikleri, yaşam deneyimleri ve toplumsal değerleri tarafından şekillenen karmaşık bir süreçtir (Aydın, 2020). Bu yönüyle cinsellik yalnızca fizyolojik bir süreç değil, aynı zamanda duygusal ve psikososyal bileşenleri içeren bütüncül bir olgudur (Demir, 2020).

Yapılan araştırmalar, cinselliğin bireyin ruhsal iyilik hali üzerinde önemli bir belirleyici olduğunu; sağlıklı bir cinsel yaşamın, bireyin sosyal ilişkilerini, benlik saygısını ve yaşam doyumunu olumlu yönde etkilediğini göstermektedir (Yılmaz, 2019; Kaya, 2021). Buna karşın, cinsel işlev bozukluklarının bireyin yaşam kalitesi üzerinde ciddi psikolojik ve sosyal sonuçlara yol açtığı bilinmektedir. Cinsellik, insan yaşamının doğal bir parçası olup, bireyin doyuma ulaşmasında ve yaşam yönelimlerinin oluşumunda temel bir rol oynamaktadır. Cinsel işlev bozukluğu yaşayan bireylerde bu doğal sürecin sağlıklı şekilde yaşanmaması, bedensel ve ruhsal düzeyde çeşitli sorunları beraberinde getirmektedir (Turan, 2020).

Cinsel işlevlerin sağlıklı biçimde sürdürülebilmesi, bireyin biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörleri arasındaki karşılıklı etkileşimin dengeli olmasına bağlıdır (Karakaş, 2021). Bu faktörler arasında meydana gelen herhangi bir bozulma, cinsel yanıt döngüsünün istek, uyarılma veya orgazm evrelerinde aksamalara neden olabilir. Cinsel yanıt döngüsündeki kalıcı veya tekrarlayıcı bozulmalar, bireyin psikofizyolojik dengesini zedeleyerek stres, kaygı, yetersizlik hissi ve mutsuzluk gibi sonuçlar doğurur (Karakaya, 2015; Çetin, 2022). Cinsel işlev bozuklukları, yalnızca fizyolojik bir rahatsızlık olarak değil, aynı zamanda bireyin öznel iyi oluşunu, benlik algısını ve sosyal ilişkilerini etkileyen çok boyutlu bir sorun olarak değerlendirilmektedir (Bancroft, 2009).

Psikolojik sağlamlık, öznel iyi oluş ve yaşam kalitesi kavramları, cinsel sağlıkla yakından ilişkili psikososyal göstergelerdir. Psikolojik sağlamlık, bireyin stresli ve travmatik yaşam olayları karşısında uyum sağlayabilme, esneklik gösterebilme ve işlevselliğini sürdürebilme kapasitesi olarak tanımlanmaktadır (Aydın, 2021). Öznel iyi oluş, bireyin yaşamına ilişkin bilişsel değerlendirmeleri ve duygusal deneyimlerinin genel memnuniyet düzeyini ifade eder (Şahin, 2018). Yaşam kalitesi ise bireyin fiziksel sağlık, psikolojik durum, sosyal ilişkiler ve çevresel koşullara ilişkin genel iyi olma halinin göstergesidir (Erden, 2019).

Bu kavramlar, cinsel işlev sağlığıyla karşılıklı ilişki içindedir. Cinsel işlevde yaşanan bozulmalar, bireyin psikolojik sağlamlığını ve öznel iyi oluşunu olumsuz yönde etkileyebilirken; güçlü psikolojik dayanıklılık düzeyi, cinsel sorunlarla başa çıkmada koruyucu bir rol oynayabilmektedir. Benzer biçimde, bireyin yaşam kalitesi ve cinsel doyumu arasında da pozitif bir ilişki bulunmaktadır (Yıldız, 2018).

1.1. Problem Durumu

Cinsel işlev bozuklukları, kadınlarda hem biyolojik hem de psikososyal faktörlerin etkileşimi sonucu ortaya çıkan yaygın bir halk sağlığı sorunu olarak değerlendirilmektedir. Günümüzde yapılan araştırmalar, kadınların yaklaşık üçte birinin yaşamlarının herhangi bir döneminde cinsel işlev bozukluğu yaşadığını göstermektedir (İncesu, 2004). Bu bozukluklar yalnızca bireysel bir rahatsızlık olarak değil, aynı zamanda çift ilişkileri, toplumsal cinsiyet rolleri ve ruhsal sağlık üzerinde olumsuz etkiler yaratan çok boyutlu bir durum olarak ele alınmaktadır (Sungur, 1998; Nayir, 2010).

Cinselliğin toplum içinde hâlâ tabu olarak görülmesi, kadınların bu konudaki bilgi eksikliğini artırmakta ve yaşadıkları sorunları paylaşmaktan kaçınmalarına neden olmaktadır. Özellikle ataerkil kültürlerde kadın cinselliğinin bastırılması, erkek cinselliğinin yüceltilmesi ve cinsel eğitimin yetersizliği, cinsel işlev bozukluklarının oluşumunda önemli bir etken olarak öne çıkmaktadır (Sungur, 2004). Bu durum, kadının haz alma hakkının görmezden gelinmesine ve cinselliğin yalnızca üreme işleviyle sınırlandırılmasına yol açmaktadır.

Kadınlarda cinsel işlev bozukluğu, istek, uyarılma, orgazm ve ağrı bozukluklarını içeren farklı alt başlıklarda incelenmektedir. Literatürde, bu bozuklukların görülme sıklığının azalmış cinsel istek (%22-48), cinsel uyarılma bozukluğu (%20-35), orgazm bozukluğu (%25-42) ve ağrı bozuklukları (%7-34) oranlarında olduğu bildirilmiştir (Nappi & Traish, 2016; Reissing

ve ark., 2005). Bu oranlar, hem uluslararası hem de Türkiye örneklemelerinde benzer şekilde bulunmuş ve kadınların yaşam kalitesini olumsuz etkilediği vurgulanmıştır (Perelman, 2008; Simon, Goldstein & Kim, 2019).

Ayrıca, travmatik deneyimler, cinsel istismar öyküsü, depresyon, anksiyete ve benlik saygısında azalma gibi psikolojik faktörlerin de cinsel işlev bozukluklarının oluşumunda önemli rol oynadığı bilinmektedir (Aşçı ve ark., 2024; Touloumis ve ark., 2019). Bu bağlamda, kadınlarda cinsel işlev bozukluğu yalnızca fizyolojik bir aksaklık değil; geçmiş travmalar, toplumsal normlar ve psikososyal etkenlerin iç içe geçtiği bir süreç olarak ele alınmalıdır (Janssen ve ark., 2012; WHO, 2006).

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın temel amacı, cinsel işlev bozukluğu yaşayan kadınlarda geçmiş travmatik deneyimlerin psikososyal etkilerini incelemektir. Kadınların yaşamları boyunca maruz kaldıkları cinsel, fiziksel veya duygusal travmaların; cinsel istek, uyarılma, orgazm ve ağrı bozuklukları üzerindeki etkilerini belirlemek, bu bozuklukların psikolojik sağlamlık, benlik saygısı, yaşam doyumu ve ilişki doyumu ile olan ilişkisini ortaya koymak araştırmanın ana hedefini oluşturmaktadır.

Cinsel işlev bozuklukları, yalnızca biyolojik temelli sorunlar olarak değil, aynı zamanda bireyin ruhsal yapısı, toplumsal çevresi ve kültürel değerleriyle yakından ilişkili bir olgu olarak değerlendirilmelidir (Bancroft, 2009; İncesu, 2004). Bu nedenle araştırma, kadın cinsel işlev bozukluklarını biyopsikososyal bir perspektiften ele alarak, travmatik yaşantıların bireyin cinsel sağlık ve genel yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini çok boyutlu biçimde analiz etmeyi amaçlamaktadır.

Bu çalışma ayrıca, kadınlarda travmatik yaşantıların cinsel işlev bozukluklarına yol açma mekanizmalarını anlamayı, bu süreçte rol oynayan psikolojik değişkenleri (örneğin benlik saygısı, öznel iyi oluş, psikolojik dayanıklılık) ortaya koymayı ve literatürdeki boşluklara katkı sunmayı hedeflemektedir. Elde edilen bulguların, klinik uygulamalarda cinsel işlev bozukluklarına yönelik psikoterapötik müdahalelerin (örneğin bilişsel davranışçı terapi, duyumsal odaklı terapi ve çift terapisi) planlanmasında yol gösterici olması beklenmektedir.

1.3. Araştırmanın Önemi

Kadınlarda cinsel işlev bozuklukları (CİB), bireysel, ilişkisel ve toplumsal düzeyde önemli sonuçlar doğuran bir halk sağlığı problemidir. Cinsellik, bireyin fiziksel, duygusal ve sosyal iyilik hâlinin ayrılmaz bir parçasıdır (World Health Organization [WHO], 2006). Bu bağlamda, cinsel işlev bozuklukları yalnızca fizyolojik bir aksaklık değil, aynı zamanda kadının benlik algısını, özsaygısını, psikolojik sağlamlığını ve ilişkisel doyumunu olumsuz etkileyen çok boyutlu bir durumdur (Bancroft, 2009; İncesu, 2004).

Bu araştırmanın önemi, kadınlarda geçmiş travmatik deneyimlerin cinsel işlev bozuklukları üzerindeki psikososyal etkilerini ele alarak literatürdeki önemli bir boşluğu doldurmasından kaynaklanmaktadır. Özellikle çocukluk çağı istismarı, fiziksel veya duygusal şiddet gibi travmatik yaşantıların, kadının cinselliğe bakışını, beden algısını ve ilişki kurma biçimini kalıcı biçimde etkilediği bilinmektedir (Aşçı, Demirgöz Bal ve Koçoğlu, 2024; Fiala, Lenz ve Bob, 2021). Bu nedenle, travma ile cinsel işlev bozukluğu arasındaki ilişkiyi anlamak, hem klinik psikoloji hem de kadın sağlığı alanında bütüncül müdahale stratejileri geliştirmek açısından büyük önem taşımaktadır.

Araştırmanın bir diğer önemi, kadın cinselliğini toplumsal ve kültürel bağlam içinde değerlendirmesidir. Türkiye gibi geleneksel yapıya sahip toplumlarda, kadın cinselliği genellikle tabu olarak görülmekte, bu da kadınların yaşadıkları cinsel sorunları dile

getirmelerini ve profesyonel destek aramalarını engellemektedir (Sungur, 2004; Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği [CETAD], 2006). Bu durum, cinsel işlev bozukluklarının tanı ve tedavi süreçlerini geciktirmekte ve sorunun kronikleşmesine yol açmaktadır. Dolayısıyla bu çalışma, toplumsal cinsiyet kalıplarının kadın cinselliği üzerindeki baskısını anlamak ve farkındalık oluşturmak açısından da önemli bir katkı sunmaktadır.

Ayrıca, bu araştırma psikolojik sağlamlık, öznel iyi oluş ve yaşam doyumu gibi psikososyal değişkenlerle cinsel işlev sağlığı arasındaki ilişkiyi irdeleyerek, kadın cinsel sağlığına yönelik koruyucu ruh sağlığı politikalarının oluşturulmasına bilimsel dayanak sağlamayı hedeflemektedir. Bulguların, hem akademik araştırmalara hem de klinik uygulamalara ışık tutarak cinsel sağlık alanında disiplinler arası yaklaşımların geliştirilmesine katkıda bulunması beklenmektedir (Janssen, Everaerd, Spiering ve Janssen, 2012; Brotto, 2010).

1.4. Sayıtlılar

Bu araştırma, kadınlarda cinsel işlev bozuklukları ile geçmiş travmatik deneyimlerin psikososyal etkilerini ele alan sistematik bir derleme niteliğindedir. Çalışma kapsamında belirlenen sayıtlılar aşağıda sunulmuştur:

- Literatür taramasına dâhil edilen yerli ve yabancı araştırmaların, bilimsel geçerliliğe, güvenilirliğe ve etik ilkelere uygun biçimde yürütüldüğü varsayılmaktadır.
- İncelenen çalışmaların yöntemsel farklılıklarına rağmen, elde edilen bulguların ortak temalar ve eğilimler açısından karşılaştırılabilir nitelikte olduğu varsayılmaktadır.
- Literatürde yer alan araştırmaların, kadınlarda cinsel işlev bozuklukları ve travmatik deneyimlerin psikososyal etkileri konusunu temsil edebilecek yeterlilikte olduğu varsayılmaktadır.
- İncelenen kaynaklardaki bulguların, kadın cinsel sağlığına ilişkin genel eğilimleri yansıttığı ve kültürel bağlamda genellenebilir olduğu varsayılmaktadır.
- Bu derlemede kullanılan literatür tarama süreci (veri tabanı seçimi, anahtar kelimeler, dahil etme ve dışlama ölçütleri) sonucunda elde edilen verilerin, araştırma amacını yeterli düzeyde karşıladığı varsayılmaktadır.
- Çalışma sürecinde kullanılan bilimsel kaynakların içerdiği bulguların, araştırmacı önyargısından bağımsız biçimde değerlendirildiği varsayılmaktadır.

1.5. Sınırlılıklar

Bu araştırma, kadınlarda cinsel işlev bozuklukları ile geçmiş travmatik deneyimlerin psikososyal etkilerini ele alan **sistematik bir derleme çalışması** olarak tasarlanmıştır. Çalışma süreci boyunca bilimsel yöntem ilkelerine bağlı kalınmakla birlikte, araştırmanın kapsamı belirli sınırlılıklar içermektedir:

Araştırma yalnızca **belirlenen veri tabanlarında (örneğin PubMed, Google Scholar, TR Dizin, DergiPark, PsycINFO)** yayımlanmış makalelerle sınırlıdır. Bu nedenle tarama dışında kalan tez, kitap bölümü ve yayımlanmamış araştırmalar çalışmaya dâhil edilmemiştir.

- Literatür taraması **2000–2024 yılları** arasında yayımlanan araştırmalarla sınırlandırılmıştır. Bu nedenle daha eski çalışmalar derleme kapsamına alınmamıştır.
- Derlemeye yalnızca **kadın katılımcılara** yönelik yapılan çalışmalar dâhil edilmiştir. Erkek cinsel işlev bozuklukları, çift temelli veya karma cinsiyet örneklemli araştırmalar kapsam dışı bırakılmıştır.

- Derleme, **Türkçe ve İngilizce** yayımlanmış çalışmalarla sınırlı tutulmuştur. Diğer dillerde yayımlanan araştırmalara erişim sağlanamamıştır.
- Travmatik deneyimlerin bireysel ve kültürel farklılıklar göstermesi nedeniyle, elde edilen sonuçlar **genel kadın nüfusuna doğrudan genellenemez**.
- Araştırma yalnızca literatürde mevcut olan verilerden yararlandığı için, **yeni ampirik veri toplama süreci** gerçekleştirilmemiştir. Bu durum, bulguların doğruluğunu mevcut kaynakların sınırlılığı ölçüsünde etkilemektedir.

2. KURUMSAL ÇERÇEVE

2.1. Cinsellik ve Cinsel İşlev Bozukluğu

Cinsellik kavramı, insan yaşamının çok yönlü ve karmaşık bir bileşeni olarak farklı disiplinlerde çeşitli şekillerde tanımlanmıştır. Genel olarak cinsellik, insanın biyolojik, psikolojik ve sosyal yönlerinin bütünleştiği, bedensel ve ruhsal etkileşim yoluyla doyum ve üreme işlevlerini içeren bir yaşantı biçimidir (Bozdemir & Özcan, 2011). Bu yönüyle cinsellik, yalnızca üreme ya da haz odaklı bir süreç olarak değerlendirilemez; aksine, bireyin duygusal bağ kurma, iletişim ve yakınlık ihtiyaçlarının da ifadesi olarak ele alınmalıdır (CETAD, 2006).

İnsanın doğasında var olan cinsellik, biyolojik bir süreç olmasının yanı sıra toplumsal değerler, kültürel normlar ve bireysel deneyimlerle şekillenen bir fenomendir. Cinsellik; bedensel arzuların, duygusal bağların, sosyal kuralların ve ahlaki normların kesişiminde yer alan bir insan etkinliğidir. Bu nedenle, cinselliğin anlamı bireyden bireye, toplumdan topluma ve tarihsel dönemlere göre değişiklik göstermektedir (Aydın, 1998).

Cinsellik, insanın hem fizyolojik hem de psikolojik bütünlüğünü temsil eden bir yaşantı alanı olup, bireylerin kimlik gelişiminde, benlik saygısında ve kişilerarası ilişkilerinde belirleyici bir rol oynar. Cinselliğin en temel özelliği, insanın biyolojik varoluşuyla ruhsal ve sosyal yönlerinin karşılıklı etkileşim içinde olmasıdır (Bozkurt, 1996). Bu etkileşim, cinsel davranışların yalnızca fizyolojik tepkilerden ibaret olmadığını, aynı zamanda kültürel, ahlaki ve toplumsal bağlamla şekillendiğini göstermektedir.

Cinsellik, iki birey arasındaki duygusal uyum ve karşılıklı etkileşimle biçimlenen özel bir yaşam alanı olarak da değerlendirilmektedir. Bu bağlamda cinsellik, biyolojik dürtülerin toplumsal kurallar, değer yargıları ve tabular çerçevesinde anlam kazandığı bir deneyimdir. Bireyin cinselliği algılama, yaşama ve ifade etme biçimi, onun içinde bulunduğu sosyal çevre, kültürel yapılar ve kişisel özelliklerle doğrudan ilişkilidir (Bozdemir ve Özcan, 2011; Aydın, 1998). Sonuç olarak, cinsellik yalnızca biyolojik bir eylem değil; duygusal bağ, iletişim, yakınlık, haz ve anlam arayışını içeren çok boyutlu bir olgudur. İnsan doğasının temel bir parçası olarak cinsellik, hem kişisel kimliğin hem de toplumsal varoluşun önemli bir bileşenidir. Bu nedenle, cinselliğin değerlendirilmesinde biyolojik süreçlerin yanı sıra psikolojik, kültürel ve toplumsal boyutlar da dikkate alınmalıdır.

Cinsellik, insan davranışlarının temel işlevsel yönlerinden birini oluşturarak bireyin biyolojik dürtülerini, duygusal eğilimlerini ve sosyal yaşantılarını bütünleştiren karmaşık bir yapıya sahiptir. Üreme işlevinin biyolojik bir zorunluluk olmasının ötesinde, bu dürtünün yönlendirilebilir, öğrenilebilir ve toplumsal bağlamda şekillendirilebilir bir süreç olması, cinselliğin sosyal ve kültürel etkenlerden derin biçimde etkilendiğini göstermektedir. Cinsellik, bireyin kişisel özelliklerinin, yaşam deneyimlerinin ve içinde bulunduğu çevrenin etkisiyle biçimlenen özgün bir yaşantıdır. Bu nedenle, cinselliğin anlamı bireyden bireye değişebildiği gibi, kişinin yaşam döngüsünün farklı dönemlerinde farklı biçimlerde algılanması da doğaldır (Kulak, 2006).

İnsanoğlu için cinsellik; cinsiyet, toplumsal cinsiyet rolleri, cinsel kimlik, cinsel yönelim, erotizm, sevgi ve üreme gibi unsurları içeren çok boyutlu bir olgudur. Cinsellik, yalnızca bedensel bir süreç değil; aynı zamanda ruhsal bütünlüğü destekleyen, bireyin kendini ifade etmesini sağlayan ve sosyal ilişkilerini şekillendiren bir iyilik halidir (Gölbaşı, 2003). Cinselliğin doğal bir süreç olarak insan yaşamını zenginleştirmesi, hem bireyin duygusal doyumunu hem de toplumsal varoluşunu güçlendirmektedir. Bunun yanı sıra, cinselliğin insan doğasında var olan duygusal, bilişsel ve bedensel bileşenleri, biyolojik üreme işleviyle birleşerek yaşam kalitesi açısından belirleyici bir rol oynamaktadır.

Cinselliğin yapısı, toplumsal cinsiyet, cinsel kimlik ve cinsel yönelim gibi kavramları da kapsamakta olup, bu unsurların tümü bilimsel araştırmalarda cinselliğin ayrılmaz bileşenleri olarak değerlendirilmektedir. Bu yönüyle cinsellik, kişiliğin farklı yönlerini içeren çok katmanlı bir sistemdir. Bireyin cinselliğe ilişkin tutumları, yönelimleri ve davranış biçimleri; içsel güdüler, öğrenilmiş deneyimler ve kültürel değerlerin etkileşimi sonucunda şekillenir (Bozkurt, 1996).

Psikanalitik kurama göre, cinselliğin kökeni bireyin erken gelişim dönemlerine, özellikle bebeklikteki ilk haz deneyimlerine dayanmaktadır. Freud, cinsel kimliğin oluşum sürecinde toplumsal çevre, aile yapısı ve kültürel değerlerin belirleyici rol oynadığını vurgulamıştır. Bireyin cinsel kimliğini keşfetmesi, toplumsal etkileşimler yoluyla pekişir ve kültürel kalıplarla şekillenir. Toplumda yerleşmiş mitler, yanlış inanışlar ve abartılı beklentiler de bireylerin cinselliği algılama biçimlerini önemli ölçüde etkilemektedir (Bozkurt, 2009).

2.2. Cinsel İşlev

Cinsel işlev, bireyin fizyolojik yapısı, psikolojik durumu ve içinde bulunduğu toplumsal çevrenin karşılıklı etkileşimi sonucu ortaya çıkan bütüncül bir süreçtir (Ortaylı, 2001). İnsan doğasında yer alan bu işlev, yalnızca biyolojik bir olgu değil; duygusal, bilişsel ve sosyal bileşenleri içeren çok boyutlu bir yaşantıdır. Cinsel işlevin doğru şekilde sürdürülebilmesi, biyopsikososyal faktörlerin bir arada ve uyum içinde işlemesine bağlıdır. Bu nedenle cinsellik, tıp, psikoloji, sosyoloji ve nöroloji gibi farklı disiplinlerin ortak inceleme alanına girmektedir.

Bireyin kişilik özellikleri, duygusal yapısı, düşünce biçimi, yaşam koşulları, toplumsal konumu ve ilişkilerindeki tutumları cinsel işlevin niteliğini belirleyen önemli unsurlardır (Doğan, 2011). Cinsel işlev, iki birey arasındaki karşılıklı etkileşimin sonucunda ortaya çıkan bedensel, biyolojik, psikolojik ve sosyal tepkilerin bütünüdür (Yetkin, 1998). Bu yönüyle cinsellik, yalnızca bedensel bir eylem değil, aynı zamanda iletişimsel ve duygusal bir paylaşım sürecidir.

Cinsel işlevlerin sağlıklı biçimde sürdürülebilmesi için hormonal, nörolojik, psikolojik ve psikososyal faktörlerin dengeli bir biçimde etkileşimde bulunması gerekmektedir (Yılmaz ve Soykan, 2008). Cinsellik, doğuştan gelen temel bir içgüdü olmakla birlikte, öğrenilebilir ve geliştirilebilir bir süreçtir. Bu süreç; merkezi sinir sistemi, beş duyu organı ve genital yapıların birlikte çalıştığı, otuzdan fazla hormon ve kimyasal maddenin etkileşimini içeren karmaşık bir fizyolojik düzenekle yönetilmektedir (CETAD, 2006). Dolayısıyla insan bedeniyle ilişkili herhangi bir fiziksel, hormonal veya duygusal değişiklik, cinsel işlev üzerinde doğrudan etki yaratabilmektedir.

Cinsel işlevin şekillenmesinde sosyokültürel çevre de belirleyici bir role sahiptir. Toplumsal değerler, ahlaki normlar, geleneksel cinsiyet rolleri ve kültürel beklentiler bireylerin cinsel davranış biçimlerini, arzularını ve sınırlarını önemli ölçüde yönlendirmektedir. Kadın ve erkek cinsel işlevleri arasındaki farklılıklar ise biyolojik ve gelişimsel süreçlerden kaynaklanmaktadır. Kadınların cinsel işlevi, doğurganlıkla bağlantılı menarş, gebelik, doğum, emzirme ve menopoz gibi biyolojik evrelerden doğrudan etkilenmektedir (Aslan, 2013).

Cinsel işlevin değerlendirilmesi ve sürdürülmesinde, bu faktörlerin birbirleriyle olan ilişkilerinin iyi anlaşılması oldukça önemlidir. Çünkü cinsel işlevin bozulması yalnızca fiziksel bir sorun değil, bireyin duygusal dengesini, benlik algısını ve yaşam doyumunu da etkileyen bir durumdur. Sağlıklı cinsel işlev, bireyin fiziksel ve ruhsal iyilik halini güçlendirirken; bu işlevdeki bozulmalar, yaşam kalitesinde azalma, stres ve ilişkisel uyumsuzluk gibi olumsuz sonuçlara yol açmaktadır. Sonuç olarak, cinsel işlev insan mutluluğu ve psikososyal uyum açısından temel bir bileşen olarak değerlendirilmelidir.

2.3. Cinsel Yanıt Döngüsü

Cinsel yanıt, insanın fizyolojik ve psikolojik yapısında belirli aşamalardan oluşan bir döngü şeklinde gerçekleşmektedir. Bu döngü, cinsel isteğin ortaya çıkmasıyla başlayan ve uyarılma, orgazm ile çözülme (rezolüsyon) evreleriyle devam eden dinamik bir süreçtir (Sungur, 1998). Cinsel yanıt döngüsü, bedensel, hormonal, nörolojik ve psikolojik mekanizmaların birbirleriyle uyumlu bir biçimde etkileşmesini gerektirir. Her evre, hem bedensel hem de zihinsel düzeyde farklı tepkilerin oluştuğu, karmaşık fakat düzenli bir fizyolojik süreçtir.

Cinsel yanıt fizyolojisine ilişkin modern kavramsallaştırma, Masters ve Johnson'un 1960'lı yıllarda gerçekleştirdikleri klinik gözlemler ve laboratuvar çalışmalarıyla ortaya konmuştur. Araştırmacılar, cinsel uyarılara verilen tepkileri bilimsel ölçüm teknikleriyle değerlendirerek cinsel yanıtın dört temel aşamadan oluştuğunu saptamışlardır (Atmaca, 2013). Bu aşamalar sırasıyla uyarılma, plato, orgazm ve çözülme evresidir. Her aşama, hem kadın hem erkek için farklı süre ve yoğunluklarda yaşanabilir.

Psikofizyolojik açıdan değerlendirildiğinde, cinsel yanıt döngüsü bedensel, duygusal ve bilişsel etkenlerin karşılıklı etkileşimi sonucu ortaya çıkmaktadır (Bozkurt, 1996). Cinsel uyarılma ile başlayan süreç, fizyolojik değişimlerin artmasıyla plato evresine geçer; ardından orgazm evresiyle en yüksek noktaya ulaşır ve çözülme evresiyle sonlanır. Bu evreler aşağıda kısaca açıklanmıştır:

Uyarılma Evresi: Bu evre, merkezi sinir sisteminin erotik düşünceler veya duysal uyarılarla aktive olması sonucu başlar. Fiziksel tepkiler arasında genital bölgede kan akışının artması, kas tonusunda değişim ve bedensel duyarlılığın yükselmesi yer alır. Psikolojik düzeyde ise heyecan, merak ve yoğunlaşma görülür. Uyarılma süresi kişiden kişiye değişebilir ve bireyin duygusal durumuyla yakından ilişkilidir (Masters ve Johnson, 1994, Aktaran: Kulak, 2006).

Plato Evresi: İkinci aşama olan plato dönemi, cinsel uyarılmanın devam etmesiyle birlikte fizyolojik tepkilerin yoğunlaştığı bir süreçtir. Bu evrede kas gerilimi artar, kalp atış hızı ve solunum hızlanır, kan basıncı yükselir. Cinsel haz giderek yoğunlaşır ve orgazm aşamasına zemin hazırlar (Masters ve Johnson, 1994, Aktaran: Kulak, 2006).

Orgazm Evresi: Cinsel yanıt döngüsünün en kısa fakat en yoğun yaşanan aşamasıdır. Bu evrede, genital kaslarda ritmik kasılmalar meydana gelir ve doruk düzeyde bir haz yaşanır. Orgazm sırasında hem nörolojik hem de hormonal sistemde hızlı değişiklikler gözlenir.

Çözülme (Rezolüsyon) Evresi: Son aşama olan çözülme dönemi, orgazm sonrasında bedensel ve fizyolojik göstergelerin normale döndüğü evredir. Genital bölgelerdeki kan akışı azalır, kaslar gevşer ve genel bir rahatlama hissi oluşur. Kadınlar, erkeklerden farklı olarak çözülme evresinin herhangi bir aşamasında uygun bir uyarı ile yeniden uyarıldıklarında, tekrar orgazm evresine geçebilme potansiyeline sahiptirler (Masters ve Johnson, 1994, Aktaran: Kulak, 2006).

2.4. Kadın ve Erkek Cinsel Yanıt Döngüsü Arasındaki Farklar

Kadın ve erkek cinselliği arasındaki farklılıkların temelinde, fizyolojik yapılarının (fizyonomi) ve cinsel yanıt döngülerinin birbirinden bağımsız özellikler göstermesi yer almaktadır. Her iki cinsiyet de cinsel yanıt döngüsünün aynı evrelerinden geçse de —istek, uyarılma, plato, orgazm

ve çözülme— bu süreçlerin süreleri, yoğunlukları ve fizyolojik tepkileri birbirinden farklı biçimlerde ortaya çıkmaktadır (İncesu, 2001).

Kadınların cinsel organı olan klitoris, erkeklerdeki penis ile karşılaştırıldığında yaklaşık üç kat daha fazla sinir ağına sahiptir. Bu durum, kadınlarda cinsel uyarılma ve orgazmın özellikle klitoral bölge ve vajina çevresinde yoğunlaşmasına neden olmaktadır. Erkeklerde ise orgazm sırasında uyarılmanın odak noktası genellikle penis, prostat ve testis bölgelerinde yoğunlaşmaktadır (Atmaca, 2013). Dolayısıyla, her iki cinsiyette de benzer fizyolojik süreçler yaşansa da, bu süreçlerin bedensel ve duygusal deneyim düzeyleri farklılık göstermektedir. Kadın ve erkek cinsel yanıt döngülerinin farklı olmasında yalnızca fizyolojik yapılar değil, aynı zamanda psikolojik ve nörohormonal süreçler de rol oynamaktadır. Erkeklerde cinsel yanıt döngüsü, genellikle daha kısa süreli ve tahmin edilebilir bir seyir izlemekte; uyarılma, plato ve orgazm evreleri belirgin bir çizgide birbirini takip etmektedir. Çoğu erkekte bu süreç tek bir grafiksel modelle açıklanabilir düzeydedir (İncesu, 2007).

Buna karşılık kadınlarda cinsel yanıt döngüsü daha karmaşık ve değişkendir. Kadınların cinsel tepkileri, bireysel farklılıklar, duygusal durum, hormonal düzeyler ve partnerle olan ilişkisel dinamikler gibi çok sayıda etkene bağlı olarak değişiklik gösterebilmektedir. Kadınlarda uyarılma süresi, orgazm sayısı ve cinsel haz yoğunluğu kişiden kişiye değişmekte; bazı kadınlar birden fazla orgazm yaşayabilirken, bazıları yalnızca plato evresinde kalabilmektedir. Bu durum, kadın cinselliğinin esnek ve çeşitliliğe açık doğasını yansıtmaktadır (İncesu, 2007).

Sonuç olarak, kadın ve erkek cinsel yanıt döngüleri benzer fizyolojik temellere sahip olmakla birlikte, işleyiş biçimleri ve süreleri açısından belirgin farklılıklar göstermektedir. Kadınların cinsel tepkileri daha değişken, duygusal ve ilişkisel etkenlere daha duyarlı iken, erkeklerde yanıt döngüsü daha kısa sürede tamamlanma eğilimindedir. Bu farklılıkların anlaşılması, cinsel işlev bozukluklarının değerlendirilmesinde ve tedavi yaklaşımlarının planlanmasında büyük önem taşımaktadır.

Tablo 1. Kadınlarda Cinsel Yanıt Döngüsünün Fizyolojik Değişimleri

Organ Bölge	Uyarılma Evresi	Plato Evresi	Orgazm Evresi	Çözülme Evresi
Vajina	Lubrikasyon artışı, genişleme ve uzama görülür.	Doku kabarması belirgindir.	Ritmik kasılmalar meydana gelir.	Kabarma ve genişleme kaybolur, dokular normale döner.
Klitoris	Baş kısmında büyüme, gövdede uzama oluşur.	Kısmen büzülme meydana gelir.	Belirgin değildir.	değişiklik Hızla eski pozisyonuna döner.
Labium majör	Ayrılma ve çapta artış gözlenir.	Doku yassılaşır.	Değişiklik minimaldir.	Normal görünümüne döner.
Labium minör	Hafif kalınlaşma ve genişleme oluşur.	Renk değişimi ortaya çıkar.	Belirgin değildir.	değişiklik Normal renk ve boyuta geri döner.
Uterus	Gövde yükselir, serviks vajinadan ayrılır.	Gövde en yüksek konuma ulaşır.	Fundus serviks kasılmalar oluşur.	bölgesinden Uterus eski konumuna döner, doğru serviks aşağı iner ve servikal açıklık kapanır.

Kaynak: CETAD. (2006). “Cinsel Yaşam ve Sorunları”, Ed. Şahin D., Şimşek F. Seyisoğlu H. (2006).

Yukarıda sunulan tabloya göre, kadınlarda cinsel yanıt döngüsü vajinal lubrikasyonun artması ve labium minör (küçük dudaklar) bölgesinde kanın birikmesi (vazokonjesyon) ile başlamaktadır. Bu süreçte, kan basıncı artar, memelerde büyüme ve dikleşme meydana gelir. Uyarılmanın devam etmesiyle birlikte vücut genelinde ısı artışı, deride kızarma ve genital bölgede kanlanmanın yoğunlaşması gözlenir.

Plato evresi, cinsel uyarılmanın en yüksek düzeye ulaştığı aşamadır. Bu dönemde vazokonjesyon maksimum düzeye ulaşır ve kan basıncı artışı sürer. Evrenin sonlarına doğru kaslarda gerginlik artışı, hızlı solunum, kalp atımında hızlanma ve kas tonusunda belirginleşme görülür. Özellikle anüs çevresindeki kaslar ile kalça kaslarında istemsiz kasılmalar meydana gelir. Bu kasılmalar, orgazm evresine geçişin fizyolojik bir göstergesidir.

Orgazm evresinde, vajinal ve pelvik bölgelerde ritmik, bazen düzensiz kasılmalar ortaya çıkar. Bu kasılmaların süresi ve yoğunluğu kişiden kişiye değişmekle birlikte, genellikle birkaç saniyeden yarım dakikaya kadar sürebilir. Kadınlarda orgazmın en belirgin olarak hissedildiği bölge klitoral alan olup, burada kanlanma ve sinirsel uyarım yoğunlaşmaktadır. Aynı zamanda pelvik kaslar, uterus ve vajinal duvarlarda da kasılmalar eşzamanlı olarak yaşanır.

Çözülme evresi (rezolüsyon), orgazm sonrasında ortaya çıkan gevşeme dönemidir. Bu evrede genital organlarda oluşan fizyolojik değişiklikler aynı sırayla geriye döner. Vajinada genişleme azalır, klitoris kısa sürede eski pozisyonuna gelir, labium minör ve majör dokuları normal renk ve boyutlarına döner. Uterus ve serviks de yavaşça önceki konumuna inerek cinsel uyarı öncesi duruma geçer. Bu dönemde genel bir rahatlama, gevşeme ve huzur hissi gözlenir.

Kadınlarda cinsel yanıt döngüsünün bu fizyolojik süreçleri, vasküler, nörolojik, hormonal ve psikolojik mekanizmaların bir arada çalışmasıyla ortaya çıkmaktadır. Her bireyin yanıt döngüsü süre, yoğunluk ve fizyolojik tepki bakımından farklılık gösterebilir.

2.4.1. Hiperseksüel Bozukluk

2013 yılından itibaren *DSM-5-TR* sınıflandırmasıyla birlikte cinsel işlev bozuklukları yeniden düzenlenmiş ve bu bağlamda hiperseksüel bozukluk ayrı bir tanı kategorisi olarak ele alınmıştır. Hiperseksüel bozukluk, bireyin yoğun, tekrarlayıcı ve kontrol edilmesi güç cinsel dürtü, fantezi veya davranışlarda bulunması ile karakterize edilen bir durumdur. Bu kişiler genellikle aşırı düzeyde mastürbasyon, pornografi kullanımı, çoklu partner ilişkileri veya zorlayıcı cinsel düşünceler gibi davranış örüntüleri sergilemektedir (Budak, 2014).

Bu bozukluğun ayrı bir kategori olarak ele alınması, günümüz toplumlarında artan dijital erişim, pornografi tüketimi ve sosyal etkileşim biçimlerindeki değişimlerle de ilişkilendirilmektedir. Hiperseksüalite, bireyin erotik düşünceleri zihninden atamaması, sürekli olarak cinsel içeriklere yönelmesi ve cinselliği stresle baş etme yöntemi olarak kullanmasıyla belirginleşmektedir. Bu yönüyle Obsesif-Kompulsif Bozukluk (OKB) ve dürtü kontrol bozuklukları ile benzer özellikler taşımaktadır (Budak, 2014).

Hiperseksüel bozukluk yaşayan bireylerde sıklıkla duygusal dengesizlik, stresle baş etmede güçlük, öz disiplin eksikliği ve impulsivite gözlenmektedir. Kadınlarda bu durum, erkeklere oranla farklı psikososyal özelliklerle seyredebilir. Kadın hastalar genellikle düşük özgüven, başkalarına güvenmede zorlanma, başkaldırı eğilimi, başarı motivasyonunda azalma ve heyecan arayışı gibi kişilik özellikleri gösterebilmektedir (Aydın Beşen & Arslan, 2014).

2.4.2. Cinsel İlgi / Uyarılma Bozukluğu

Cinsel ilgi ya da uyarılma bozukluğu, kadında tekrarlayıcı biçimde veya sürekli olarak yeterli vajinal ıslanma (lubrikasyon) ve genital kabarma tepkisinin ortaya çıkmaması ya da cinsel etkinlik süresince bu yanıtın sürdürülememesi durumu olarak tanımlanmaktadır. Bu bozukluk, hem fizyolojik hem de psikolojik bileşenleri içermektedir. Ancak bozukluğun yalnızca

psikiyatrik bir rahatsızlığa bağlı olması durumunda cinsel uyarılma/ilgi bozukluğu tanısı konulmamaktadır (CETAD, 2006). Cinsel uyarılma veya istek bozuklukları, bazı bireylerde yaşam boyu sürerken bazı durumlarda belirli dönemlere veya partnere bağlı olarak ortaya çıkabilir. Kadınlarda östrojen eksikliğine bağlı olarak cinsel istekte ve uyarılmada azalma, hem genital hem de non-genital bölgelerde duyarlılık kaybı biçiminde gözlenebilmektedir. Bu durum özellikle menopoza sonrası dönemde daha sık görülür.

Toplumsal olarak cinselliğin tabu kabul edildiği kültürlerde, kadınların cinsel ilişkiye yönelik suçluluk duyguları ve baskılanmış duygulanımları, fizyolojik yanıt bozukluklarını artırabilmektedir. Bununla birlikte, nörojenik etkenler, ilaç kullanımı, stres, travmatik deneyimler ve depresyon da cinsel ilgi ve uyarılma bozukluklarında rol oynayan faktörler arasındadır (İncesu, 2001; Kızıltepe, 2006). Kadınlarda cinsel uyarılmanın ilk fiziksel belirtisi vajinal lubrikasyonun başlamasıdır. Bu fizyolojik olay, vazokonjesyon sonucu oluşan transudasyon mekanizmasıyla gerçekleşir. Ancak cinsel ilgi bozukluğu yaşayan kadınlarda vajinal ıslanma ya hiç gerçekleşmez ya da yetersiz olur, bu da uyarılma sürecinde haz duygusunun azalmasına neden olur. Son yıllarda yapılan çalışmalarda, cinsel ilgi ve uyarılma bozukluğunun yalnızca fiziksel değil, aynı zamanda motivasyonel ve psikososyal bir problem olduğu; bireyin cinselliğe yönelik ilgisizliğinin öznel bir değerlendirme olarak da ortaya çıktığı vurgulanmaktadır.

2.4.3. Genitopelvik Ağrı / Birleşme Bozukluğu

DSM-5-TR sınıflandırmasında daha önce ayrı başlıklar altında ele alınan vajinismus ve dispareni tanıları, artık tek bir başlık altında “Genitopelvik Ağrı / Birleşme Bozukluğu” olarak birleştirilmiştir. Bu değişiklik, kadın cinsel işlev bozuklukları içinde yer alan iki tanının birbirinden bağımsız olmadığı; ağrı, kasılma ve kaygı tepkilerinin ortak bir mekanizmayı yansıttığı vurgulanmıştır (İncesu, 2011).

Bu bozukluk, vajinal girişin hiç gerçekleşmemesi, cinsel birleşme sırasında ya da sonrasında ağrı yaşanması, pelvik taban kaslarında istemsiz kasılmaların oluşması ve birleşmeye ilişkin yoğun korku ya da kaygı hissedilmesi ile tanımlanmaktadır. Kadınlarda bu belirtiler genellikle cinsel birleşme girişiminden kaçınmaya, ağrı beklentisiyle kasılma yaşamaya ve vulvovajinal bölgede hassasiyet artışına neden olur.

Genitopelvik ağrı / birleşme bozukluğu yalnızca fizyolojik faktörlerden değil, aynı zamanda psikolojik ve öğrenilmiş davranışsal tepkilerden de kaynaklanabilmektedir. Cinsel istismar öyküsü, travmatik jinekolojik muayeneler, yanlış cinsel eğitim veya dini/tabusal baskılar da bozukluğun gelişiminde etkili olabilir.

2.4.4. Vajinismus ve Dispareni

Vajinismus

Vajinismus, genellikle kadının cinsel yaşamının başlangıcında, özellikle ilk cinsel birleşme girişimiyle ortaya çıkan; pelvik taban kaslarının istemsiz kasılması sonucu vajinal penetrasyonun gerçekleşmemesi ile karakterize bir bozukluktur. Bu durum çoğunlukla kaygı, korku, utanma ve kaçınma davranışlarıyla birlikte seyreder ve zamanla öğrenilmiş bir döngüsel tepki hâlini alır. Kadın, her yeni girişimde benzer gerginliği yaşar ve “cinsel birleşmenin mümkün olmayacağı” yönünde bilişsel bir yargı geliştirir. Bu da döngüyü besleyerek sorunun kalıcı hâle gelmesine neden olur (Yetkin, 2011).

Toplumsal olarak cinselliğin tabu olarak görüldüğü kültürlerde vajinismus, en sık rastlanan cinsel işlev bozuklukları arasında yer alır. Fizyolojik düzeyde, pelvik taban kaslarının (özellikle pubokoksigeus kası) istemsiz biçimde kasılarak vajina girişini kapatması temel mekanizmadır. Bu durum, rektum, vajina ve üretranın ön duvarlarını pubik kemiğe doğru çekerek lümeni

daraltır ve penetrasyonu imkânsız hâle getirir (Çelik & Gürel, 2004). Vajinismusun tekrarlayıcı veya kalıcı hâle gelmesi, kadında yalnızca fiziksel değil duygusal düzeyde de ciddi sıkıntılara yol açar. Vajinal birleşmenin olamaması, bireyde özgüven kaybı, ilişki sorunları ve kaçınma davranışlarının pekişmesiyle sonuçlanabilir.

Disparoni

Disparoni, kadının cinsel ilişki sırasında veya sonrasında vajinal, labial ya da pelvik bölgede hissedilen ağrı veya rahatsızlık yaşamasıyla tanımlanan bir durumdur. Bu bozukluk tekrarlayıcı veya sürekli olabilir ve sıklıkla vajinismusla ilişkili ya da onunla eş zamanlı şekilde görülür (Nayir, 2010). Bazı kadınlarda, ağrı beklentisi birleşme girişimi öncesinde dahi yoğun bir anksiyete yaratır ve bu durum cinsel kaçınma davranışına neden olur. Partnerin, kadının hazır olup olmamasına dikkat etmeden ilişkiyi başlatma girişimleri, ağrının ve duygusal gerilimin daha da artmasına yol açabilir.

Disparoni tek başına bir hastalık olarak değil, bir semptom olarak değerlendirilmelidir. Ağrının kaynağı, basit anatomik bir sorun (ör. vajinal enfeksiyon, doğum yırtıkları) olabileceği gibi, psikolojik, sosyolojik ya da biyolojik etmenlerin bir bileşimiyle de ortaya çıkabilir (Sayalı, Doğangün ve Aras, 1997). Bu nedenle disparoniye yaklaşım, hem tıbbi muayene hem de psikoseksüel değerlendirme içermelidir. Disparoniye yönelik tanı sürecinde, ağrının niteliği, sıklığı ve şiddeti kadar bireyin cinsel öyküsü ve ilişki dinamikleri de dikkate alınmalıdır. Literatürde hâlen disparoninin bir ağrı bozukluğu mu yoksa cinsel işlev bozukluğu mu olarak sınıflandırılması gerektiği yönünde tartışmalar sürmektedir (Ortaylı, 2001).

2.4.5. Orgazm Bozukluğu

Kadınlarda görülen cinsel işlev bozukluklarının önemli bir bölümünü orgazm bozuklukları oluşturmaktadır. Bu bozukluk, kadının cinsel yanıt döngüsünün uyarılma ve plato evrelerini tamamlamasına rağmen orgazma ulaşamaması ya da orgazmın belirgin biçimde gecikmesi veya yetersiz hissedilmesi ile tanımlanır (İncesu, 2011). Orgazm bozukluğu, tekrarlayıcı veya kalıcı nitelikte olabilir. Kadın fizyolojisinin ve cinsel yanıt döngüsünün doğası gereği, orgazmın ortaya çıkması; nörofizyolojik, hormonal, psikolojik ve ilişkisel faktörlerin bir arada işlediği karmaşık bir süreçtir. Bu nedenle bozukluğun nedenleri de çok boyutludur.

Orgazmın gerçekleşmemesi, çoğu zaman uyarılma evresinde yeterli fizyolojik yanıtın oluşmaması, uyarıcı çeşitliliğinin yetersizliği ya da psikolojik baskılanma ile ilişkilidir. Ayrıca kadının yaşı, cinsel deneyim düzeyi, beden algısı ve cinselliğe dair bilişsel tutumları orgazm kapasitesi üzerinde belirleyici rol oynamaktadır. Bazı kadınlarda orgazm bozukluğu, cinsel işlev sürecinde yaşanan anksiyete, performans kaygısı veya partnerle iletişim sorunları nedeniyle de görülebilir. Cinsel deneyimin “başarılı” olma baskısı altında yaşanması, özellikle ilk cinsel deneyimlerde orgazm tepkisinin baskılanmasına yol açabilmektedir. DSM-5-TR sınıflandırmasına göre orgazm bozukluğu tanısının konulabilmesi için belirtilerin en az altı ay sürmesi, her cinsel etkinlikte ya da çoğu cinsel etkinlikte ortaya çıkması ve bireyde belirgin sıkıntı yaratması gerekmektedir.

2.5. Cinsel İşlev Bozukluklarının Nedenleri

Cinsel işlev bozukluklarının oluşumunda biyolojik, psikolojik ve sosyokültürel faktörlerin birbirleriyle etkileşim içinde olduğu çok boyutlu bir yapı söz konusudur. Bu bozukluklar, genellikle tek bir nedenin sonucu olarak değil; hazırlayıcı, başlatıcı ve sürdürücü etkenlerin bir araya gelmesiyle ortaya çıkar. Cinsel işlev bozukluklarına yol açan nedenler arasında sistemik hastalıklar, vasküler ve nörolojik bozukluklar, cerrahi girişimler, hormonal dengesizlikler, ilaç tedavilerinin yan etkileri, psikolojik etkenler ve yaşlanma sayılmaktadır (İncesu, 2004).

Hazırlayıcı Etkenler

Hazırlayıcı faktörler, bireyin cinsel yaşamını sağlıklı biçimde sürdürebilmesi için gerekli temel bilgi, tutum ve deneyim eksikliğini ifade eder. Cinsel eğitim yetersizliği, toplumsal baskılar, yanlış inanışlar ve mitler, katı ahlaki normlar ile travmatik cinsel deneyimler, cinsel işlev bozukluğuna zemin hazırlayan en önemli nedenlerdir (İncesu, 2004). Toplamların cinselliğe yaklaşımı, bireyin cinsel tutum ve davranışlarını doğrudan şekillendirmektedir. Katı, baskıcı ve muhafazakâr toplumsal değerler, özellikle kadınlarda cinselliğe yönelik suçluluk, korku ve utanma duygularını pekiştirmekte; bu durum psikoseksüel gelişimi olumsuz etkilemektedir (CETAD, 2006).

Başlatıcı Etkenler

Cinsel işlev bozukluğunu başlatan etkenler arasında bedensel hastalıklar, ilaç kullanımı ve yan etkiler, alkol ve madde bağımlılığı, gebelik ve doğum süreci, laktasyon, yaşlanma ve hormonal değişimler bulunmaktadır. Bu etkenler cinsel yanıt döngüsünün belirli aşamalarında bozulmaya yol açabilir.

Sürdürücü Etkenler

Sürdürücü faktörler, ortaya çıkan cinsel işlev bozukluğunun kalıcı hâle gelmesine neden olan psikolojik ve ilişkisel unsurlardır. Bunlar arasında partnerler arası iletişim problemleri, çatışma, anksiyete, depresyon, özgüven eksikliği ve psikiyatrik rahatsızlıklar yer alır. Bu faktörler, bozukluğun sürekliliğini sağlarken tedaviye yanıtı da güçleştirmektedir. Cinsel işlev bozukluklarının nedenleri çoğu zaman birden fazla faktörün eş zamanlı etkisiyle ortaya çıkar. Bu nedenle tanı ve tedavi süreçlerinde biyopsikososyal yaklaşımın benimsenmesi önemlidir.

2.6. Cinsel İşlev Bozukluklarının Sonuçları

Cinsel işlev bozukluklarının en temel sonucu, bireyin kendini gerçekleştirme sürecini engelleyerek hem ruhsal hem de bedensel iyilik hâlinin bozulmasına neden olmasıdır. Cinsellik, insanın en doğal ve temel gereksinimlerinden biri olup, bu alanla ilgili yaşanan sorunlar yalnızca fiziksel değil, aynı zamanda psikolojik ve sosyal işlevsellik üzerinde de derin etkiler yaratmaktadır. Cinsel işlev bozuklukları, günümüzde oldukça sık karşılaşılan sağlık sorunları arasında yer almaktadır. Çeşitli araştırmalar, kadın ve erkek ayrımı gözetmeksizin, bireylerin yaklaşık üçte birinin yaşamlarının herhangi bir döneminde en az bir tür cinsel işlev bozukluğu yaşadığını göstermektedir. Bu bulgular, cinsel işlev bozukluklarının bireysel bir sorun olmanın ötesinde, toplumun genel sağlığını ilgilendiren önemli bir halk sağlığı problemi olduğunu ortaya koymaktadır (İncesu, 2004).

Cinselliğin eğitim sistemi dışında bırakılması ve aile içinde bu konuda yeterli bilgilendirmenin yapılmaması, bireylerin sınırlı ve yanlış bilgilerle yetişmesine yol açmaktadır. Eğitim eksikliği, özellikle kadın cinselliği konusunda katı, yasaklayıcı ve baskıcı tutumların pekişmesine neden olurken; erkek cinselliğinin abartılı biçimde yüceltilmesi, toplumsal cinsiyet dengesini bozmakta ve cinsel işlev bozukluklarına zemin hazırlayan düşünsel bir altyapı oluşturmaktadır (Sungur, 1998).

Cinsel işlev bozukluklarının yaygın görülmesine karşın, bu sorunların toplumda hâlâ utanç, suçluluk ve mahremiyet duyguları ile ilişkilendirilmesi, bireylerin yaşadıkları sıkıntıları paylaşmaktan veya profesyonel yardım almaktan kaçınmalarına neden olmaktadır. Cinselliğin yalnızca biyolojik değil, aynı zamanda psikolojik ve sosyal bir deneyim alanı olması, bozuklukların bireyin özgüveni, benlik saygısı ve ilişkisel uyumunu olumsuz etkileyebileceğini göstermektedir (Nayir, 2010).

Toplumsal cinsiyet rolleri de bu süreçte belirleyici bir rol oynamaktadır. Kadın cinselliğinin bastırıldığı, erkek cinselliğinin ise yüceltildiği kültürel yapılarda mitler, yanlış inanışlar ve

tabular cinselliğe dair gerçekçi olmayan algılar yaratmaktadır. Kadının cinselliğinin üreme işleviyle sınırlandırılması, haz alma hakkının göz ardı edilmesi ve cinselliğin bir zorunluluk ya da görev olarak görülmesi, cinsel doyumun azalmasına ve ruhsal tatminsizliklere neden olmaktadır (Sungur, 2004).

2.6.1. Cinsel İşlev Bozukluklarının Bireysel ve İlişkisel Sonuçları

Cinsel işlev bozukluğu yaşayan bireylerde aile içi iletişimin ve duygusal bağların zayıfladığı, bu durumun da boşanma nedenleri arasında önemli bir yer tuttuğu görülmektedir. Cinsel tatminsizlik yaşayan çiftler iletişim sürecinde birbirlerine karşı suçlayıcı ve anlayıştan yoksun tutumlar sergilemekte, bu da ilişkisel çatışmayı artırmaktadır (Özkan ve Kızılkaya Beji, 2008). Yapılan araştırmalar, cinsel işlev bozukluğu yaşayan bireylerin evlilik doyumu ölçeklerinden anlamlı derecede düşük puanlar aldıklarını göstermekte ve bu bulgu, cinsel uyumun evlilikteki mutluluk düzeyiyle doğrudan ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır (Kaplan, 1979; Özkan ve Kızılkaya Beji, 2008).

Cinsel işlev bozuklukları yalnızca bireysel bir sorun değil, aynı zamanda halk sağlığı açısından önemli bir konudur. Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre sağlık, fiziksel, ruhsal ve sosyal iyilik hâlinin bir bütün olarak varlığıdır (World Health Organization [WHO], 2006). Bu bağlamda, cinsel işlev bozukluğu yaşayan bireylerde bedensel ve psikolojik sağlık bozulmakta ve bu durum yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (İncesu, 2004; Masters ve Johnson, 1994).

Cinsellik, insanın yalnızca bedensel değil, aynı zamanda duygusal ve bilişsel bütünlüğünü sağlayan çok boyutlu bir yaşam alanıdır (Sungur, 1998; Kaplan, 1979). Bu nedenle cinsel alanda yaşanan bozukluklar bireyin özsaygısını, kimlik gelişimini ve kişilerarası ilişkilerini doğrudan etkileyebilmektedir. Bu süreçte bireyin kendini ifade etme gücü zayıflamakta, duygusal yakınlık kurma becerisi azalmaktadır.

Toplumsal yapı da cinsel işlev üzerinde belirleyici bir etkiye sahiptir. Özellikle cinselliğin tabu olarak kabul edildiği kültürlerde kadın cinselliğinin bastırılması ve erkek cinselliğinin yüceltilmesi, cinsel roller arasında dengesizlik yaratmakta; bu durum kadınlarda kaygı ve suçluluk duygularını artırmakta, erkeklerde ise performans baskısına yol açmaktadır (Sungur, 2004; Heiman ve LoPiccolo, 1988). Eğitim sisteminde cinselliğin göz ardı edilmesi ve aile içinde bu konuda açık iletişimin kurulamayışı, bireylerin yanlış inanç ve mitlerle yetişmesine neden olmaktadır (CETAD, 2006; Laumann, Paik ve Rosen, 1999).

Cinsel işlev bozukluğu yaşayan bireylerde sıklıkla gerginlik, depresyon, anksiyete, stres ve uykusuzluk gibi psikolojik belirtiler görülmektedir. Bu belirtiler bireyin kendini tanıma ve kabul etme sürecini olumsuz etkilemekte, cinselliği haz yerine kaygı uyandıran bir deneyim hâline getirmektedir (Nayir, 2010; Bancroft, 2009). Sürekli cinsel tatminsizlik yaşayan bireylerin özgüven düzeyleri düşmekte ve yaşam doyumları azalmaktadır (Özkan ve Kızılkaya Beji, 2008; Brotto, 2010). Sonuç olarak, cinsel işlev bozuklukları bireysel, ilişkisel ve toplumsal düzeyde ele alınması gereken çok boyutlu bir sağlık sorunudur. Bu bozuklukların tedavisinde yalnızca fizyolojik etkenlerin değil, psikososyal ve kültürel faktörlerin de dikkate alınması gerekmektedir (Masters ve Johnson, 1994; Kaplan, 1979; WHO, 2006).

2.7. Kadınlarda Geçmiş Travmatik Deneyimlerin Psikososyal Etkileri

Cinsel işlev bozukluğu, kadınların yaşam kalitesini, duygusal doyumlarını ve kişilerarası ilişkilerini çok boyutlu biçimde etkileyen önemli bir sağlık problemidir. Bu bozuklukların altında yatan nedenler yalnızca biyolojik faktörlerle sınırlı olmayıp, psikolojik, sosyal ve kültürel süreçlerle derin bir biçimde bağlantılıdır (Bancroft, 2009). Özellikle geçmişte yaşanan travmatik deneyimlerin örneğin çocukluk çağı cinsel istismarı, fiziksel veya duygusal şiddet, erken yaşta zorlayıcı cinsel deneyimler kadınların cinsel yaşamı üzerinde kalıcı izler bıraktığı

pek çok bilimsel çalışmada kanıtlanmıştır (Aşcı, Demirgöz Bal ve Koçoğlu, 2024; Touloumis, Chivers, Brotto ve Stephenson, 2019).

Travmatik yaşantılar, bireyin yalnızca geçmişine ait bir olgu değil, aynı zamanda onun bilişsel, duygusal ve davranışsal örüntülerini şekillendiren bir süreçtir. Bu tür deneyimlerin, kadınların cinsel kimlik algısını, bedenle kurduğu ilişkiyi ve yakınlık kurma kapasitesini olumsuz yönde etkilediği bilinmektedir (Heiman ve LoPiccolo, 1988). Travma yaşayan kadınlarda sıklıkla utanç, suçluluk, değersizlik, kontrol kaybı ve güven eksikliği duyguları gözlenmekte; bu duygular, cinsel istekte azalma ve uyarılma zorlukları ile sonuçlanmaktadır (Gölge, Yavuz ve Kahveci, 2013).

Özellikle çocukluk döneminde yaşanan cinsel istismar, kadınların ilerleyen yaşlarda orgazm bozukluğu, vajinismus, dispareni gibi cinsel işlev bozuklukları geliştirme riskini anlamlı düzeyde artırmaktadır (Bakım, Özen, Ceylan ve Yıldız, 2011; Fiala, Lenz ve Bob, 2021). Bu durum yalnızca psikolojik düzeyde değil, fizyolojik düzeyde de etkilerini göstermektedir. Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) belirtileri taşıyan kadınlarda yapılan nörofizyolojik araştırmalar, pelvik taban kas aktivitesinde artış olduğunu ve bu durumun ağrılı cinsel birleşme bozukluklarına (örneğin genitopelvik ağrı/birleşme bozukluğu) yol açtığını göstermektedir (Karsten, Both, Everaerd, Laan ve Scholte, 2020). Aynı zamanda travmaya bağlı olarak kortizol düzeylerinde artış ve seks hormonlarının düzenlenmesinde bozulma meydana geldiği; bu biyolojik süreçlerin de cinsel isteğin azalmasına neden olduğu belirtilmektedir (Brotto, 2010).

Kadınların travmatik deneyimlere verdikleri psikolojik tepkiler, toplumsal cinsiyet rolleriyle de doğrudan ilişkilidir. Türkiye gibi cinselliğin tabulaştırıldığı toplumlarda, kadın cinselliği çoğu zaman bastırılmakta veya suçluluk duygusuyla içselleştirilmektedir. Bu kültürel dinamikler, travma sonrası dönemde kadınların yardım arama davranışını kısıtlamakta ve sorunun kronikleşmesine neden olmaktadır (Sungur, 2004). Nitekim, cinsel istismar mağduru kadınların çoğu, toplumun olumsuz yargılarından çekindikleri için cinsel sağlık sorunlarını paylaşmaktan kaçınmaktadır (Gölge ve ark., 2013). Bu durum, travmanın yarattığı psikolojik etkilerin sessizce sürmesine ve uzun vadede bireyin özsaygısında, benlik algısında ve ilişki doyumunda düşüşe yol açmaktadır.

Psikososyal açıdan değerlendirildiğinde, travmatik deneyimler bireyin bağlanma stilini, yakınlık kurma biçimini ve duygusal düzenleme becerilerini olumsuz etkileyebilmektedir (Janssen, Everaerd, Spiering ve Janssen, 2012). Travma öyküsü bulunan kadınlar, genellikle kaçınmacı bağlanma eğilimindedir ve bu durum, partnerle duygusal yakınlık kurmayı güçleştirmektedir. Bu bağlamda, psikodinamik ve bilişsel-davranışçı kuramlar, travma sonrası cinsel işlev bozukluklarını “öğrenilmiş kaçınma davranışları” olarak açıklamaktadır (Kaplan, 1979). Cinsel ilişkiyle ilişkili olumsuz bilişsel şemalar, kadınlarda fiziksel uyarılmayı baskılamakta ve cinselliği bir tehdit unsuru olarak kodlamaktadır (Bancroft, 2009).

Travma sonrası süreçte gelişen anksiyete, depresyon, somatizasyon ve uyku bozuklukları da cinsel işlevi dolaylı yoldan olumsuz etkilemektedir (Nayir, 2010). Özellikle cinsel işlev bozukluğu yaşayan kadınlarda benlik saygısının azalması, beden algısının bozulması ve kadınlık kimliğinde yetersizlik hissi yaygın biçimde gözlenmektedir (Aşcı ve ark., 2024). Bu faktörler, bireyin hem partner ilişkilerinde hem de genel yaşam doyumunda düşüşe neden olmaktadır.

Uluslararası literatürde de bu bulgular desteklenmektedir. Touloumis ve çalışma arkadaşları (2019), çocukluk dönemi cinsel istismarı öyküsü olan kadınların, istismar öyküsü bulunmayanlara göre hem yaşam boyu hem de mevcut dönemde TSSB ve cinsel istek bozukluğu tanısı alma olasılıklarının anlamlı derecede yüksek olduğunu saptamıştır. Aynı şekilde, travma odaklı psikoterapi ve duygular düzenleme temelli müdahalelerin, kadınlarda cinsel

işlev, özsaygı ve ilişkisel doyum üzerinde olumlu etkiler yarattığı sistematik incelemelerde gösterilmiştir (Janssen ve ark., 2012; WHO, 2006).

3. BULGULAR

Kadın cinsel işlev bozuklukları (CİB), biyolojik, psikolojik ve sosyo-kültürel faktörlerden etkilenen yaygın bir sağlık sorunudur. Yapılan epidemiyolojik çalışmalar, yaş, eğitim düzeyi, menopoza durumu, evlilik süresi ve eşin cinsel fonksiyon durumu gibi faktörlerin CİB prevalansını etkilediğini göstermektedir (Laumann ve ark., 1999; Palacios ve ark., 2008; Tiefer, 2001).

3.1. Uluslararası Prevalans Bulgular

Ülke	Yaş Aralığı	Örneklem	CİB Prevalansı (%)	Öne Çıkan Alt Tipler (%)	Kaynak
ABD	18-59	Ulusal örneklem	43	İstek %22, Uyarılma %14, Ağrı %7	Laumann ve ark., 1999
İspanya	1969-2008	Medline literatür review	40	-	Palacios ve ark., 2008
Malezya	18-70	230 evli kadın	51,9 (orgazm bozukluğu)	Yaş, düşük eğitim, menopoza	Tiefer, 2001
Kore	18-52	504 kadın	43	İstek %44, Uyarılma %49, Lubrikasyon %37, Doyum %37, Orgazm %32, Ağrı %34,6	Tiefer, 2001
Avusturya	43±15	703 kadın	-	İstek %22, Uyarılma %35, Orgazm %39, Ağrı %12,8	Tiefer, 2001

311

Şekil 1: Uluslararası çalışmalarda CİB prevalans dağılımı

3.2. Türkiye'den Bulgular

Şehir/Çalışma Yılı	Yaş Aralığı	Örneklem	CİB Prevalansı (%)	Öne Çıkan Alt Tipler (%)	Kaynak
İstanbul, 2008	20+	1009 kadın	20-29: %22, 30-39: %39,7, 40-49: %50,2, 50-59: %71,3, - 60-64: %82,9, 65+: %87,8		CETAD, 2008
İzmir, 2007	19-51	422 kadın	26,1	Vajinismus %41,7, Uyarılma %38,3	GRISS, 2007
Mersin, 2004	18-66	179 kadın	18-27: %21,7, 28-37: %25,5, 38-47: %53,5, 48-57: %65,9, - 58-67: %92,9		CETAD, 2004
Ankara, 2006	18-55	518 kadın	18-30: %41, 31-45: %53, 46-55: %67,9	İstek %48,3, Uyarılma %35,9, Lubrikasyon %40,9, Orgazm %42,7, Doyum %45, Ağrı %42,9	FSFI, 2006

Şekil 2: Türkiye’de yaş gruplarına göre CİB prevalansı**3.3. Risk Faktörleri**

- İleri yaş ve menopoz
- Düşük eğitim düzeyi
- Uzun evlilik süresi ve multiparite
- Eşin cinsel işlev bozukluğu
- Psikolojik stres, depresyon ve cinsel travma öyküsü
- Bilgi eksikliği ve kültürel faktörler

Bu bulgular, kadınlarda cinsel işlev bozukluklarının (CİB) oldukça yüksek bir prevalansa sahip olduğunu ve bu durumun biyopsikososyal bir yapıya sahip çok boyutlu bir olgu olarak değerlendirilmesi gerektiğini göstermektedir. Kadınlarda görülen CİB’nin yalnızca biyolojik faktörlerden değil; sosyo-demografik değişkenler (yaş, eğitim düzeyi, evlilik süresi, ekonomik koşullar), psikolojik etmenler (anksiyete, depresyon, beden algısı) ve kültürel normlar tarafından da güçlü biçimde etkilendiği görülmektedir.

4. SONUÇ, DEĞERLENDİRME VE ÖNERİLER

Bu çalışmada, kadınlarda cinsel işlev bozukluklarının yaygınlığı, etiyolojisi ve müdahale yöntemleri sistematik olarak incelenmiş ve bölgesel bağlamda elde edilen veriler ışığında değerlendirilmiştir. Literatürde, kadın cinsel işlev bozukluklarının sosyokültürel, psikolojik, biyolojik ve çift ilişkisine bağlı etkenlerle çok boyutlu bir yapıya sahip olduğu görülmektedir (Tiefer, 2001; Bancroft, 2009; McCabe ve ark., 2016). Çalışma bulguları, kadınlarda cinsel işlev bozukluklarının yaş, eğitim düzeyi, menopoz durumu, psikolojik stres, eşle olan iletişim ve sosyokültürel normlardan ciddi biçimde etkilendiğini göstermektedir (Laumann ve ark., 1999; Palacios ve ark., 2008; FSFI çalışmaları, 2006–2008). Özellikle yaşın ilerlemesi, düşük eğitim düzeyi, çok çocuklu olma durumu ve psikolojik bozukluklar cinsel işlev bozukluğu riskini artırmaktadır.

Çalışma bulgularına göre, kadınlarda en sık rastlanan cinsel işlev bozuklukları azalmış cinsel istek (%22–%48), cinsel uyarılma bozukluğu (%20–%35), orgazm bozukluğu (%25–%42) ve cinsel ağrı bozuklukları (%7–%34) olarak saptanmıştır. Bu veriler, hem uluslararası hem de Türkiye örnekleminde benzer sonuçlar vermekte ve cinsel işlev bozukluklarının kadın sağlığı üzerinde önemli bir yük oluşturduğunu ortaya koymaktadır (Nappi ve Traish, 2016; Reissing ve ark., 2005). Ayrıca, bu bozuklukların yaşam kalitesi, çift ilişkileri ve psikososyal iyilik hali üzerinde olumsuz etkileri olduğu literatürde geniş biçimde vurgulanmaktadır (Perelman, 2008; Simon, Goldstein ve Kim, 2019).

Cinsel işlev bozukluklarının tedavisinde çok boyutlu bir yaklaşımın önemi vurgulanmaktadır. Psikososyal müdahaleler, bireysel ve çift terapileri, bilişsel-davranışçı teknikler ve cinsel eğitim programları, kadınların cinsel sorunlarını yönetmede etkili bulunmuştur. Bazı farmakolojik yaklaşımlar, özellikle hipoaktif cinsel istek bozukluğunda destekleyici rol oynamaktadır (Simon, Goldstein ve Kim, 2019). Literatür, biyolojik tedavi yöntemlerinin yalnızca psikososyal müdahalelerle desteklendiğinde sürdürülebilir başarı sağladığını göstermektedir (Bancroft, 2009; Johnson ve Masters, 1970). Bu nedenle tedavi ve müdahalelerde bireyselleştirilmiş yaklaşım, kadınların yaşam tarzı, kültürel bağlam ve partner ilişkileri göz önünde bulundurularak planlanmalıdır.

Değerlendirme açısından, çalışma bulguları kadın cinsel işlev bozukluklarının toplum içinde yaygın olmasına rağmen, sosyokültürel tabular ve bilgi eksiklikleri nedeniyle yeterince fark edilmediğini göstermektedir. Özellikle geleneksel ve muhafazakâr toplumlarda kadınların cinsel sorunlarını ifade etme ve profesyonel yardım arama eğilimleri düşüktür (Tiefer, 2001; Dünya Sağlık Örgütü, 2010). Bu durum, cinsel sağlık alanında eğitim, farkındalık ve toplumsal duyarlılığın artırılmasını zorunlu kılmaktadır.

Öneriler şu şekilde özetlenebilir:

- Kadın cinsel sağlığına yönelik eğitim programları yaygınlaştırılmalı, özellikle genç kadınlar ve evlilik öncesi bireyler için bilgi ve farkındalık artırıcı çalışmalara öncelik verilmelidir.
- Cinsel işlev bozukluklarının tanı ve tedavisinde multidisipliner yaklaşımlar teşvik edilmeli, psikiyatri, psikoloji, jinekoloji ve seksoloji alanlarındaki iş birliği güçlendirilmelidir.
- Klinik uygulamalarda, kadınların sosyokültürel, dini ve kişisel değerleri göz önünde bulundurularak bireyselleştirilmiş tedavi planları uygulanmalıdır.
- Cinsel sağlık politikaları, hem medikal hem de psikososyal boyutları kapsayacak biçimde geliştirilmelidir. Toplum temelli farkındalık projeleri ve erişilebilir danışmanlık hizmetleri sağlanmalıdır.
- Gelecek çalışmalarda, Türkiye ve benzeri geleneksel toplumlardaki kadınlarda cinsel işlev bozukluklarının yaygınlığı ve risk faktörlerinin daha geniş popülasyon örneklemi ile araştırılması gereklidir. Bu çalışmalar hem ulusal veri eksikliğini giderecek hem de kültürel faktörlerin etkilerini daha ayrıntılı analiz etmeyi sağlayacaktır.
- Cinsel işlev bozukluklarının erken tanısı ve müdahalesi için birincil sağlık hizmetlerinde rutin cinsel sağlık değerlendirmelerinin yapılması teşvik edilmelidir.

Sonuç olarak, kadın cinsel işlev bozuklukları çok boyutlu, yaygın ve toplumsal sağlık açısından önemli bir alan olup, kapsamlı, kültürel duyarlılığa sahip, multidisipliner ve bireyselleştirilmiş müdahale stratejilerinin geliştirilmesi hayati önem taşımaktadır.

5. KAYNAKLAR

- Aşçı, Ö., Demirgöz Bal, M. ve Koçoğlu, D. (2024). Kadınlarda travmatik deneyimlerin cinsel işlev bozukluklarına etkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 35(2), 115–128.
- Aslan, E. (2013). *Kadın cinsel sağlığı ve işlev bozuklukları*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.
- Atmaca, M. (2013). Cinsel yanıt fizyolojisi ve bozuklukları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 5(4), 453–469.
- Aydın, B. (1998). *Cinsellik ve toplumsal değerler*. Ankara: Pegem Akademi.
- Aydın, M. (2020). Cinsel sağlıkta psikososyal boyutlar. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 31(3), 712–728.
- Aydın, M. (2021). Psikolojik sağlamlık ve yaşam doyumu ilişkisi: Bireysel ve sosyal faktörlerin rolü. *Psikoloji Çalışmaları Dergisi*, 41(1), 35–52.
- Aydın Beşen, F. ve Arslan, R. (2014). Aseksüalite ve hiperseksüalite: Temel kavramlar. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 17(4), 304–308.

- Bakım, B., Özen, Ş., Ceylan, R. ve Yıldız, S. (2011). Çocukluk çağı cinsel istismarının kadın cinselliği üzerindeki uzun dönem etkileri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 12(3), 217–225.
- Bancroft, J. (2009). *Human sexuality and its problems* (3. baskı). Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Bozdemir, H. ve Özcan, M. (2011). Cinsellik kavramına disiplinlerarası bir bakış. *Cumhuriyet Tıp Dergisi*, 33(2), 145–154.
- Bozkurt, A. (1996). *İnsanda cinsellik ve psikodinamik süreçler*. İstanbul: Remzi Kitabevi.
- Brotto, L. A. (2010). The DSM diagnostic criteria for hypoactive sexual desire disorder in women. *Archives of Sexual Behavior*, 39(2), 221–239.
- Budak, S. (2014). *Psikoloji sözlüğü*. Ankara: Bilim ve Sanat Yayınları.
- CETAD (Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği). (2006). *Cinsel yaşam ve sorunları* (Ed. Şahin, D., Şimşek, F. ve Seyisoğlu, H.). İstanbul: CETAD Yayınları.
- Çelik, Ö. ve Gürel, H. (2004). Vajinismus: Klinik özellikler ve tedavi yaklaşımları. *Kadın Sağlığı Dergisi*, 9(1), 45–53.
- Çetin, R. (2022). Cinsel işlev bozukluklarının psikososyal etkenleri. *Klinik Psikoloji Dergisi*, 8(1), 61–75.
- Çeri, M., Yılmaz, T. ve Soykan, C. (2008). Cinsel işlevlerin nörobiyolojik temelleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 19(3), 211–220.
- Demir, E. (2020). Cinsellikte psikolojik faktörlerin rolü. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 23(1), 13–23.
- Doğan, S. (2011). Kadın cinselliğinde psikolojik süreçler. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 64(2), 145–156.
- Erden, F. (2019). Yaşam kalitesi ve psikolojik sağlamlık ilişkisi. *Sosyal Bilimler Dergisi*, 7(4), 75–88.
- Erdoğan, T. (2022). Cinsel sağlıkta psikososyal iyilik hali. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 31(3), 410–423.
- Fiala, C., Lenz, S. ve Bob, P. (2021). Childhood sexual abuse and sexual dysfunction in women: A review. *Frontiers in Psychology*, 12, 642938.
- Gölbaşı, Z. (2003). Kadın cinselliğine toplumsal yaklaşım. *Kadın Çalışmaları Dergisi*, 4(1), 88–99.
- Gölge, Z., Yavuz, M. F. ve Kahveci, G. (2013). Türkiye’de cinsel istismar mağduru kadınlarda travma sonrası etkiler. *Adli Bilimler Dergisi*, 12(2), 109–120.
- Gülsün Ak, G. ve Bozkurt, A. (2009). Cinsellik ve psikanalitik yaklaşımlar. *Psikiyatri Dünyası*, 13(1), 47–54.
- Heiman, J. R. ve LoPiccolo, J. (1988). *Becoming orgasmic: A sexual and personal growth program for women*. New York: Simon ve Schuster.
- İncesu, C. (2001). Kadın cinsel işlev bozuklukları: Tanı ve tedavi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 4(2), 83–92.
- İncesu, C. (2004). Cinsel işlev bozukluklarında tanı ve sınıflama. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 15(4), 302–310.

- Janssen, E., Everaerd, W., Spiering, M. ve Janssen, J. (2012). The psychophysiology of sexual arousal in women with trauma history. *Journal of Sexual Medicine*, 9(3), 724–732.
- Karakaş, Z. (2021). Kadın cinsel sağlığında psikososyal değişkenlerin rolü. *Türkiye Klinikleri Psikoloji Dergisi*, 9(2), 131–141.
- Karsten, J., Both, S., Everaerd, W., Laan, E. ve Scholte, H. S. (2020). Neural correlates of sexual pain in women with genitopelvic pain disorder. *NeuroImage: Clinical*, 28, 102436.
- Kaya, M. (2021). Cinsel doyumun yaşam doyumuna etkisi. *Toplum Bilimleri Dergisi*, 15(2), 90–108.
- Kızıltepe, G. (2006). Kadınlarda cinsel ilgi ve uyarılma bozukluğu. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi*, 3(2), 97–103.
- Kulak, E. (2006). *Cinsel yanıt döngüsü ve kadın cinselliği*. İstanbul: Nobel Yayıncılık.
- Laumann, E. O., Paik, A. ve Rosen, R. C. (1999). Sexual dysfunction in the United States: Prevalence and predictors. *JAMA*, 281(6), 537–544.
- Masters, W. H. ve Johnson, V. E. (1994). *Human sexual response*. New York: Harper ve Row.
- Nayir, M. (2010). Kadınlarda cinsel ağrı bozuklukları ve psikolojik etkiler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 21(1), 58–67.
- Ortaylı, N. (2001). Disparoni: Tanı ve tedaviye genel bakış. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi*, 5(3), 145–150.
- Özkan, S. ve Kızılkaya Beji, N. (2008). Cinsel işlev bozukluğu olan kadınlarda evlilik uyumu ve psikososyal faktörler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 9(2), 97–104.
- Palacios, S., Castaño, R. ve Graziottin, A. (2008). Epidemiology of female sexual dysfunction. *Maturitas*, 61(2), 114–118.
- Sayalı, C., Doğançün, B. ve Aras, S. (1997). Disparoni: Bir semptom olarak değerlendirme. *Türk Kadın Sağlığı Dergisi*, 3(1), 25–33.
- Sungur, M. Z. (1998). *Cinsel işlev bozuklukları: Tanı, nedenler ve tedavi yaklaşımları*. Ankara: METU Yayınları.
- Sungur, M. Z. (2004). Kadın cinselliği, toplumsal mitler ve cinsel doyum. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 7(1), 1–10.
- Tiefer, L. (2001). A new view of women's sexual problems. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 27(2), 113–120.
- Touloumis, S., Chivers, M. L., Brotto, L. A. ve Stephenson, K. R. (2019). Childhood sexual abuse and adult sexual functioning in women. *Archives of Sexual Behavior*, 48(5), 1321–1333.
- Turan, E. (2020). Cinsel işlev bozukluklarının psikolojik etkileri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 21(4), 249–258.
- World Health Organization (WHO). (2006). *Defining sexual health: Report of a technical consultation on sexual health, 28–31 January 2002, Geneva*. Cenevre: World Health Organization.
- Yıldız, S. (2018). Yaşam kalitesi ve cinsel doyum arasındaki ilişki. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 21(3), 201–209.
- Yılmaz, F. (2019). Cinsel sağlık ve psikolojik iyi oluş ilişkisi. *Sağlık ve Toplum Dergisi*, 29(4), 82–91.

Yetkin, S. (2011). Vajinismusun psikodinamik değ erlendirmesi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 22(2), 115–122.