



T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

ORTA VE YÜKSEK EKONOMİK DÜZEYLİ EVLİ KADINLARDA
BEDENSEL DUYUMLARI ABARTMA İLE CİNSEL YAŞANTI
ARASINDAKİ İLİŞKİ

Hazırlayan
Berke ÖZKANOĞLU
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Prof.Dr. Hüsnü ERKMEN

İstanbul, 2015



T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZ SINAV TUTANAĞI

GENEL BİLGİLER

Öğrenci No	: 134102059
Öğrenci Adı Soyadı	: Berke DZKANOĞLU
Anabilim Dalı	: KLİNİK PSİKOLOJİ
Tez Danışmanı	: PROF. DR. HÜSNÜ ERKMEK
Tezin Başlığı	: Erişkinlerde Bedensel Duyumları Abartma ile Cinsel Yaşamın Arasındaki İlişki

TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI

Toplantı Tarihi	: 30.09.2015	Saati	: 08:30
-----------------	--------------	-------	---------

Öğrenci Savunmaya : 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,

OY BİRLİĞİ OY ÇOKLUGU

- Yapılan savunma sınavında adayın başarılı bulunması sonucunda tez **KABUL** edilmiştir.
- Yapılan savunma sınavı sonucunda tezin **DÜZELTİLMESİ** için ay **EK SÜRE** verilmesinin Enstitü Müdürlüğüne önerilmesi kararı alınmıştır. (en fazla 3 ay)
- Yapılan savunma sınavının sonucunda tezin **REDDEDİLMESİ** kararı alınmıştır.

Savunmada Tezin Başlığı : Değişmedi. Değişti.

Tezin Yeni Başlığı : Orta ve Yüksek Fikensite düzeyli Erkeklerden Bedensel duyumları abartma ile cinsel yaşamın arasındaki ilişki

Öğrenci Savunmaya : 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,

OY BİRLİĞİ ile **REDDEDİLMİŞTİR.**

ile almıştır.

Tez Sınavı Jürisi	Unvanı, Adı Soyadı	İmza
Danışman Üye	Prof. Dr. Hüsnü Erkmen	
Üye	Prof. Dr. Nesrin Ölmez	
Üye	Yrd. Doç. Dr. C. Onur Noyan	



www.uskudar.edu.tr
REKTÖRLÜK - FAKÜLTeler - MESLEK YÜKSEKOKULU
Altunizade Mah. Haluk Türksoy Sk. No:14 PK:34662 Üsküdar / İstanbul / Türkiye
Tel: +90 216 400 22 22 Fax: +90 216 474 12 56 E-posta: info@uskudar.edu.tr

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU BAŞKANLIĞI

SAYI: B.08.6.YÖK.2.ÜS.0.05.0.06 /2015/181

18 Eylül 15

Sayın Berke Özkanoglu

Kurulumuza yazmış olduğunuz dilekçeniz değerlendirilmiş olup, 16.03.2015 tarihli, 03 No.lu toplantımızda etik kurul onayı aldığımız başvurunuzun başlığının "*Orta ve Yüksek Ekonomik Düzeyli Evli Kadınlarda Bedensel Duyumları Abartma ile Cinsel Yaşamı Arasındaki İlişki*" başlığıyla değiştirilmesi 16.09.2015 tarihli, 11 No.lu toplantımızda uygun görülmüştür.

Bilgilerinize rica ederim.

Yrd. Doç. Dr. Cumhur TAŞ
Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik
Kurulu Başkanı

I) TEZ KABUL FORMU



www.uskudar.edu.tr
REKTÖRLÜK - FAKÜLTELER - MESLEK YÜKSEKOKULU
Altunizade Mah. Haluk Türksoy Sk. No:14 PK:34662 Üsküdar / İstanbul / Türkiye
Tel: +90 216 400 22 22 Fax: +90 216 474 12 56 E-posta: info@uskudar.edu.tr

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK
(İNSAN ÜZERİNDE YAPILAN) ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU BAŞKANLIĞI

SAYI: B.08.6.YÖK.2.ÜS.0.05.0.06 /2015 / 78

16 Mart 15

Prof. Dr. Hüsnü Erkmen (Berke Özkanoglu)

Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 13 Mart 2015 tarihinde, 03 No.lu toplantısında değerlendirmeye almış olduğu "Evlü Kadınlarda Bedensel Duyumları Abartma ile Cinsel İşlev Bozukluğu Arasındaki İlişki" adlı araştırma projenizin etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Yrd. Doç. Dr. Cumhuri TAŞ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurulu Başkanı

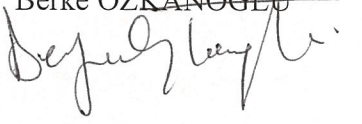
Ü.Ü. FR. 010

Revizyon No: 0 (25.05.2012)

II) YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “Evli kadınlarda bedensel duyuları abartma ile cinsel yaşantı arasındaki ilişki” adlı çalışmanın, tarafımdan, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

30/09/2015

Berke ÖZKANOĞLU


III) TEŞEKKÜR

Tez hazırlama sürecimin her aşamasında beni destekleyen, sosyal ve bilimsel desteğini hiç esirgemeyen, mesleki bilgi ve tecrübelerinden yararlanma fırsatı bulduğum çok değerli hocam ve tez danıŐmanım Sayın Prof. Dr. Hüsnu ERKMEN'e teşekkür eder saygılarımı sunarım.

ÇalıŐmamda gönüllü olarak yer almayı kabul eden, sabırla ve özveriyle ölçekleri dolduran tüm katılımcılara,

Son olarak, hiç bir zaman yardımlarını esirgemeyen ve her zaman yanımda olduklarını hissettiğim sevgili arkadaşlarıma, hayatımın her alanında sevgi ve desteklerini her zaman hissettiğim anneme, babama, anneanneme, kardeşlerime ayrıca ve özel olarak teşekkür ederim. Varlıklarıyla beni mutlu eden bu süreçte pozitif enerjilerini hissettiğim yeğenlerim Göksu ve Ali Can'a kucak dolusu sevgilerimle..

Berke ÖZKANOğLU

IV) ÖZET

(ÖZKANOĞLU, Berke, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2015)

Orta ve Yüksek Ekonomik Düzeyli Evli Kadınlarda Bedensel Duyumları Abartma ile Cinsel Yaşantı Arasındaki İlişki

Bu araştırmada evli kadınların bedensel belirtilerini nasıl yaşadıklarının, somatizasyona yatkınlıklarının incelenmesi ve cinsel yaşantılar ile arasındaki ilişkiye bakılması amaçlanmıştır.

Araştırmaya 22-51 yaş arası 130 evli kadından 89'u alınmıştır. Araştırmaya katılan bireylere 'Kişisel Bilgi Formu', 'Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği', 'Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği- Kadın Formu' ve 'Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R)' uygulanmıştır. Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 21.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Araştırma kapsamında Bedensel Duyumları Abartma ile Cinsel Yaşantılar arasındaki ilişki Spearman Korelasyon Testi ile incelenirken Bedensel Duyumları Abartma ve Cinsel Yaşantıların demografik değişkenlere göre anlamlı farklılık gösterme durumu Mann Whitney U Testi ve Kruskal Wallis H Testi ile incelenmiştir.

Araştırmaya katılan evli kadınların Bedensel Duyumları Abartma ölçeği ile Cinsel Yaşantılar ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte pozitif yönlü çok zayıf bir ilişki bulunmaktadır. Farklı yaş, eğitim, evlilik süresi, çocuk sahibi olma durumu, çocuk sayısı, çalışma durumu, yatak odasında sürekli uyuyan çocuk olma durumu ve alkol kullanma sıklığı grubundaki kadınların bedensel duyumları abartmaları ve cinsel yaşantıları arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Bedensel Duyumları Abartma, Cinsel İşlev Bozukluğu, Somatizasyon, Bedensel Belirti Bozuklukları, Cinsel Yaşantı

V) ABSTRACT

(ÖZKANOĞLU, Berke, Master Thesis, Istanbul, 2015)

Somatosensory Amplification and Sexual Life Among Average and High Income Married Women

This study aims to analyze the relation between the way married women experience their bodily symptoms, their tendency to somatization and their sexual experiences.

Out of 130 married women, 89 were subjected to the study. These individuals were evaluated by the Personal Information Form, Somatosensory Amplification Scale, Arizona Sexual Experiences Scale/Female Version and Symptom Checklist (SCL-90-R). The results were analyzed by the help of the SPSS (Statistical Package for Social Sciences) program for Windows 21.0. Within the scope of the study; while the relation between somatosensory amplification and sexual experience is assessed by the Spearman's Rank Correlation, the fact that amplifying bodily sensations and sexual life demonstrate rational discrepancies according to the demographic variables is analyzed by Mann Whitney U Test and Kruskal Wallis H Test.

There is a poor relation between the Somatosensory Amplification Scale and Arizona Sexual Experiences Scale results of married females subjects of the study that follows a positive direction, although statistically not consistent.

In the women grouped under age, educational, marital and occupational status, frequency of alcohol consumption and rooming the kid in parent bedroom, a meaningful difference between somatosensory amplification and sexual experience is not available.

Keywords: Somatosensory Amplification, Sexual Function Disorder, Somatization, Somatic Disorder, Sexual Experiences

VI) İÇİNDEKİLER

I)TEZ KABUL FORMU

II)YEMİN METNİ

III)TEŞEKKÜR

IV)ÖZET

V)ABSTRACT

VI)İÇİNDEKİLER

VII)TABLOLAR DİZİNİ

VIII)KISALTMALAR DİZİNİ

1.GİRİŞ	1
2.GENEL BİLGİLER	7
2.1.Bedensel Belirti Bozuklukları ve İlişkili Bozukluklar	7
2.1.1.Bedensel Belirti Bozukluğu	13
2.1.1.1.Somatik Belirti Bozukluğunun Karakteristik Özellikleri	13
2.1.1.2.Hastalığın Demografisi, Eşzamanlılığı, Gidişatı	14
2.1.1.3.Sınıflandırma	16
2.1.1.4.Bedensel Belirti Bozukluğunun Etiyolojisi	17
2.1.1.5.Ayırıcı Tanı	21
2.1.1.6.Tedavi	22
2.1.2. Hastalık Kaygısı Bozukluğu	23
2.1.2.1.Sınıflandırma	24
2.1.2.2.Epidemiyoloji	25
2.1.2.3.Etiyoloji	25
2.1.2.4.Tedavi	26
2.1.3.Dönüştürme (Konversiyon) Bozukluğu	27
2.1.3.1.Sınıflandırma	28
2.1.3.2.Epidemiyoloji	29
2.1.3.3.Etiyoloji	30
2.1.3.4. Tedavi	31
2.1.4.Yapay Bozukluk	32
2.1.4.1.Sınıflandırma	33
2.1.4.2.Tedavi	34
2.1.5. Diğer Sağlık Durumlarını Etkileyen Ruhsal Etkenler	35
2.1.6.Tanımlanmış Diğer Bir Bedensel Belirti Bozukluğu ve İlişkili Bozukluk	36
2.1.7.Tanımlanmamış Diğer Bir Bedensel Belirti Bozukluğu ve İlişkili Bozukluk	37

2.2. Cinsellik	37
2.2.1. Cinsel İşlev Bozuklukları	39
2.2.2. Kadınlarda Normal Cinsel İşlev	43
2.2.3. Kadın Cinsel İşlev Bozukluklarında Sınıflandırma.....	46
2.2.4. Kadınlarda Cinsel İlgi ve Uyarılma Bozukluğu	54
2.2.4.1.Etiyolojik Faktörler	57
2.2.4.2.Tedavi	63
2.2.5.Kadınlarda Orgazm Bozukluğu.....	65
2.2.5.1.Etiyolojik Faktörler	67
2.2.5.2. Tedavi	69
2.2.6. Cinsel Organlarda-Pelviste Ağrı/içerme Bozukluğu	72
2.2.6.1.Etiyolojik Faktörler	73
2.2.6.2.Tedavi	76
3.GEREÇ VE YÖNTEM	79
3.1. Araştırmanın Amacı	79
3.2. Katılımcılar.....	80
3.3. Araştırmaya Dahil Edilme ve Dışlama Kriterleri.....	80
3.4. Veri Toplama Araçları.....	81
3.4.1. Demografik Bilgi Formu	81
3.4.2. Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R)	81
3.4.3. Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği.....	83
3.4.4. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği	83
3.5. Verilerin Toplanması.....	85
3.6. Veri Toplama Süreci	85
3.7. Veri Analizi	85
4.BULGULAR	86
5.TARTIŞMA VE SONUÇ	98
6.KAYNAKLAR	105

EKLER

ÖZGEÇMİŞ

VII) TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1 Somatoform Bozukluklar 1980 – Günümüze

Tablo 2 Cinsel Yanıtlama Döngüsü

Tablo 3 Kadınların Cinsel İşlev Bozukluğunun Değişen Tanımları

Tablo 4 Cinsel Bozukluklar için Yapılan Tüm Görüşmelerde Değinilmesi Gereken Soru Türlerinin Genel bir Değerlendirmesi

Tablo 5 Demografik Bilgiler

Tablo 6 Özel Hayatla İlgili Bilgiler

Tablo 7 Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği Maddelerine Katılım Dağılımı

Tablo 8 Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Maddeleri Puanları

Tablo 9 Ölçek Puanlarının Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

Tablo 10 Ölçek Puanlarının Normallik Testi

Tablo 11 Bedensel Duyumları Abartma ile Cinsel Yaşantıların İlişki Analizi

Tablo 12 Ortaokul-Lise Mezunu Kadınların Bedensel Duyumları Abartma ile Cinsel Yaşantıların İlişki Analizi

Tablo 13 Üniversite Ve Üstü Mezunu Kadınların Bedensel Duyumları Abartma ile Cinsel Yaşantıların İlişki Analizi

Tablo 14 Bedensel Duyumları Abartma ve Cinsel Yaşantıların Yaşa Göre DeğişiklikGösterme Durumunun Analizi

Tablo 15 Bedensel Duyumları Abartma ve Cinsel Yaşantıların Eğitim Durumuna Göre Değişiklik Gösterme Durumunun Analizi

Tablo 16 Bedensel Duyumları Abartma ve Cinsel Yaşantıların Evlilik Süresine Göre Değişiklik Gösterme Durumunun Analizi

Tablo 17 Bedensel Duyumları Abartma ve Cinsel Yaşantıların Çocuk Sahibi Olma Durumuna Göre Değişiklik Gösterme Durumunun Analizi

Tablo 18 Bedensel Duyumları Abartma ve Cinsel Yaşantıların Çocuk Sayısına Göre Değişiklik Gösterme Durumunun Analizi

Tablo 19 Bedensel Duyumları Abartma ve Cinsel Yaşantıların Çalışma Durumuna Göre Değişiklik Gösterme Durumunun Analizi

Tablo 20 Bedensel Duyumları Abartma ve Cinsel Yaşantıların Evde Birlikte Yaşayan Akraba Olma Durumuna Göre Değişiklik Gösterme Durumunun Analizi

Tablo 21 Bedensel Duyumları Abartma ve Cinsel Yaşantıların Yatak Odasında Sürekli Uyuyan Çocuk Olma Durumuna Göre Değişiklik Gösterme Durumunun Analizi

Tablo 22 Bedensel Duyumları Abartma ve Cinsel Yaşantıların Alkol Kullanma Sıklığına Göre Değişiklik Gösterme Durumunun Analizi

VIII) KISALTMALAR DİZİNİ

BDAÖ: Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği

CCSD: Complex Somatic Symptom Disorder

SBB: Somatik Belirti Bozukluğu

SB: Somatoform Bozukluk

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

CİB: Cinsel İşlev Bozukluğu

SDBY: Son Dönem Böbrek Yetmezliği

ACYÖ: Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği

DM: Directed Masturbation

FSAD: Female Sexual Arousal Disorder

1.GİRİŞ

“Bedensel işlevlerin bütünlüğü ruhsal işleyişin kalitesi ile olasıdır.” Bu sözler Paris Psikosomatik okulunun kurucularından Pierre Marty’ye aittir. Pierre Marty, S. Freud’un bıraktığı noktadan yola çıkarak beden ve ruh bağlantısının sürekliliği üzerinde çalışmıştır. Beden, tüm tedavi biçimlerinin merkezindedir. Ruhsal olguların bedensel dışavurumları konusu, üzerinde sıklıkla tartışılan bir konudur.

Psikosomatikçiler klinikten yola çıkmışlardır. Hastalarla çalışırken psikosomatik kişilerin dış dünyadaki olaylara karşı fazla duyarlılık gösterdiklerini ve uyarım kalkanlarının eksikliğini saptamışlar.

Psikosomatik, denildiğinde söz konusu olan, nedenlerinde, oluşumlarında, ortaya çıkışlarında ve tedavilerinde ruhsal unsurların rol oynadığı bedensel bozukluklar akla gelir (Küey ve diğerleri, 2005). Psikosomatik, bedenle ruh arasındaki karşılıklı iletişim ve etkileşime işaret eden bir kavramdır (Koptagel,2000).

Bazı hastalıklarda ruhsal durumlarla bedensel belirtiler ve yakınmalar arasındaki ilintiye tıp tarihinin eski çağlarında da dikkat çekilmiş olmakla birlikte, psikosomatik hekimliğin tıp bilimlerinde bilimsel bir kavram olarak tanınması ve özel bir hekimlik alanı olarak yer alması 70-75 yıllık bir geçmişe sahiptir. Başlangıçta araştırmalar daha çok psikosomatik organ hastalıkları üzerinde yoğunlaşmışken, bugün, psikoimmünoloji ve psikoendokrinoloji konusundaki bilgilerin artışıyla, hastalık spektrumu hayli genişlemiş, bir çok hastalık daha psikosomatik hastalıklar grubuna girmiştir (Koptagel,2000).

Psikosomatiği Freud’un psikanaliziyle başlatmak gerekir. Freud’ un histeri üzerine incelemeleri bu konuda ilk önemli kuramsal modeli oluşturmuştur. Freud’un ünlü hastası Anna O. “sinirsel öksürük, anestezinin de eşlik ettiği paraliziler ve histerik gebelik” semptomlarına sahiptir. Freud bu bedensel olguların bilinçdışı bir anlamı olduğu ve bu anlamın kendini beden dili ile ortaya koyduğunu belirtir (Küey vd., 2005).

Psikosomatik Tarihinin Önemli Adları

Psikosomatiğin öncüleri arasında Georg Walther Groddeck ilk sırada yer alır. Groddeck bedensel hastalığı altbenliğin bir ürünü olarak görür. Ona göre hastalığın bir amacı vardır. Altbenlik, semptom yoluyla doyuma ulaşmaya çalışmaktadır. Psikosomatik dışavurum bir durum değil özdür. Groddeck bedensel ve ruhsal hastalıklar ayrımını kabul etmez, ona göre “beden ve ruh” birlikte hasta olurlar.

Psikosomatik tarihinin önemli isimlerinden bir diğeri de Macar hekim ve psikanalisti Sandor Ferenczi'dir. Ferenczi'ye göre, libido artışına karşı benlik kendini bastırma yolu ile savunursa, hastalık ya da yaralanma bir histerik patonevroza yol açabilir veya benlik onunla bütünüyle özdeşleşirse bu durum bir narsisistik patanevroza veya yalnızca bir hastalık narsisizmine, bir hipokondriye neden olabilir.

Psikosomatik tarihinde bir diğeri isim Wilhelm Reich'tir. J.J. Rousseau çizgisinde insan doğasının temelinde iyi olduğunu ve tüm ruhsal ve bedensel hastalıkların toplumsal zorlama ve eğitim sonucu ortaya çıktığını savunur (Küey vd., 2005).

Franz Alexander ve Şikago Okulu

Amerikan psikosomatiğinin bir diğeri öncüsü de Franz Alexander'dır. Macar asıllı bir hekim ve psikanalist olan Alexander (1891-1964), 1930'lu yıllarda arteriosklerotik hastalıkların en önemli ölüm nedenlerinden biri olmasından yola çıkarak bu konuda tıp ve psikiyatriyi derinden etkileyecek psikosomatik araştırmalar geliştirmiştir. Alexander tüm çalışmalarını, hastalıklar ve kişilik tipleri arasında bağlantılar kurmaya yöneltmişti. Ancak kimi kez semptomu simgesel bir anlam yükleyerek, hastalıkları organ nevrozları olarak görmüş, kimi zaman ise semptomları yineleyen heyecansal durumlara iç organların fizyolojik yanıtı olarak değerlendirmiştir. Ona göre heyecan kaybolduğunda onunla eşzamanlı patolojik süreç ortadan kalkmakta, oysa heyecansal durum sürdüğünde veya

sıklıkla yinlendiğinde geri dönüşlü işlevsel bozukluklar kronikleşebilmekte ve organik lezyonlara yol açabilmektedir.

Klein Okulu ve Angel Garma

M.Klein'in görüşlerine bağlı psikanalistler ruhsal ve bedensel arasındaki ilişkilerin heterojenliğine karşın, histerik konversiyon düzeneğini gelişimin tüm dönemlerine ve bedensel işlevlerine genelleştirirler. Bu yaklaşıma göre bedenin tümü, ruhsal aygıt gibi, çatışmaları simgesel olarak dışavurmaya elverişlidir (Küey vd., 2005).

Paris Psikosomatik Enstitüsü

Bu okulun en önemli ismi Pierre Marty'dir. Marty, psikosomatik düzen tanımlayarak Freudcu metapsikolojiyi geliştirmiş ve tamamlamıştır. Pierre Marty (1918-1993), öncelikle psikanalitik kuramın ekonomik bakış açısını vurgulayarak, insanın psikosomatik ekonomisinde var olan iki harekete dikkati çekmiştir: uyarımlar ve onların dışarı aktarılması.

Pierre Marty, Michel Fain ile birlikte ilk çalışmalarını baş ağrısı ve radiküler tip ağrı çeken hastalar üzerine yapmıştır. Baş ağrısının zihinsel tutukluk ile birlikte ortaya çıktığı ve tüm dürtüsel enerjinin boşalım için tek yol olarak kaldığı yorumunu yaparlar. Bedensel semptom bu nedenle bireyin yaşadığı çatışmalı durumla doğrudan bağlantılı olmaktadır. Zihinselleştirme yoluyla boşalma olanağı bulamayan dürtüsel güçler, bedenselleştirmenin yolunu seçmek zorunda kalırlar.

İnsanoğlu sürekli olarak dış ve özellikle iç uyarımların etkisi altındadır. Bu iç uyarımlar kimi kez bilinçli, kimi kez bilinçdışıdır. Uyarımlar gerginlik durumları ortaya çıkarırlar. Süre-durumun korunması ve yeniden oluşturulması için gerilimle ortaya çıkan bu enerjinin boşalmasının yolları bulunmalıdır. İnsan için gerilimlerin boşalmanın üç yolu

vardır: bedensel yol, eylem-davranış yolu, düşünce yani zihinselleştirme yolu (Küey vd., 2005).

Bedensel Belirti Bozuklukları

Bedensel belirti bozuklukları ve ilişkili bozukluklar, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı Beşinci baskısında (DSM-5) yer alan bir ana tanı başlığıdır. DSM-IV-TR'de "Somatoform Bozukluklar" bölümünün ismi DSM-5'te "Bedensel Belirti Bozuklukları ve İlişkili Bozukluklar" olarak değiştirilmiştir.

Eskiden histeri ya da Briquet's sendromu adı altında anılan bu bozukluk, çeşitli organ sistemleri ve bedenin değişik bölgeleri ile ilgili çeşitli fiziksel yakınmalarla giden, çoğunlukla yakınmaların dramatik bir şekilde anlatıldığı, çoğunlukla 30 yaş öncesi dönemde yavaş yavaş başlayarak kronik, inişli çıkışlı bir seyir izleyen, daha çok kadınlarda görülen ve sık sık hekimlere başvuru alan bir tablo oluşturur (Tunçer, 1999).

Somatizasyon bozukluğunun mevcut olduğu hastalarda fiziksel belirtiler, bilinen (teşhis edilebilen) gündelik işleyişin yokluğunda ortaya çıkar. Birinci basamak tedavi arayışında olanların önemli bir bölümünü bu hastalar oluşturur.

Somatizasyon bozukluğu; hastanın doktorunun onu dinlediğini ve anladığını hissettiği, fiziksel sıkıntıların süregiden bir tıbbi yönetim ile doğrulandığı net bir tedavi planlaması gerektirir. Başvuru alan pratisyen hekimle yakın bir iş birliği içinde olan psikologlar; bu hastaların hissettikleri duygulara ilişkin yeni bir anlayış kazanmaları ve düşüncelerinin (hastalık süreçlerine dair geliştirdikleri idrak anlamında) fiziksel semptomlarını nasıl etkilediğini anlamalarının yanı sıra komorbid (birbirinden bağımsız hastalıkların mevcudiyeti sebebiyle yaşanan) duygusal güçlüklerle ampirik tedavinin uygulanabilmesine yardımcı olmak için (tedavi planında) en ideal şekilde yer tutmaktadır (Kenny ve Egan, 2011).

Bedensel duyuların büyütülmesi kavramını ilk kez ortaya atan Barsky ve ark.'dır. Barsky'ye göre, bazı bireyler, normal bedensel duyularını yoğun, zararlı ve rahatsız edici biçimde algılama eğilimindedir.

Bedensel duyuların büyütülmesi; bu duyulara yoğunlaşan artmış dikkat (veya hipervijilans), nadir görülen hafif bedensel duyularla seçici olarak meşgul olma eğilimi ve sonuç olarak bu duyulara özgü (onları daha da yoğunlaştıran ve rahatsız edici kılan affektif kognitif tepkilerle karakterize) abartılı bir algı tarzıdır. Bu algı tarzının somatizasyona (bedenselleştirmeye) yatkınlık oluşturduğu ve bedenselleştirme sürecinde rol oynadığı öne sürülmüştür (Özen, 2007).

Cinsel İşlev Bozuklukları

İnsan cinsel davranış biçimleri ile ilgili ilk kapsamlı çalışmayı Kinsey ve arkadaşları (1948) yapmıştır. Bu çalışmanın ardından Masters ve Johnson 10 yıldan fazla süren araştırmalarının sonuçları ilk kez 1966 yılında "İnsanda Cinsel Davranış" adlı kitapta yayınladılar (Çavaş, 2008). Erkek ve kadında cinsel yanıt tanımı; ilk olarak 1966 yılında Masters ve Johnson tarafından yapılmıştır (Yaşar vd., 2010). Cinsel terapinin en önemli kurucularından olan Helen Singer Kaplan ise 1974 yılında "The New Sex Therapy" isimli kitabını yayımlamış ve daha önce pek dikkat çekmemiş olan, insanda cinsel yanıtın iki fazlı (bifazik) niteliğini ortaya koymuştur.

Son yarım yüzyılda insan cinselliği alanında bilginin artması cinsel sorunların tedavisine yeni yaklaşımlar getirmiş, daha çok insana yardım yolu açılmıştır. Başlangıçta cinsel sorunların tedavisi derin psikopatolojik nedenlere bağlı olarak psikanalitik yöntemle gerçekleştiriliyordu. Davranış terapilerinin geliştiği 1970'li yıllarda Masters ve Johnson'la

“seks terapi” yöntemi devri açıldı. Birçok cinsel işlev bozukluklarının; derin olmayan nedenlerden de kaynaklandığı gözlemlendi (Kayır,2009).

Cinsel işlev bozukluğu, cinsel ilgi veya yanıtın normal alışıl gelmiş tarzının sürekli bozulma hali olarak tanımlanabilir (Yetkin,1998). Cinsel işlev bozukluğu terimi cinsel doyum isteğindeki ya da bu isteği doyurmadaki bozukluğu anlatır. Bozukluklar derece bakımından büyük farklılıklar sergilese de ilişkideki her iki tarafın cinsellikten aldıkları zevk, işlev bozukluğu sergilediği varsayılan partnerden bağımsız olarak, tipik olarak durumdan olumsuz etkilenir (Butcher ve diğerleri, 2013). Cinsel sorunları ele alırken bir organ seksu bozukluğunu değil bir ilişki bozukluğunu ele almak gerekir. Cinsel sorunla gelen tek bir bireyi sağaltmaya çalışıldığında işlevselliğin kusursuz geri kazanılma olasılığı %50 dolaylarındadır. Oysa yaşadıkları cinsel sorunu partnerlerin her ikisinin ortak problemi olarak gören bir çift birlikte tedaviye alındığında başarı şansı %95'lere yükselmektedir (Kapkın,2009).

Cinsellik susama, açlık gibi belirgin fizyolojik bir eksiklik yaratmaması nedeniyle sosyal belirleyicileri de olan karmaşık bir emosyon ve eylemler bütünüdür. İnsan cinsel davranışı tek bir biçime uymaz. Bu farklılık insandan insana değişeceği gibi insanın kendi yaşamında da etkileşimleri ve olgunlaşması ile değişir. Bireylerin toplum içindeki ilişkileri, yaşam koşulları, içinde bulunduğu kültür ortamı, kadın veya erkek oluşu, yaşı, yaşamı boyunca cinsel deneyimlerini ne kadar geliştirdiği gibi çeşitli etkenler bu farkları belirler.

Cinsellik öğrenilen bir kavramdır. Kültürel-biyolojik birçok değişkenin etkilenmesi ile şekillenir. Cinsellik kültürden kültüre değiştiği gibi aynı kültürde ve yaşam dönemleri içinde de değişmektedir (Yıldırım,2009).

2. GENEL BİLGİLER

2.1. BEDENSEL BELİRTİ BOZUKLUKLARI VE İLİŞKİLİ BOZUKLUKLAR

Ruhsal bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı Dördüncü baskısındaki Somatoform Bozukluğu DSM -5'te Bedensel Belirti Bozukluğu olarak değişmiştir.

Somatoform bozukluklar kategorisi DSM-3 yayınlanana kadar resmen tanınmıyordu. DSM 3'ün orijinal somatoform bozuklukları kategorisi somatizasyon bozukluğu, hipokondri, konversiyon bozukluğu, psikojenik (ruhsal kökenli) ağrı bozukluğu ve rezidüel somatoform bozukluk kategorisini kapsıyordu. DSM'nin arka arkaya çıkan iki yayını aynı bozuklukları, değişik künyeler ve tanısal kriterleri içeriyordu. Dymorphophobia, sonradan adlandırıldığı şekliyle beden dismorfik bozukluğu, DSM-3'te bir rezidüel somatoform bozukluk olarak görülüyordu ve DSM-3 R'de ve DSM-4'te diğerlerinden ayrılan bir bozukluk olarak kategorize edilmişti. Tablo 1 her bir DSM yayınında yer alan bozuklukların ana hatlarını veriyor (Woolfolk ve Allen, 2011).

Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatiksel Rehberi'nin dördüncü baskısına göre, somatizasyon bozukluğu; iki açıklanamayan ağrı-içermeyen mide-bağırsak semptomu, bir açıklanamayan cinsel veya menstruasyonla (adet kanaması) ilgili semptom ve bir psödonörolojik semptom olmak üzere en az dört açıklanamayan ağrı semptomu ile tanımlanmaktadır. Fiziksel şikayetler 30 yaş öncesinde başlamış ve genel olarak birkaç yıldır sürüyor olmalıdır. Belirtiler, (hasta numarası yapanlarda olduğu gibi) hasta tarafından kasıtlı olarak yaratılmıyor ve uygun araştırmalar sonrasında da herhangi bir medikal durum ile tam olarak açıklanamıyor olmalıdır. Somatizasyon bozukluğu olan hastalar, sağlık hizmetlerini fazlaca kullanma eğilimindedirler ve huzursuzluk, yorgunluk

ya da belirtilerini azdırma korkusuyla verimli ve keyifli aktivitelerden uzak dururlar.

DSM-V önergesi somatizasyon bozukluğunun “Karmaşık Somatik Semptom Bozukluğu”(CSSD) adı verilen yeni bir bozukluğun kapsamına alınmasını teklif eder. CSSD, aynı zamanda hipokondri, ağrı bozuklukları ve ayrıştırılmamış somatoform bozuklukları da kapsamaktadır. Eşit oranda hem fiziksel hem de bilişsel semptomlara vurgu yapar. “Karmaşık” ifadesi ile somatik ve bilişsel semptomların her ikisinin de mevcut ve sürekli olması gerektiği ifade edilmek istenmiştir (Kenny ve Egan,2011).

DSM-3	DSM-3 R	DSM-4	Önerilen DSM-5
Somatizasyon Bozukluğu	Somatizasyon Bozukluğu	Somatizasyon Bozukluğu	-Karmaşık Somatik Semptom Bozukluğu
Hipokondri	Hipokondri	Hipokondri	-Basit Somatik Belirti Bozukluğu -Hastalık Anksiyetesi Bozukluğu
Psikojenik Ağrı Bozukluğu	Somatoform Ağrı Bozukluğu	Ağrı Bozukluğu	Nörolojik Fonksiyon Bozukluğu
	Ayrıştırılmamış Somatoform Bozukluk	Ayrıştırılmamış Somatoform Bozukluk	
Konversiyon Bozukluğu	Beden Dismorfik Bozukluğu	Beden Dismorfik Bozukluğu	
Değişik (Tipik olmayan) Somatoform Bozukluk	Somatoform Bozukluk NOS	Somatoform Bozukluk NOS	
			Tıbbi durumu etkileyen psikolojik faktörler

Tablo 1. Somatoform Bozukluklar 1980 – Günümüze

Somatizasyon, herhangi bir organik, fiziksel nedene bağılı olmadan ortaya çıkan bedensel (somatik) yakınmaları olan kimseleri tanımlamak için kullanılan bir terimdir. Lipowsky (1988), somatizasyonu en çok kabul gören şekilde tanımlamıştır: “Somatizasyon, patolojik (objektif) bir bulgu olmaksızın bedensel rahatsızlığın yaşanarak dile getirilmesi ve bunun fiziksel bir hastalığa bağılı olabileceğı düşüncesiyle tıbbi yardım arama eğilimidir” (Tunçer,1999a).

‘Somatizasyon’ kelimesi, ilginç biçimde, psikoanalist Wilhelm Stekel tarafından 1920’lerde kullanılan Almanca bir kelimenin yanlış tercüme edilmesiyle kullanılmış. Organsprache kelime anlamıyla ‘organın konuşması’ demektir — elverişsiz ve muğlak bir kavram. Somatizasyon, özellikle de DSM-3 yazarları tarafından psikiyatrik tanı terimi olarak tanıtıldığı 1980 sonrasında yaygın bir değer kazandı. O zamandan bu yana, somatizasyon ve onun çeşitli permutasyonları üzerine devasa bir literatür gelişti. Kelime; kısmen nötr çağrışımı ve kısmen de DSM sınıflandırma sisteminin otoriter gücü sebebiyle aynı şekilde kaldı (Mai,2004).

Kullanıldığı ilk günden itibaren kavram karmaşasına ve tartışmalara yol açan “Somatizasyon”un tanım ve sınıflandırmaları üzerinde halen görüş birliğine varılabilmüş değildir.“Somatizasyon” terimi için iki farklı tanım ortaya çıkmıştır. Bazı yazarlar tarafından somatizasyon, psikolojik sıkıntının bedensel bulgular biçiminde yaşanması ve iletilmesi olarak tanımlanmaktadır. Somatizasyonun psikolojik sıkıntının farkındalığına veya ifadesine karşı bir savunma olduğunu öne süren yazarlar da vardır (Özen, 2007).

Sullivan ve Katon (1993) somatizasyonun tıpta rahatsızlığın fizyolojisi ile belirtilerin algılanmasının psikolojisini birbirine bağlayan değişik bir süreç olduğunu öne sürmüşlerdir. Aslında somatizasyon yaşamın ilk dönemlerinden itibaren çevreyle ilişkilerin beden vasıtasıyla sağlandığı, anlatım aracı olarak sözcüklerin henüz kullanılmadığı

dönemde bir tür işaretleşme aracı olarak kullanıldığı, daha sonra sosyal çevreyle iletişimde sözcüklerin kullanılmaya başlanmasıyla desomatizasyon süreci içine girildiği ancak yaşam döngüsü içinde karşılaşılan güçlükler ve zorlanmalar karşısında yeniden bedene dönüşlerin (resomatizasyon) söz konusu olduğu, sosyal, çevresel ve duygusal yaşantılarla ilintili bir süreci belirlemektedir (Tunçer,1999a).

Fiziksel semptomlar, hekimlere ayaktan tedavi için başvurunun temel nedenlerindedir. Genellikle yorgunluk, sırt ağrısı, baş ağrısı, baş dönmesi, göğüs ağrısı, nefes daralması, karın ağrısı ve anksiyete gibi semptomlar kişilerin hekimleri ziyaret etmesine neden olmaktadır (Tunçer,1999). Somatoform bozukluklar, büyük olasılıkla, kendilerini bedensel belirtiler olarak gösteren bilinçdışı çatışmalardan kaynaklanırlar. Birincil ve ikincil kazançların bu bozuklukların gelişmesine katkısı olur. Birincil kazançta, hastalar, intrapsişik çatışmalarının ayırımında olmamak için bilinçdışı çabayla bedensel belirtiler çıkartırlar. İkincil kazançta, hastalar, bedensel belirtilerinin özgül getirilerinden yararlanırlar (zorunluluklarından kurtulma, duygusal birtakım dayanaklar sağlama gibi) (Köroğlu, 2005).

Somatizasyon bozukluğu, özellikle birinci basamak sağlık hizmetleri düzenlemelerinde, hem hastalar hem de klinik tedavi uzmanları için önemli bir sorumluluk teşkil eder (Kenny ve Egan,2011).

Kişi içindeki ruhsal çatışmasını bedensel bir sorun haline dönüştürmüş olup, onunla uğraşmaktadır. Dolayısıyla, beden belirtisi onun baş edemediği iç ruhsal sorunuyla uğraşımın yerine geçmiştir. Bazı konversiyon belirtilerinde, örneğin büyük histeri nöbetlerinde, psikojen kusmalarda, hareket ve duyu bozukluklarında beden yoluyla anlatımın simgesel niteliği çok belirgin ve açıkça ortadadır. Kronik psikojen ağrılar, hipokondri gibi diğer somatoform bozukluklarda, anlatım daha az dramatik olmakla birlikte, dolaylı da olsa, belirti yine nevrotik çatışma ile ilintilidir. Hastanın hekime sunduğu belirtileri ve yakınmaları, aslında onun içindeki, bastırıldığı, kendine bile yadsıdığı bir takım yaşantıların, duyguların, gereksinimlerin, isteklerin simgesel anlatımıdır. Bunlar

arasında, insanlararası ilişkilerdeki kırgınlıklar, sevgi, ilgi, korunma, birine yaslanma gereksinimi gibi durumlar sayılabilir (Koptagel, 2000).

Aleksitimi (hastanın duygularını tanıyamaması ve ifade edememesi) kronik bedenselleştirme gelişen hastalarda sıklıkla gözlenir; bu hastalar belirtilerini son derece ayrıntılı anlatabilirken, duygularını söze dökemezler. Genellikle psikolojik açıdan sorunlarını araştırmaya yatkın ve istekli değillerdir. Klinikleri ardında kızgın ve hayal kırıklığına uğramış hekimler bırakarak dolaşırlar. Dosyaları hastalık ve ilaçlarla ilgili pek çok bilgi içermesine karşın, kişisel bilgileri içermez. Bütün tanı ve tedavi çabaları boşa çıkar, belirtisi tam açıklamasa bile tıbbi ya da psikiyatrik bir tanı konmuşsa ve tedavi için bir ilaç önerilmişse, ilaçların neredeyse bütün “yan etkileri” ortaya çıkar. Hekimde hastanın hasta kalmak ve acı çekmek ihtiyacı içinde olduğu izlenimi doğar. Beden yakınmaları, düşük benlik saygısı ile baş etmeye yönelik bir savunmadır; kendilik algısı ile bir sorunu olduğunu kabul etmek acı verir, oysa bedeni ile sorunu olduğu fikri hem daha kolay anlaşılır, hem de daha kolay kabul edilebilir (Özmen, 2012).

Somatoform belirtiler sadece hastanın iç ruhsal dengesini destekleyip korumada değil, eş ilişkileri, aile ilişkileri gibi insanlararası ilişkilerde de işlev görürler. Aile nevrozları bunun belirgin örneğidir. Aile üyelerinden birinde bedensel bir hastalık ortaya çıktığında bu sıklıkla aile içindeki çatışmayı hafifletmeye, durdurmaya veya yönünü değiştirmeye yarar. Aile üyeleri çatışmayı bir kenara bırakıp, dikkatlerini hasta kişinin hastalığı üzerinde toplarlar. Bozuk düzenli ailelerde, bazen aile üyeleri hasta kişinin belirtisine sarılıp, bu belirtiyi dayanak olarak kullanarak, bozuk aile sistemini, yalandan da olsa, bu yoldan dengede tutabilirler (Koptagel, 2000).

DSM 5 ile bu grup içine yapay bozukluklar ve tıbbi durumu etkileyen psikolojik faktörler de alınmıştır. DSM 5'e göre somatik belirti bozukluklarının sınıflandırılması şöyledir:

- 1- Somatik belirti bozukluğu
- 2- Hastalık anksiyetesi bozukluğu
- 3- Konversiyon bozukluğu (fonksiyonel nörolojik belirti bozukluğu)
- 4- Yapay bozukluk
- 5- Tıbbi durumu etkileyen psikolojik faktörler
- 6- Başka belirlenmiş somatik belirti ve ilişkili bozukluklar
- 7- Belirlenmemiş somatik belirti ve ilişkili bozukluklar

Ancak somatik belirti bozuklukları ve somatizasyon kavramının bunlarla sınırlı olmadığı çok geniş bir kavram oldukları unutulmamalıdır. Genel tıbbi kliniklere başvuran olguların önemli bir bölümünün bu grup hastalıklar olduğunu düşünebiliriz. Yatan hastalar arasında DSM IV'e göre bir somatoform bozukluk ölçütlerini karşılayanların oranı %20.2 gibi yüksek oranlardadır. Genel toplumda birçok kez doktora gittiği halde açıklanamayan fiziksel yakınması olanların oranı %10 kadardır. Somatoform bozuklukların yaşam boyu prevalansı ise %4-5 kadardır.

Gerçekte klinikte tıbbi olarak açıklanamayan belirtiler depresyon ve panik bozukluk gibi psikiyatrik durumlara eşlik edebilirler. Bazen de ağır travma ve stres etkenlerinin ardından ortaya çıkarlar. Diğer bir görülme tarzı da olguların bu belirtilerden psikolojik doyum veya sekonder kazançlar elde ettiği durumlardır. Altta yatan süregen mutsuzluk ifadesi de olabilirler. Bir diğer biçim de, açıklanamayan bir grup tıbbi belirtiler olmasıdır. Bu olguların sağlık hizmeti kullanma olasılıkları çok yüksektir. Buna karşın tatmin olmayarak arayışlarını sürdürürler (Yüksel, 2014).

2.1.1. BEDENSEL BELİRTİ BOZUKLUĞU

Bedensel belirti bozukluğu psikolojik kökenli çoğul somatik belirtileri tanımlayan bir tanı kategorisidir. Bu hastalık DSM IV'teki somatizasyon bozukluğu, ayrışmamış somatoform bozukluk, psikolojik faktörlerle ve genel tıbbi durumlarla giden ağrı bozukluğu tanımlarını kapsayan bir kategoridir. Geçmişte hipokondriazis olarak tanımlanan bazı durumları da içermektedir.

Bu kavram önceleri histeri denen daha sonra bu hastalığı tanımlayan kişiye dayanarak Briquet Sendromu olarak adlandırılan hastalığa dayanır. 1960'ların sonunda Briquet Sendromu tanımlanmış, bu kavram önceki histeri kavramını içermiştir. Yeterli bilgi birikiminin ardından somatik belirti bozukluğu tanımlanmıştır.

Somatik belirti bozukluğu ve eşikaltı somatizasyon tanıları son 50 yılda artış göstermiştir. Bu artış gerçek bir artış olmaktan çok yorgunluk, baş ağrısı, üst solunum yolu sorunlarını tıbbi nedenlerle açıklama eğilimindeki artışı yansıtmaktadır. Örneğin kronik yorgunluk, total alerji sendromu, gıda aşırı duyarlılıkları, reaktif hipoglisemi, sistemik maya enfeksiyonları, fibromiyalji, mitral valv prolapsusu (MVP) fonksiyonel somatik sendromlar olarak tanımlanmaktadır (Yüksel, 2014).

2.1.1.1. Somatik Belirti Bozukluğunun Karakteristik Özellikleri

Somatik Belirti Bozukluğu (SBB); çok rahatsız edici ya da ciddi işleyiş bozukluğuyla sonuçlanan somatik belirtiler ve bunların yanı sıra bu belirtilerle alakalı aşırı ve orantısız düşünce, duygu ve davranışlarla karakterize edilmiştir. SBB teşhisi konulabilmesi için bireyin (tipik olarak en az 6 ay) devamlı olarak bu belirtileri taşıyor olması gerekir.

DSM'nin ilk yayınından bu yana birçok değişiklik yapıldı. DSM-IV somatizasyon bozukluğu, hipokondri (kendini dinleme hali), ağrı bozukluğu ve farklılaştırılmamış somatoform bozukluklar çıkarıldı; artık bu bozukluklardan biri ile teşhis konan bireylerin hepsine değilse de çoğuna SBB teşhisi konabiliyor. DSM-IV somatizasyon bozukluğu teşhisi dört semptom grubu arasından belirli sayıda şikayet olmasını gerektirirdi. Artık SBB kriterinde böyle bir zorunluluk yok, ancak; somatik belirtilerin gündelik yaşamı ciddi derecede rahatsız edici veya yıkıcı olması ve duygu, düşünce ve davranışlarda bir aşırılığın da bu belirtilerin beraberinde gelmesi gerekiyor.

DSM-5 kriterinde ki bir başka kilit değişim de; tıbben açıklanamayan belirtiler DSM-4'teki pek çok bozukluğun kilit özelliğiyken, bir SBB teşhisinin tıbben açıklanamayan somatik belirtiler gerektirmemesi. Başka bir deyişle, belirtiler başka bir medikal durumla alakalı olabilir de olmayabilir de. DSM-5'in SBB kriterindeki tanımlayıcı anlatım metni, bir medikal sebep tek başına kanıt olarak gösterilemeyeceği için bireylere yalnızca zihinsel bozukluk teşhisi koymanın uygun olmadığı konusunda uyarıyor. Dahası, somatik belirtiler tıbben açıklanıyor olsun veya olmasın, SBB teşhisi konabilmesi için birey kriterin devamındaki koşullara yanıt veriyor olmak durumunda (American Psychiatric Association,2013).

2.1.1.2.Hastalığın Demografisi, Eşzamanlılığı, Gidişati

Somatizasyonu bulunan olgular oldukça heterojen bir grup oluşturmaktadır. Somatizasyonun süresi, şiddeti, duygudurum bileşeninin katılım derecesi ve şiddeti, bireyin duygularını tanıma ve anlatma yeteneği olgular arasında büyük değişkenlik göstermektedir (Fidanoğlu, 2007).

Bedensel belirti bozukluğu genellikle ergenlik döneminde başlar ve kadınlar arasında erkeklere oranla üç ila on kat daha çok görülür. Somatizasyon herhangi bir yaşta görülebilir, ancak en sık görüldüğü yaş aralığı 20-60'tır. Genel kanının aksine yaşlılarda

gençlerden daha fazla görülmez (Özen, 2007; Çakmak 2005). Aynı zamanda daha az eğitilmiş ve daha düşük sosyoekonomik sınıftan gelenler arasında daha yaygındır (Butcher ve diğerleri, 2013; Khouzam,1999). Göç etmiş gruplarda ve azınlık gruplarında da daha sık görülebildiği bildirilmiştir (Kesebir,2004). Somatizasyonun yaygınlığının, toplumdan topluma, batıdan doğuya farklılıklar gösterdiği bildirilmiştir. Doğu kültürlerinde somatizasyon yaygınlığının daha yüksek olduğu ve bedensel belirtilerin kayda değer düzeyde diğer ruhsal bozukluklara eşlik ettiği vurgulanmaktadır (Özenli ve diğerleri, 2009).

Genel toplumda görülme sıklığı kadınlar için %0.2-2; erkekler için ise %0.2 kadardır. Bir yıllık prevalans ise %0.07'dir. Ailesel yatkınlıkları vardır. Antisosyal kişilik, alkol ve madde kötü kullanımı bu olgularda sık olarak izlenmektedir. Hastaların birinci derece kadın akrabalarında bu hastalık %10-20 kadardır. Erkek akrabalarında ise antisosyal kişilik ve alkolizm olasılığı daha yüksektir. Erkek olguların birinci derece akrabalarında oran genel popülasyonun 3.5 katıdır. Genellikle ergenlik döneminde adet sorunları, baş ağrısı veya abdominal ağrı ile başlar. Çevresel etkenlerin katkıda bulunduğu da kabul edilir (Sevinçok, 1999;Butcher ve diğerleri, 2013; Aysevener, 2013;Yüksel, 2014;Atmaca, 2012).

Depresyon ve anksiyete tanısı almış hastaların %50-80'inin ilk sağlık hizmeti başvurularının somatik belirtilerle olduğu saptanmıştır (Bridges ve Golberg, 1985). Bedensel belirti bozukluğu kronik ve sıklıkla işlev kaybına yol açan bir bozukluktur. Semptomların şiddetinin arttığı ve yeni semptomların geliştiği epizodlar 6-9 ay sürer ve 9-12 ay da sonlanan daha az semptomatik dönemlere ayrılabilir. Bununla birlikte nadiren hasta tıbbi yardım aramaksızın bir yıldan uzun süre dayanır. Yeni stresler ile veya stresin artması ile periyodların sıklaşması ve somatik semptomların alevlenmesi arasında sıklıkla ilişki vardır (Kaplan ve Sadock, 2004).

2.1.1.3.Sınıflandırma

DSM 5'e göre Bedensel Belirti Bozukluğu Tanı Kriterleri

A. Sıkıntı veren ya da günlük yaşamı önemli ölçüde kesintiye uğratan bir ya da birden çok bedensel belirti.

B. Aşağıdakilerden en az biri ile kendini gösteren, bedensel belirtiler ya da bunlara eşlik eden sağlıkla ilgili kaygılarla ilişkili aşırı düzeyde düşünceler, duygular ya da davranışlar:

- 1.Kişinin belirtilerinin önemiyle orantısız, süreklilik gösteren düşünceler.
2. Sağlıkla ya da belirtilerle ilgili, sürekli yüksek düzeyde bir kaygı.
3. Bu belirtilere ya da sağlık kaygılarına aşırı zaman ve içsel güç harcanır.

C. Herhangi bedensel bir belirti sürekli olarak bulunmasa da, belirti gösteriyor olma durumu süreklilik gösterir (altı aydan daha uzun süreli olarak).

Varsa belirtiniz:

Ağrının baskın olması ile giden (önceki adı ağrı bozukluğu) : Bu belirleyici, bedensel belirtilerine ağrının baskın olduğu kişiler içindir.

Varsa belirtiniz:

Süregiden: Süregiden gidiş, ağır belirtiler, işlevsellikte belirgin bir düşme ve uzun sürme ile (altı aydan daha uzun) belirlidir.

O sıradaki ağırlığını belirtiniz:

Ağır olmayan: B tanı ölçütünde sıralanan belirtilerden yalnızca biri karşılanır.

Orta derecede: B tanı ölçütünde sıralanan belirtilerden ikisi ya da daha çoğu

karşılır.

Ağır: B tanı ölçütünde sıralanan belirtilerden ikisi ya da daha çoğunun karşılanmasının yanı sıra çoğul bedensel yakınmalar (ya da ağır bir bedensel belirti) vardır.

2.1.1.4. Bedensel Belirti Bozukluğunun Etiyolojisi

Somatizasyonun etiyojisine dair teori ve hipotezler de en az tanımı kadar çeşitli ve karmaşıktır (Özen, 2007). Bireylerin duygusal durumlarının belirli hastalıkların gelişmesinde önemli bir rolü olduğu konusunda otoriteler arasında bir uzlaşma olmasına rağmen somatizasyon bozukluğunun etiyojisi tam olarak bilinmemektedir (Fidanoğlu, 2007).

Birçok çalışmada somatizasyon bozukluğu (SB) olan hastaların kadın birinci derece akrabalarının yaklaşık %20'sinin SB tanı ölçütlerini karşıladığı bulunmuştur. Guze ve arkadaşları (1986) "kör" bir aile çalışmasında SB'nin ailesel özelliğini göstermiştir. Bu çalışmada aynı zamanda erkek ve kadın akrabalarda SB ile antisosyal kişilik arasındaki ilişki gösterilmiştir. Ayrıca çeşitli çalışmalarda SB olan kadın hastaların erkek akrabalarında antisosyal kişilik bozukluğu ve alkolizm riskinin arttığı belirtilmiştir. Kadınlardaki somatizasyonun antisosyal kişilik ile ortak bir etiyoji paylaştığı da ileri sürülmektedir. Erkeklerdeki somatizasyon anksiyete bozukluklarıyla daha çok ilişkili olabilir (Sevinçok, 1999).

Bedensel belirti bozukluğuna neden olan etkenler şöyle sınıflanabilir;

Psikososyal Faktörler

Ruhsal bozuklukların bedensel anlatımı çeşitli kültürlerde görülen bir olgudur. Beden diliyle iletişim sağlama davranışının toplumsal ve kültürel bir yönü olduğu düşünülmektedir. Somatize eden hastalarda duygu dili sözcüklerden çok bedensel

simgelerden oluşmaktadır. Somatizasyon kökünü ontogenetik gelişim sürecinden alan bir iletişim yolu, bir anlatım biçimidir. Sözel anlatımın zorlaştığı, sakıncalı olduğu veya yetersiz kaldığı durumlarda, duyguların açıklanmasında dolaylı bir araç olup, sözcüksüz iletişim görevini üstlenir. Kişinin yaşadığı duyumları nasıl adlandıracağı ve yorumlayacağı, içinde yaşadığı kültürün kendine sunduğu etkenlerin biçimleriyle sağlanmaktadır. Somatizasyonun depresyonunun bedensel belirtileri olarak Asya, Afrika, Amerika ve Avrupa'daki değişik kültürel gruplarda görülebildiği bildirilmiştir. Bazı ülkelerde de somatizasyonu anlatmak için farklı tanımlar kullanıldığı görülmüştür. Bazılarına göre, bu bozukluklar kültürel düzeyi yükseldikçe, bedensel anlatım, yerini psikolojik anlatıma bırakmaktadır. Bireylerin “Ruh hastası” olmaktansa “Bedensel hasta” olmaya yatkın olmalarına neden olmaktadır. Bu bağlamda, birey bedensel hastalığı aracılığıyla çevresini daha kolay etkileyebilmekte ve sorumluluklarından daha kolay uzaklaşabilmektedir (Fidanoğlu,2007).

İlkel toplumlarda rahatsızlık kavramı hem sembolik hem de somut bir rol oynamaktadır. Rahatsızlık sadece kişisel değil, toplumsal bir sorun olarak değerlendirilir. İnsanı beden ve zihin ikilisinden oluşan otonom ajanlar olarak değerlendiren batı kültürünün aksine ilkel toplumlarda varoluşsal ve sosyal problemlerin ve sıkıntının bedensel belirtiler üzerinden ifadesi doğal bir süreç olarak kabul edilmiştir.

Batı toplumlarında sıkıntının somatize edilmesinin (bedenselleştirilmesinin) infantil, regresif, ilkel ve hiç sofistike olmayan bir tutum olduğu görüşü ağırlıktadır. Oysa Kirmayer ve Young'a göre stresin somatik olarak ifade edilmesi ruh sağlığı hizmetlerinin çok gelişkin olmadığı yerlerde kaçınılmazdır ya da psikiyatrik bozuklukların stigmatize edildiği topluluklarda akıllı bir tercih bile olabilir. Bu tür toplumlarda sıkıntının somatize edilmesi sosyal çevre ile uyumu ve sosyokültürel destek alınmasını sağladığı için daha gelişkin ve daha uyuma yönelik bir mekanizma bile olabilir. Bu toplumlarda somatizasyon hem sosyal desteği sağlar hem de hastayı, sosyal ilişkilerini zedelemeyen hoş görülebilir bir zemine yerleştirir. Pek çok yazar geleneksel kültürlerde sosyal uyumsuzluğun ya da duygu durumu bozukluğunun somatik belirtilerle ortaya çıktığını belirtir (Özen, 2007).

Biyolojik ve Genetik Etkenler

Somatizasyonun biyolojik temelleri konusunda bilgimiz çok azdır. İşitsel uyarılmış potansiyellerle yapılan çalışmalar ve uyarılmış potansiyellerle bölgesel beyin kan akımlarının birlikte değerlendirildiği bazı çalışmalar Somatizasyon Bozukluğu hastalarında hafif nöropsikolojik bozuklukların olduğunu düşündürmektedir. Bu çalışmalar, hastaların kendilerine özgü dikkat ve bilişsel çarpıtmalarının sonucunda somatosensoryal girdilerin hatalı değerlendirildiğini ve algılandığını önerir.

Temel sinirbilim araştırmalarının yeni bir alanı da somatizasyon bozukluğu ve diğer somatoform bozukluklar ile ilgili olabilecek sitokinlerdir. Sitokinler, immün sistemin kendi içinde ve beyin dahil sinir sistemi ile iletişim kurmak için kullandığı haberci moleküllerdir. İnterlökinler, tümör nekroz faktörü ve interferonlar sitokin örnekleridir. Bazı ön çalışmalar sitokinlerin, hastalıkların özellikle enfeksiyonların hipersomni, anoreksi, yorgunluk ve depresyon gibi özgül semptomlarının ortaya çıkmasına yardımcı olabileceğini göstermiştir. Hipotezi destekleyen veriler olmamakla birlikte, sitokin sistemindeki anormal yapılanma somatoform bozukluklarda görülen bir takım semptomlardan sorumlu olabilir (Kaplan ve diğerleri, 2004;Yücel, 2014).

19. yy sıralarında Briquet, histeri vakalarında aile kümelenmesi gerçekleşmesinin güçlü bir olasılık olduğunu keşfetti. Tabii ki, aile kümelenmesi genetik veya çevresel etkilerin hatta her ikisinin de rol oynamasının bir sonucu olabilir. Cloninger ve diğerleri, Briquet sendromu olan hastaların erkek akrabalarının antisosyal kişilik ve alkolizme; bir erkek hapisane nüfusunun kadın akrabalarının ise Briquet sendromuna yüksek oranda yakalandıklarını keşfetmişlerdir. Kadınlarda histerinin; erkeklerde sosyopatiye sebep olan sürecin, kadınların daha çok yakalandığı ve daha az anormallik sergilediği bir aynısı olduğunu ve somatizasyon bozukluğunun kadınlarda, erkeklerle kıyasla daha farklı bir ailesel paterne (familial pattern) sahip olduğunu bulmuşlardır. Erken yaşta akrabaları olmayanlar tarafından evlat edinilen kadınlar (n = 859) arasında yapılan bir diğer araştırma, evlat edinilenler arasında somatize edenlerin (somatizer), evlat edinilmeyen kişilere

(control group) kıyasla ciddi bir aşırılık oranında olduğunu göstermiştir. Evlat edinilenlerin, kriminal veya psikotik davranış sergileyen ailelerinin çok fazla sayıda olduğu biliniyor.

Bazı ikiz araştırmalarında genetik bileşene dair kanıt bulunmuş ama diğerlerinden negatif sonuçlar elde edilmiştir. Bu sebeple şu sonucu çıkarabiliriz; genetik faktörler somatizasyon bozukluğunda rol oynasa da etkisi, sınırlı türdendir (Mai, 2004). Tek ve çift yumurta ikizi ergen kardeşlerle yapılan bir alışma (Minnesota ok-Yönlü Kişilik Envanteri kullanarak) bu yaş grubunda genetiğin somatik semptom oluşumuna katkısının düşük olduğunu önermiştir. Yetişkin psikiyatri hastası ikiz çalışmaları, somatizasyonun genetik bileşeninin derecesi konusunda kesin sonuçlar ortaya koymamıştır. Ancak genel popülasyonda kendini değerlendirme ölçeklerinin tek ve çift yumurta ikizlerine uygulanmasından elde edilen sonuçlar somatik anksiyetede genetik bir faktör olduğunu önermiştir (Fidanoğlu,2007).

Psikolojik Nedenler

‘Hastalığın tutumu’ somatizasyonla ilişkili bir kavramdır. 1970’lerde Mechanic tarafından geliştirilmiştir ve bireyin (yatağına gitmesi, ilaçlarını alması, doktorla görüşmeye veya acile gitmesi gibi – ki onu ‘hasta’ya dönüştüren bu son kısımdır) hasta olduğunda takındığı tavırlara işaret eder. Birey kendisini hasta olarak algıladığından, hastalığın doğası ılımlı ya da şiddetli, organik ya da psikolojik olsun hastalığın tutumunun ilerleyişiyle alakalı değildir; birey hastalığın doğasının da şiddetinin de farkında değildir.

Öğrenme kuramı davranışın deneyim yoluyla öğrenildiğini varsayar. Dolayısıyla, ödüllendirilen davranış desteklenip pekiştirilirken, ödüllendirilmeyen davranışlar engellenir. Bu nedenle, somatizasyon bir hastanın uyumlayıcı davranış repertuarındaki noksanlıkların yerini tutan sosyal ihtiyaçları elde etmesinde uyumsuz bir yol olarak görölür.

Hasta ebeveyni gözlemleyen bir çocuk veya kardeş, hastalık tutumunu öğrenebilir. Hastalığın ilk deneyimlenişi somatizasyonun patojenezinde önemli bir faktördür. Tanımlama süreci boyunca; şiddetli veya kronik herhangi bir hastalığı sırasında ebeveynini izleyen bir çocuk, büyüdüğüde somatoform bozukluğu geliştirebilir. Somatizasyon bozukluğu olan kadınların babalarının antisosyal kişilik bozukluğunun olmasının daha muhtemel olduğu gösterilmiştir. Bu etkiye aracılık eden genetik faktörler mi, psikososyal faktörler mi yoksa her ikisinin bir birleşimi mi, bilinmiyor. Geleneksel psikoanalitik faktörler (anne veya babayla anlaşmazlık ya da öfke ve üzüntünün ayar ve kontrolü de dahil) bireysel vakalarda rol oynayabilirler. Ancak, deneysel incelemelerin hiçbiri bu hipotezlerin daha geniş hasta gruplarındaki geçerliliğini test etmemiştir (Mai,2004).

2.1.1.5.Ayırıcı Tanı

Bedensel belirti bozukluğu olan hastaların ayırıcı tanısında belirtiler fiziksel hastalıklarla karışabileceği gibi altta yatan fiziksel hastalık klinik tabloyu karmaşıklştırabilir. Bu nedenle müphem veya çoğul somatik belirtiler veren tüm fiziksel hastalıklarla ayırım yapılmalıdır. Somatik belirti bozukluğu ile daha çok sinsi başlayan, müphem özgül olmayan, birçok sistemle ilgili belirtiler veren hastalıklar karışır. Bunlar daha çok kollagen doku hastalıkları ve endokrin bozukluklardır (Yüksel, 2014).

Bedensel belirti bozukluğunun belirtileri özgün ve tanı koydurucu olmadığından, özellikle de yakınmaların 40 yaşından sonra başladığı hastalarda mutlaka organik sebebe yönelik bir araştırma yapılmalıdır (Yücel, 2014).

Bilinen tetkik yöntemler ile tanı konamaması altta yatan fiziksel hastalığı kesin olarak dışlamaz. Bu açıdan dikkatli olunmalı, hastalığın ve belirtilerin seyrine bakılarak gerektiğinde tetkikler yinelenmelidir (Yüksel, 2014).

2.1.1.6.Tedavi

Bedensel belirti bozukluğunun tedavisi güçtür ve üstünlüğü gösterilmiş belirli bir tedavi saptanamamıştır. Somatik yakınmalar tıbbi yaklaşımla değil, genel psikiyatri yaklaşımlarıyla ele alınmalıdır (Sevinçok, 1999; Yücel, 2014). Hastanın, rahatsızlığının ruhsal yanlarını görebilmesi için psikoterapi yararlı olur (Koroğlu, 2005). Çoğunlukla uygun düşen psikoterapi türü de destekleyici psikoterapidir. Hastanın belirtilerinin onda sıkıntı yarattığını kabul ederek, olumlu bir hekim-hasta etkileşimi kurup, psikosozyal sorunları ve çatışmaları ile psişik yönden baş edebilmesini sağlayan, duygu anlatımını beden dilinden sözel dile çevirmesine yardımcı olan bir tedavi uygulanacaktır. Kimi zaman, hastalara yıllarca süren aralıklı danışma desteği uygulanması gerekebilir (Koptagel, 2000).

Somatoform bozukluklarda tedavi en temel olarak doğru tanıya dayanmaktadır. Yeterli değerlendirilmeksizin konan somatoform bozukluk tanıları hem altta yatan tıbbi durumun tedavisinde gecikmeye yol açmakta hem de tedaviye olan uyumu olumsuz yönde etkilemektedir. Tanı konduktan sonra tanının hasta ile paylaşımı, hastanın bilgilendirilmesi ilk basamaktır. Psikiyatrik tedaviye sıklıkla direnç gösteren bu hasta grubunda psikiyatrik izlem ile var olan fiziksel yakınmaların değerlendirmesi tedavi işbirliğini artırır. İzlemede hastanın semptomlarından sosyal sorunlara ve kişiler arası ilişkilere geçiş yapılması hedeflenmelidir. Somatoform bozuklukların ilaç tedavisinde temel olarak antidepresanlar yer alır. Antidepresanlar içinde en yaygın olarak kullanılan ilaçlar seçici serotonin geri alımın inhibitörleridir (SSGİ). Antidepresanlar özellikle depresif bozukluklar, anksiyete bozuklukları gibi eş tanıli durumların varlığı, işlevsel somatik sendromlar (irritabl barsak sendromu, fibromyalji gibi) önceliklidir (Aysevener, 2013).

2.1.2. HASTALIK KAYGISI BOZUKLUĞU

Ruhsal bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı Dördüncü baskısındaki Hipokondriazis DSM-5'te Hastalık Kaygısı Bozukluğu olarak değişmiştir.

Hastalık kaygısı bozukluğu bir kişinin zamanının büyük bir bölümünü alacak şekilde hastalık ve sağlık konuları ile aşırı uğraşmasını belirtir. Bu olgularda fiziksel bir bozukluk olmadığı halde ciddi bir biçimde hasta olduğu kaygısı vardır (Geçtan; 2003). Sağlıkla ilgili bilgileri ve bedensel duyumları tehdit edici olarak değerlendirirler. Sürekli olarak profesyonel yardım ararlar. Gereksiz girişimlere maruz kalabilir, ilaç kullanabilirler. Tanı konamadığını ileri sürebilirler. Hastanın uğraşları hastayı aşırı derecede huzursuz eder ve onun kişisel, sosyal ve mesleksel işlev yetilerini bozar (Yüksel, 2014; Arslanoğlu,2007; Kaplan ve Sadock,2004).

Hastalık kaygısı sergileyen insanlar elbette, fiziksel yakınmaları için öncelikle bir tıp doktoruna giderler. Verilen güvencenin etkisi uzun sürmeyeceği ve doktorlarının bir şeyi gözden kaçırmış olabileceğinden kuşkulanma eğiliminde oldukları için bazen başka doktorlara başvururlar ve birisinin gerçek sorunu saptamasını umarlar. Sürekli tıbbi öğüt peşinde oldukları için yıllık sağlık masraflarının nüfusun geri kalanına oranla daha çok yüksek olması şaşırtıcı değildir. Bu kişiler genellikle sorunlarının psikolojik olduğu ve bir psikolog ya da psikiyatrist tarafından daha iyi tedavi edilebileceği fikrine karşı çıkarlar (Butcher ve ark., 2013).

Hastalık kaygısı bozukluğu, somatoform bozukluklar içinde en yaygın görülen iki durumdan biri olabilir ve genel tıpta yaygınlık oranı resmi tahminlere göre %2 ila 7 arasındadır (APA, 2000).

2.1.2.1. Sınıflandırma

DSM 5'e göre Hastalık Kaygısı Bozukluğu Tanı Kriteri

- A.** Ağır bir hastalığı olduğu ya da olacağını düşünüp durma.
- B.** Bedensel belirti yoktur ya da varsa bile ağır değildir. Başka bir hastalık durumu varsa ya da bir hastalık durumu çıkma olasılığı yüksekse (örn. güçlü bir aile öyküsü varsa), bu konuda düşünüp durma açıkça aşırı bir düzeydedir ya da orantısızdır.
- C.** Sağlıkla ilgili yüksek düzeyde bir kaygı vardır ve kişi, kişisel sağlık durumuyla ilgili olarak kolaylıkla korkuya kapılır.
- D.** Kişinin sağlıkla ilgili davranışlarında aşırılıklar görülür (örn. hastalık bulguları için vücudunu sık sık tarar) ya da uygunsuz bir kaçınma içindedir. (örn. doktora gitmekten ve hastanelerden kaçınır).
- E.** Hastalıkla uğraşıp durma süresi en az altı aydır, ancak korkulan özgül hastalık bu süre içinde değişebilir.
- F.** Hastalıkla ilgili düşünüp durma, bedensel belirti bozukluğu, panik bozukluğu, yaygın kaygı bozukluğu, bedensel algı bozukluğu, takıntı-zorlantı bozukluğu ya da sanrılı bozukluk, bedensel tür gibi başka bir ruhsal hastalıkla daha iyi açıklanamaz.

Varsa belirtiniz:

Bakım arayan tür: Sık sık doktora gitme ya da sağlık taramaları ve girişimleri yaptırmayı kapsar.

Bakımdan kaçan tür: Sağlık bakımına seyrek olarak başvurulur.

2.1.2.2.Epidemiyoloji

Hastalık kaygısı bozukluğu, tıbbi yardım arayışında olanların yaklaşık %5’inde görülür. Kadınlarda ve erkeklerde eşit sıklıkta görülür, sosyoekonomik durum bir etken değildir. Semptomlar herhangi bir yaşta başlayabilmekle birlikte en sık 20-30 yaşlar arasında ortaya çıkar (Köroğlu, 2005; Butcher ve diğerleri, 2013).

2.1.2.3. Etiyoloji

Hastaların ağrı eşikleri daha düşük olabilir. Bilmeden hasta rolünü oynamak isteyebilirler, dolayısıyla yükümlülüklerinden kaçabilirler (ikincil kazanç). Hastalık kaygısı bozukluğunu açıklamak için değişik psikodinamik açıklamalar yapılmıştır. Bu kişiler hem hastalıktan hem de bunun sonuçlarından korkarlar, ancak aynı anda hasta rolünün sağlayacaklarından yararlanmak için hasta olmayı bilinçdışı olarak arzu ederler. Hastalık ayrıca hastanın yaşayabileceği cinsel, sosyal veya mesleki başarı gibi konulardaki sorunları ve eksiklikleri temsil eder ve açıklar. Genel olarak hipokondriyak belirtilerin, psikolojik çatışmalara karşı uyuma yaramayan çabaları yansıttığı kabul edilir. Belirti oluşumunda özdeşim de önemlidir (Yüksel, 2014; Köroğlu, 2005).

Günümüzde hipokondri ile ilgili en yaygın kabul gören görüş, bilişsel-davranışçı bakış açısı ve buna göre hipokondri bir biliş ve algılama bozukluğudur. Hipokondrinin tanımlayıcı özelliği bedensel duyumların yanlış yorumlanması olarak kabul edilir, ancak bilişsel-davranışçı yaklaşıma göre bu yanlış yorumlamalar aynı zamanda nedensel bir rol oynar. Buna göre, kişinin geçmiş hastalıklarla ilgili deneyimleri belirtiler ve hastalıklarla ilgili bozuk-işlevli varsayımlara yol açabilir ve bu da hipokondri eğilimini artırır. İşlev bozukluğu yaratan bu varsayımlar arasında “Bedendeki değişiklikler genellikle ciddi bir hastalığın işaretidir, çünkü her belirtinin saptanabilir bedensel bir nedeni olmalıdır” ya da

“Sıra dışı bir şey fark ettiğin anda doktora gitmezsen her şey çok geç olabilir” gibi düşünceler olabilir (Butcher ve diğerleri, 2013).

2.1.2.4.Tedavi

Hipokondriak hastalar genellikle psikiyatrik tedaviye dirençlidir. Psikoterapi yararlı olabilir. Bazı hipokondriak hastalar, tıbbi düzelmelerin içinde yer alırsa ve stres azaltmaya odaklanırlarsa kronik hastalık ile mücadele etmeye eğitilirse psikiyatrik tedaviyi kabul ederler. Böyle hastalar arasında grup psikoterapisi sosyal destek sağladığı ve sosyal etkileşimler hastaların anksiyetelerini azalttığı için tedavi edici yöntem olarak seçilir. Bireysel içgörü yönelimli psikoterapi yararlı olabilir fakat genellikle başarılı değildir (Kaplan ve Sadock, 2004;Köroğlu 2005).

Hipokondrinin bilişsel-davranışçı yaklaşımla tedavi edilmesi üzerine yürütülen en az altı çalışmada bunun hipokondri için çok etkili bir tedavi olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu tedavi yaklaşımının bilişsel bileşenleri, hastanın hastalıklarla ilgili inançlarını değerlendirmeye ve bedensel duyularla ilgili yanlış yorumları değiştirmeye odaklıdır. Hastaların bedenlerinin belirli bölümleri üzerinde yoğunlaşarak kasten tehlikesiz belirtiler yaratmalarının ve böylece bedensel duyularını seçici bir şekilde algılamayı öğrenmelerinin sağlanması da davranışçı teknikler arasında yer alır (Butcher ve diğerleri, 2013;Köroğlu 2012).

Destekleyici hekim tutumu hastanın anksiyetesini yatıştırabilir. Sosyal ve mesleki işlevsellikte düzelmeye sağlanabilir. Gereksiz girişimler engellenmelidir. Fiziksel egzersiz uygulaması cesaretlendirilmelidir. Eşlik eden belirtilere göre ilaç seçilir (Yüksel, 2014).

2.1.3.DÖNÜŞTÜRME (KONVERSİYON)BOZUKLUĞU(İŞLEVGÖREN NÖROLOJİ BELİRTİSİ BOZUKLUĞU)

Konversiyon bozukluğu, bir nörolojik durum öneren ve psödonörolojik olarak ifade edilen istemli hareketi veya duyuşal işlevle ilgili tek bir belirtiyi içerir. Konversiyon bozukluğu semptomları tipik olarak, bilinen anatomik geçitlerle veya psikolojik mekanizmalarla uyum sağlamalarıyla değil; daha çok, fizyolojik bakış açısında bir katmana otururlar (mesela, bilinen korteks-omurilik yolu geçitlerini izlemeyen ya da reflekslerde veya kas elastikiyetinde değişim olmayan hemiparezi) ki bu da bu bozukluk için bir ipucudur. Yani, konversiyon bozukluğunu bilinen bir nörolojik veya tıbbi hastalıkla açıklanamayan bir veya daha fazla nörolojik semptomun (örn. paralizi, körlük, parasteziler) bir arada olmasıyla karakterize bir bozukluk olarak tanımlar. Ek olarak, tanı için semptomların başlangıcı veya alevlenmesi psikolojik etkenlerle ilişkili olmalıdır (Kaplan ve Sadock, 2004; Oyama ve diğerleri, 2007).

Konversiyon bozukluğunun doğal gidiş kesin olarak belirlenemez (Doğan, 2007). Başlangıcı genellikle akutur. Ancak semptomlar giderek artabilir. Hastalar semptomlarıyla ilgili olağanüstü tepkiler ya da zayıf bir duyarlılık gösterebilirler. Her yaşta başlayabileceği gibi en çok 20-30 yaşlarında görülür (Sayar ve Işık,2008; Doğan, 2007). Hastalığın başlangıç evresi nadir olarak 10 yaş öncesinde veya 35 yaş sonrasında gerçekleşir. Konversiyon bozukluğunun kırsalda yaşayan nüfus, düşük sosyoekonomik konumdaki insanlar ve tıbbi ya da psikoloji bilgisi minimumda olanlar arasında daha yaygın olduğu belirtilmiştir (Oyama ve diğerleri, 2007; Looper ve Kirmayer, 2002).

Güzel aldırılmazlık, tanı için şart olmamakla birlikte, konversiyon bozukluğunda görülebilir ve tanıyı kolaylaştırır. Hastanın belirtilerine durumla bağdaşmayan biçimde kayıtsız kalması, kaygı ve endişe taşımaması durumudur. Konversiyon bozukluğunda birincil kazanç, psikodinamik kurama göre konversiyon semptomunun oluşumu belli bir

düzenek içinde gelişir. Bilinçdışı çatışma anksiyete yaratır ve semptom bu dayanılması güç anksiyeteden kurtulmak için, yine tümüyle bilinçdışı olarak üretilir. Böylece konversiyonun birincil kazancı bu anksiyeteyi çözmektir. İkincil kazanç ise, semptom oluştuktan bir süre sonra hasta korunması, kollanması gereken ayrıcalıklı bir konum elde edebilir. Hasta bu konumun avantajlarını ve kazançlarını sürdürmek isteyebilir. Bu durum semptomların devamı ve tedaviye dirence neden olabilir. Yani ikincil kazançlar fazla ise psikiyatrik tedavi zorlaşır (Yücel, 2014).

2.1.3.1. Sınıflandırma

DSM 5'e göre Dönüştürme (Konversiyon) Bozukluğu (İşlevgören Nöroloji Belirti Bozukluğu) Tanı Kriteri

- A.** Bir ya da birden çok, istemli devinsel (motor) ya da duyuşal işlev değışiklikliği ile ilgili belirti.
- B.** Klinik bulgular, söz konusu belirti ile bilinen nöroloji ya da genel tıp durumları arasında bağdaşmazlık ve uyuşmazlık olduğuna ilişkin kanıtlar sağlar.
- C.** Bu belirti ya da eksiklik başka bir sağlık durumu ya da ruhsal durumla daha iyi açıklanamaz.
- D.** Bu belirti ya da eksiklik, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur ya da sağlık açısından değerlendirmeyi gerektirir.

Güçsüzlük ya da inme (paralizi) ile giden

Olağandışı devinim ile giden

Yutma belirtileri ile giden

Konuşma belirtisi ile giden

Ataklarla ya da katılmalarla giden

Anestezi ya da duyum yitimi ile giden

Özel duyuşsal belirti ile giden

Karma belirtilerle giden

Varsa belirtiniz:

Akut dönem: Belirtiler altı aydan daha kısa sürelidir.

Sürekli: Belirtiler altı ay ya da daha uzun sürelidir.

Varsa belirtiniz:

Tetikliyiçi ruhsal bir etken olan

Tetikleyiçi ruhsal bir etken olmadan

2.1.3.2.Epidemiyoloji

Bildirilen görölme oranları 100.000'de 11 ile 500 arasında değişmektedir. Kadınlarda daha sık görölür (değişik çalışmalara göre 2-10:1 oranında). Konversiyon belirtileri gösteren kadınlarda, daha sonra tam bir somatizasyon bozukluğu görünümlü ortaya çıkabilir. Erkeklerde konversiyon bozukluğuyla somatizasyon bozukluğu arasında bir ilişki olduğu gösterilmiştir (Köroğlu, 2012).

Konversiyon bozukluğu, genellikle çocukluk yıllarının sonlarıyla, erişkinlik yıllarının başları arasındaki dönemde başlar. On yaşının altındaki çocuklarda ya da 35 yaşından sonra başladığı seyrek görülür. Genellikle birden başlar, ancak gizlice, sessizce başlayıp, yavaş yavaş geliştiği de olur. Genelde tekil konversiyon belirtisi kısa süreli olur, ancak sıklıkla yineler bu kişilerin yaklaşık dörtte birinde bu bozukluğun bir yıl içinde yinelediği görülür (Oyama ve diğerleri, 2007; Köroğlu, 2012).

2.1.3.3.Etiyoloji

Biyolojik Etkenler

Artan veriler, konversiyon bozukluğu semptomlarının gelişiminde biyolojik ve nörofizyolojik etkenlerin rolü olduğunu göstermektedir. Başlangıçtaki beyin görüntüleme çalışmalarında konversiyon bozukluğunun nedeni olarak baskın hemisferde hipometabolizma ve baskın olmayan hemisferde hipermetabolizma ve hemisferler arası iletişimde bozukluk saptanmıştır. Semptomlar beyin sapı retiküler formasyon ve serebral korteks arasındaki yolların (olumsuz geri beslenme) ile ortaya çıkan aşırı kortikal uyarılmanın sonucunda ortaya çıkabilir. Artmış kortikougal çıkış düzeyi dönüşte hastanın bedensel duyumlarını fark etmesini engeller, böylelikle bazı konversiyon bozukluğu olan hastalarda gözlenen duysal kusurlar açıklanabilir. Konversiyon bozukluğu olan bazı hastalarda, şüpheli serebral bozukluğu düşündüren, sözel iletişim, hafıza, vijilans, afektif dengesizlik ve dikkat alanlarda nöropsikolojik test anormalliği bulunur (Kaplan ve Sadock, 2004).

Psikodinamik Faktörler

Konversiyon bozukluğu geleneksel olarak psikodinamik kavramlarla açıklanmaya çalışılmıştır. Belirtilerin, başka türlü ifade edilemeyen kaygı kaynağı olan duygu ve düşüncelerin sembolik anlatımı olduğu düşünülebilir. Belirti, güçlü bir içgüdüsel dürtü (öfke, saldırganlık gibi) ve süperegö yasağı arasındaki bir uzlaşma olarak görülebilir. Dürtüye eşlik eden ruhsal enerji davranışları etkiler, bu şekilde somatik belirtiler ortaya çıkar. Dürtünün genellikle farkında olunmaz. Dürtü sembolik bir biçimde ifade edilir. Örneğin sağ el hastanın saldırganlık eğilimini, bu elde felç ise bunun engellenişini temsil edebilir. Bu şekilde belirti oluşumu ile kişi anksiyeteden kurtulur. Buna birincil kazanç, kişinin bu nedenle bazı sorumluluklarından kurtulmasına da ikincil kazanç denilmektedir (Yüksel, 2014).

2.1.3.4. Tedavi

Konversiyon bozukluğunun en iyi tedavi biçimi konusundaki bildiklerimiz son derece sınırlı, çünkü bugüne dek iyi kontrollü bir çalışma düzenlenmedi. Bununla birlikte motor konversiyon belirtileriyle hastaneye yatırılan bazı hastaların, hareket ya da yürümeyi geliştirmeyi amaçlayan bazı belirli egzersizler ve iyileşme sergileyen hastalara yönelik pekiştirmeler (örneğin, övgü ya da ayrıcalıklar kazanma) şeklinde uygulanan davranışçı bir yaklaşımla başarılı bir şekilde tedavi edildiği biliniyor. Ayrıca, ikincil kazanım kaynaklarını ortadan kaldırmak için anormal motor davranışlara yönelik her türlü pekiştirmede ortadan kaldırılır (Butcher ve diğerler, 2013).

2.1.4.YAPAY BOZUKLUK

Yapay bozukluk, “hasta rolünü benimsemeyen kişilerce”, istemli ve kasıtlı olarak oluşturulan ve gerçeğe uygun bir şekilde taklid edilen bir hastalık grubunun adıdır (Tosun, 2002). Yapay bozukluklar hastalığın karakteri ve algısıyla ilgili uzun vadeli, kalıcı sorunlara yol açar. Bunlar beklenmedik ve/ya açıklanamayan semptomlarla alakalı olabilirler. Yapay bozukluğu olan bireyler kendilerindeki ve/ya başkalarındaki psikolojik ve/ya tıbbi zararı uydururlar. Tanının konması, hastanın ortada bariz ödüller olmamasına rağmen hastalığa sebep olmak veya hastalığın taklidini yapmak için kaçamak eylemlerde bulunduğu gösterilmesini gerektirir. Derinde yatan bir durum olabilirken, bu bozuklukla alakalı yanıltıcı davranış biçimi, diğer insanların bu tarz bireyleri (ve/ya onların temsilcilerinin), gerçekte olduklarından daha hasta veya zayıf görmelerine sebep olur ve aşırı klinik müdahalelere yönlendirebilir (American Psychiatric Association, 2010).

Bu hastalık ilk kez 1951 yılında Asher tarafından tanımlanmıştır. Bu bilim adamı tüm ülkeyi dolaşp değişik hastanelerde yatarak, değişik operasyonlar geçiren, ayrıntılı öyküler anlatan Baron Munchausen’i tanımlamak için Munchausen Sendromu deyimini kullanmıştır. Bu hastalık anormal bir hastalık onaylama davranışıdır. Hastalar bilinç dışı amaçlarına ulaşmak için, hasta oldukları düşüncesine sahiptirler. Ruhsal veya fiziksel belirti ve bulguları bilinçli olarak üretirler. Bu hastalıkla ilgili sistematik araştırmalar bulunmamaktadır. Sık görülmemesi nedeni ile literatürün tamamı olgu sunumları şeklindedir (Sırmatel ve diğerleri, 2002;Yüksel 2014).

Formal sınıflandırmalara 1980 yılında girmiştir. Bu bozukluklara DSM-III’ de “factitious” adı verilmiştir. DSM- IV’de de bu kavram korunmuştur. Temel nitelik ise

belirtilerin istemli kontrol altında olması, hasta rolünün amaçlanması ve belirtileri açıklayacak dış teşviklerin olmamasıdır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 1994; Yüksel, 2014).

DSM 5 ile somatik belirti bozuklukları içine alınmıştır. Tanı için ise 4 koşul gereklidir: Fiziksel veya psikolojik belirti veya bulguları çarpıtma veya yaralanma veya hastalığı bizzat oluşturma söz konusudur. Bu belirtilere aldatma düşüncesi eşlik eder. Kendisini başkalarına hasta, yaralanmış veya sakat olarak gösterir. Aldatma davranışı açık bir ödül beklentisi olmadığında bile sürer (Yüksel, 2014).

2.1.4.1.Sınıflandırma

DSM 5'e göre Yapay Bozukluk Tanı Kriteri

Kendine Yüklenen Yapay Bozukluk

- A.** Yanıltıcı (yanlış bir kanı uyandırıcı), bedensel ya da ruhsal düzmece belirtiler çıkarma ya da yararlanmaya ya da hastalığa yol açma tutumu.
- B.** Kişi, kendisini, başkalarına hasta, işgöremez ya da yaralı olarak sunar.
- C.** Açık dış ödüller olmasa bile yanıltma (yanlış bir kanı uyandırma) davranışı belirgindir.
- D.** Bu davranış, sanrılı bozukluk ya da diğer bir psikoz bozukluğu gibi başka bir ruhsal hastalıkla daha iyi açıklanamaz.

Tek dönem

Yineleyici dönemler (iki ya da ikiden çok kez, düzmece hastalık ve/ ya da yaralanmaya yol açma olayı)

Bir Başkasına Yüklenen Yapay Bozukluk (Önceki adı Bakımverenin Yapay Bozukluğu idi)

- A.** Bir başkasında yanıltıcı (yanlış bir kanı uyandırıcı), bedensel ya da ruhsal düzmece belirtiler çıkarma ya da yararlanmaya ya da hastalığa yol açma tutumu.
- B.** Kişi, bir başkasını, diğerlerini hasta, işgöremez ya da yaralı olarak sunar.
- C.** Açık dış ödülleri olmasa bile yanıltma (yanlış bir kanı uyandırma) davranışı belirgindir.
- D.** Bu davranış, sanrılı bozukluk ya da diğer bir psikoz bozukluğu gibi başka bir ruhsal hastalıkla daha iyi açıklanamaz.

Not: Başına gelen değil, başkasına yüklenen kişi bu tanıyı alır.

Tek dönem

Yineleyici dönemler (iki ya da ikiden çok kez, düzmece hastalık e/ ya da yararlanmaya yol açma olayı)

2.1.4.2. Tedavi

Yapay bozuklukların tedavisinde hiçbir özgül psikiyatrik tedavi etkili değildir. Bu hastaların gerçek hastalıklarını kendilerine ve diğer insanlara karşı yadsırken ciddi hastalıkları taklit edip gereksiz tedavilere başvurmaları bir klinik paradoks teşkil eder (Kaplan ve Sadock, 2004).

Başlangıçta hastanın onaylanması olumlu ilişki kurmaya yardım edebilir. Klinikte servis personelinin arasındaki çatışma ve görüş farklılıkları da tedavi sonuçlarını etkileyebilir.

Cezalandırıcı olmayan, yargılamayan, utandırmayan yüzleştirmeler yararlı olabilir. Destekleyici hasta hekim ilişkisi önemlidir. Psikoterapi ile hastalar otonomi kazanabilir. Benlik saygıları artabilir.

Hastalar invazif tetkiklerden, gereksiz tetkiklerden, ameliyatlardan ve girişimlerden korunmalıdır. Eşlik eden belirtiyeye göre ilaç verilebilir (Yüksel, 2014).

2.1.5. DİĞER SAĞLIK DURUMLARINI ETKİLEYEN RUHSAL ETKENLER

- A.** Sağlıkla ilgili bir belirti ya da durum (ruh sağlığının dışında) vardır.
- B.** Ruhsal ya da davranışsal etkenler, sağlık durumunu, aşağıdaki yollardan biriyle olumsuz bir biçimde etkiler:
 - 1.** Ruhsal etkenlerle sağlık durumunun gelişmesi, alevlenmesi ya da iyileşmenin gecikmesi arasında yakın zamansal bir birliktelik olması ile gösterildiği üzere, bu etkenler sağlık durumunun gidişini etkilemiştir.
 - 2.** Bu etkenler, sağlık durumunun iyileşmesini güçlendirmektedir (örn.tedaviye uyum göstermeme)
 - 3.** Bu etkenler, kişi için başka birtakım gerçek sağlık sorunları yaratmaktadır.
 - 4.** Bu etkenler, alta yatan patofizyolojiyi, tetikleyici ya da alevlendirici belirtileri etkilemekte ya da tıbbi bakımı gerektirmektedir.

C. B tanı ölçütündeki ruhsal ve davranışsal etkenler, başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz (örn. panik bozukluğu, yeğın depresyon bozukluğu, örselenme sonrası gerginlik bozukluğu).

O sıradaki ağırlığını *belirtiniz*:

Ağır olmayan: Hastalık olasılığını artırır (örn. hipertansiyon tedavisine tam uyum göstermeme)

Orta derecede: Altta yatan tıbbi durumu kötüleştirir (örn.astmayı kötüleştirren kaygı).

Ağır: Hastaneye yatırılma ya da acil servise gitme sonucunu doğurur.

Aşırı düzeyde: Ölümcül sonuçlar doğurur (örn. kalp krizi belirtilerine aldırmama).

2.1.6.TANIMLANMIŞ DİĞER BİR BEDENSEL BELİRTİ BOZUKLUĞU VE İLİŞKİLİ BOZUKLUK

Bu grupta işlevselliği bozacak ölçüde somatik belirti ve ilişkili bozukluklardan birine ait belirtileri gösteren ancak özgül bir durumun tanı ölçütlerini tam olarak karşılamayan klinik durumlar bulunur. Örnek olarak 6 aydan kısa süreli somatik belirti bozukluğu, hastalık anksiyetesi bozukluğu, yalancı gebelik vb. gibi durumlar verilebilir (Yüksel, 2014; American Psychiatric Association, 2013).

2.1.7.TANIMLANMAMIŞ DİĞER BİR BEDENSEL BELİRTİ BOZUKLUĞU VE İLİŞKİLİ BOZUKLUK

Bu grupta işlevselliği bozacak ölçüde somatik belirti ve ilişkili bozukluklardan birine ait belirtileri gösteren ancak özgül bir durumun tanı ölçütlerini tam olarak karşılamayan ancak bilginin yetersiz olduğu durumlar bulunur (Yüksel, 2014; American Psychiatric Association, 2013).

2.2.CİNSELLİK KAVRAMI

Cinselliği tanımlamak anormal cinselliği tanımlamak kadar kolay değildir. Akla gelen kelimeler haz, arzu, üreme, aşk veya yakınlıktır (Kayır,2011).

Cinselliği tanımlarken geniş bir çerçeveyi göz önünde tutmak gerekir. Bazıları için cinsellik insanların kendilerini kadın veya erkek olarak tanımlamalarıdır. Kimilerine göre ise cinsellik yatak odasında gerçekleşen davranışlardır. Ruhsal sağlığı “sevmek” ve “çalışmak” olarak gören Freud, cinselliğin sağlıkla ilgili boyutunu vurgulamıştır (Akan ve Doğan, 2011). Dünya Sağlık Örgütü’nün (DSÖ) cinsel sağlık tanımına göre; cinsellik fiziksel, emosyonel, entellektüel ve sosyal yönlerinin kişiliği, iletişimi ve aşkı zenginleştirici etkilerinin bileşiminden oluşur. Herkesin cinsel bilgilere ulaşma ve cinsel ilişkiyi zevk için ya da üreme amacıyla yaşama hakkı vardır. Bir adım öteye gittiğimizde Dünya Cinsel Sağlık Birliği’nin tanımına rastlanır. Buna göre, cinsellik her insanın kişiliğinin ayrılmaz bir parçasıdır ve cins, cinsel kimlik ve rol, cinsel yönelim, erotizm, haz, yakınlık ve üreme kavramlarını içerir (Akan ve Doğan, 2011).

Cinsel davranış, geniş bir yelpaze çeşitli etmenlerin karmaşık ilişkisiyle belirlenir. Kişinin başkasıyla ilişkisinden, yaşam çevresinden ve içinde yaşadığı kültürden etkilenir. Ayrıca cinsellik, kişilik faktörleri, biyolojik yapı ve genel kendilik algısı ile de iç içedir (Kayır ve Şahin, 1998).

Doğuştan sahip olduğumuz fizyolojik bir dürtü ve yaşamımızın ayrılmaz bir parçası olan cinsellik, insan hayatındaki önemli işlevsellik alanlarından biridir. Cinsel eylem, biyolojik üremeye ve neslin devamına dönük bir dürtü değildir. Tasarlanabilir, ertelenebilir, terbiye edilebilir, yönlendirilebilir, kısaca seçimli olarak yaşanabilir bir olgudur.

Psikanalitik görüşe göre cinsellik ve ruhsal gelişim arasında yakın ilişki vardır. Freud cinselliğin doğumla başladığını belirtmiş, cinsel dürtü kuramını geliştirmiştir. Doğumdan ölüme kadar bir yaşam dürtüsü olarak süren insan cinsel davranışı tek bir biçime uymaz. İnsanlar cinsel dürtü, güç ve tercih ettikleri cinsel anlatım ve doyum açısından farklıdır. Bireyin toplumdaki ilişkileri, yaşam koşulları, içinde bulunduğu kültür ortamı, kadın veya erkek oluşu, yaş, yaşamı boyunca cinsel deneyimlerini ne kadar geliştirdiği gibi çeşitli etkenler bu farkları belirler. Tedaviyi üstlenen kişinin bu değişkenleri bilmesi, kendi değer yargılarını karşısındakine yüklememesi açısından önemlidir (Kayır, 2011).

Cinsellik, zaman zaman sosyal ve psikolojik işlevin en geride kalan ve ihmal edilen alanı halinde, zaman zaman da başköşesine oturtularak yaşamı etkisi altına alabilen, bozulduğunda ise patolojik yapının en büyük suçlusu olarak kabul edilebilen, zaman zaman konuşulmasının bile toplum dinamiklerini olumsuz etkileyebileceği korkusuyla yasaklanan, zaman zaman mitlerin ve inanç sistemlerinin içine süzülerek yüceltilmiş ve gizemli bir kimliğe bürünen, cinsel organların sınırları içerisine hapsedilemeyecek kadar çok yönlü bir fenomendir. Evliliğe bakan yönüyle cinsellik, toplumlarda kutsanmışlığın, arınmışlığın,

bolluk ve bereketin simgesi olarak ifade edilirken, kurallar, mitler, tabular ve yasaklarla sınırları belirlenmiştir. Bu kuralların dışında yaşanan cinsellik, toplum bütünlüğünü tehdit eden bir tehlike, düzen bozucu bir başkaldırı, kutsanmış olana saldırı olarak algılanmıştır. Cinsellik, tabuların, olumsuz düşünce ve inanışların büyütecinde korku dolu bir çatışma alanı haline gelebilmekte, kimi inanışlara göre her cinsel davranış, hazza bakan yönüyle kötü, üremeye bakan yönüyle kutsallık içermektedir. Bu anlayışla, bazı doğu toplumlarında kadının ilişkiden zevk alması utanç verici sayılmakta, kadın sünneti gibi invazif yöntemler dini bir gereklilik olarak kabul edilebilmektedir (Gülsün ve ark., 2009).

2.2.1.CİNSEL İŞLEV BOZUKLUKLARI

Cinsel işlev bozuklukları (CİB) erkekler ve kadınlarda en yaygın psikiyatrik bozukluk tanı grubudur. Bununla birlikte tedavi arayışı diğer psikiyatrik bozukluklar ile karşılaştırıldığında düşüktür. CİB'in toplumda yaygınlığı ile ilgili veriler sosyokültürel farklılıkların CİB gelişimi ve dağılımında önemli bir değişken olduğunu göstermektedir (Yıldırım ve ark. ,2011).

Cinsellik fiziksel, entelektüel, psikolojik ve sosyal iyilik hali için önemli bir göstergedir. Normal öykü ve muayene sırasında cinsel işlev hakkında da bilgi alınmalıdır. Ancak bu şekilde bu alandaki bozuklukların saptanması ve tedavisi olanaklıdır. Hekimler genel olarak bu konuda kendilerini rahat hissetmez, soru sormaz veya yeterli öykü almazlar. Bunu hastanın özel hayatına karışmak gibi görmeleri olasıdır. Yanlış anlaşılma korkusu bu konularda daha fazla yaşanır (Yüksel, 2014).

Cinsel terapilerin kurucularından biri olan Helen Singer Kaplan, insanda cinsel yanıtın bifazik olduğunu öne sürmüştür (Çavaş,2008). İnsanda cinsel uyarana gösterilen fizyolojik tepkiyi, Masters ve Johnson, dört ayrı evreye ayırmıştır (Kinsey 1948,1953,

Masters ve Johnson 1994). 1)Uyarılma evresi 2) Plato evresi 3) Orgazm evresi 4)Çözülme evresi. Erkekteki cinsel yanıt döngüsü genellikle birbirine benzer ve tek bir grafikte tanımlanabilir. Ancak kadınlarda durum farklıdır. Kadındaki cinsel yanıt döngüsü, tepkinin hem yoğunluğu hem de süresiyle ilişkili olup, sayısız çeşitlilikte olabilir (İncesu,2001; Doğan 2011).

1) Uyarılma evresi: ilk evredir. Temel olarak erotik duygu ve düşüncelerin belirmesi, erkekte ereksiyon, kadında yaygın olarak vazokonjesyon ve myotoni ile karakterizedir. Cinsel organlarda kan akışında artma ve buna bağlı olarak ısınma, kabarma gibi değişikliklerle memelerde büyüme ve meme uçlarında dikleşme ortaya çıkar (Şahin ve diğerleri, 2006). Herhangi bir bedensel ya da psikolojik uyarı ile ortaya çıkabilir. Cinsel uyarının süre ve yoğunluğuna göre gösterilen tepkinin şiddeti hızlı ya da yavaş biçimde artar. Kişiye uygun düşen, yeterli süre ve yoğunlukta devam eden bir cinsel uyarı karşısında uyarılma evresi çok kısa sürebileceği gibi, kişiye fiziksel ya da psikolojik açıdan uygun düşmeyen cinsel uyarı durumunda ya da cinsel uyarı aralıklarıyla sürdürülmüşse uzayabilir ya da kaybolabilir.

2) Plato evresi: Aslında uyarılma evresinin bir parçası ve devamı niteliğinde olan bu evrede, etkili cinsel uyarının sürdürülmesi ve cinsel heyecanın artmasıyla birlikte, kadın ya da erkek plato sürecine girer. Bu evrede, haz duygusu ve cinsel gerilim giderek yükselir ve kişinin orgazma geçebileceği noktaya kadar sürer. Orgazm evresine giriş niteliğindedir.

3) Orgazm evresi: Evreler arasında süre açısından en kısa ancak duyumsanan cinsel haz açısından en yoğun evredir. Bu evre, erkekte ejakülasyon, kadında ise perine ve vajina etrafındaki kaslar ile vazokonjesyon sonucu büyüyen dokuların ritmik refleks kasılmaları ile karakterizedir. Öznel olarak pelvisde duyumsanır. Orgazm kadında klitoral bölgede ve vajinada; erkekte ise penis ve prostatta yoğunluk kazanır.

4) Çözülme evresi: Son evredir. Kadın ya da erkekte, orgazm ya da orgazmın gerçekleşmediği durumlarda platoyu takiben genital bölgelerde ve bedenin bütününde önceki aşamalarda oluşmuş olan fizyolojik değişikliklerin dakikalar içerisinde aynı sırayı

takip ederek kaybolması ile karakterizedir. Tüm beden bazal durumuna geri döner (Kızıltuğ, 1991). Bu evrenin süresi cinsiyete, orgazmın yaşanıp yaşanmadığına, ya da hangi yoğunlukta yaşandığına ve cinsel uyarının sürüp sürmemesine göre çok değişir. Kadınlar, çözülme evresinde cinsel uyarının yeniden başlamasıyla yeniden uyarılıp orgazm olabileme potansiyeline sahipken, erkekler süresi kişiye ve yaşa göre değişen bir refrakter döneme zorunlu olarak girerler. Refrakter dönemin sonuna kadar erkeklerin cinsel bir uyarana yeniden yanıt verip ereksiyon ya da orgazmları mümkün değildir. Bu nedenle, erkeklerin tek tip bir cinsel yanıt döngüsü olmasına karşın, kadınlarda bu çok değişken olabilmektedir (İncesu, 2004).

Cinsel işlev bozukluğu, cinsel ilgi ve yanıtın normal, alışlagelmiş tarzın dışına çıkması ve normal olmayan halin süreklilik kazanması durumudur. Ancak bu tanımı iki açıdan eleştirebiliriz. Öncelikle bir insanın çeşitli zamanlarda ve farklı insanlarla cinsel ilgi ve performans sınırları o kadar geniştir ki, “normal” deyimi insan cinselliğinde neyin normal sayılacağı sorusunu akla getirir. İkinci nokta da bir sorunun varlığı ve bunun tedavi gerektirdiği konusunun öncelikle birey tarafından algılanması ve varsa eşinin de benzer şekilde düşünmesi önemlidir. Örneğin; vajinismus olan çiftler çoğu zaman tedavi için acele etmezler ve birleşme olmadan da mutlu ve doyumlu bir cinsel yaşamları ve ilişkileri olduğunu söylerler. Cinsel sağlık değerlendirmesinde biyolojik bir sorunun olmaması en temel başlama noktasıdır. Ancak çoğu kez psikolojik, sosyokültürel ve ilişki boyuttaki sorunlar ön plana çıktığından psikiyatri klinikleri tedavide doğru adres olur. Bir cinsel sorun primer ve sekonder olabilir. Primer olan, cinsel eylem başladığından beri bireyin sürekli aynı sorunu yaşamasıdır. Sekonder deyimi ise belli bir doyumda olan cinsel işlevsellikten sonra bir bozulma için kullanılır. Bazı sorunlar primer diğerleri de sekonder olur. Örneğin vajinismus toplumumuzda hemen her zaman primerdir. Ereksiyon güçlüğü de sıklıkla sekonderdir. İlk (inisyel) işlev bozuklukları ilk cinsel deneyimlere denk düşer. Örnek olarak “ilk gece” denilen ilk koital deneyimde, kısmen veya kısa süreli ereksiyonun olmaması veya vajinanın istemsiz kasılması ve birleşmenin olmaması verilebilir. Bu sorunlar cinsel deneyimsizlik, endişe ve korkunun eşlik ettiği durumlardır. Bunlar cinsel

deneyimin artmasıyla ya kendiliğinden düzelir veya kısa bir danışmanlık yeterli olabilir. Gereksiz organik tetkikler sorunu pekiştirir. İnisyel cinsel sorunlar primer işlev bozukluklarından ayırt edilmelidir.

Cinsel işlev bozukluklarında eş ile ilgili sorunlar göz ardı edilmemelidir. Sevgilisi ile uyarılan, kocasıyla hiç uyarılamayan kadında eşle ilgili uyarılma sorunu vardır. Ancak cinsel yakınlığın yaşandığı eşle ortaya çıkan sorunların tümü eşle ilgili değildir. Sorunun ortaya çıkışından beri sadece bir tek eşle ilişkisi olmuş olan hastanın cinsel sorunlarının sadece eşe bağlı olduğu sonucunu çıkarmak mümkün değildir. Örneğin; primer vajinismus veya ilk kez bir kadınla cinsel ilişkide bulunan erkekte erken boşalma gibi.

Durumsal işlev bozuklukları sorunların bazı belirli koşullarda ortaya çıkmasıdır. Yaygın tip ise her koşulda sorunun olmasıdır. Örneğin, ereksiyon güçlüğü sürekli ilişkide olurken geçici ilişkilerde olmaz veya tersi olur. Aynı şekilde sürekli birlikte olduğu eşle orgazm olamayan kadın, kendi kendine veya bir diğer eşle orgazm olabilir. Bir cinsel sorun tatilde kaybolabilir ya da bir iş gerginliği veya evlilik çatışması cinsel isteksizliğin başını çekebilir.

Bir cinsel işlev bozukluğunun şiddeti öncelikle sıklığı ve sürekliliği ile tanımlanabilir. Örneğin daha giriş olmadan erken boşalma veya girişten kısa bir zaman sonra boşalmanın olması gibi. Cinsel sorunun süresi de diğer bir tanımlayıcı özelliktir. Çoğu hasta uygun bir tedavi fırsatı bulamadan önce uzun bir süre sorunu ile yaşamıştır. Yanlış ve eksik tedavi yaklaşımları da hastaların umudunu kırmakta ve çaresizlik duygusu yaşatmaktadır (Kayır,2011).

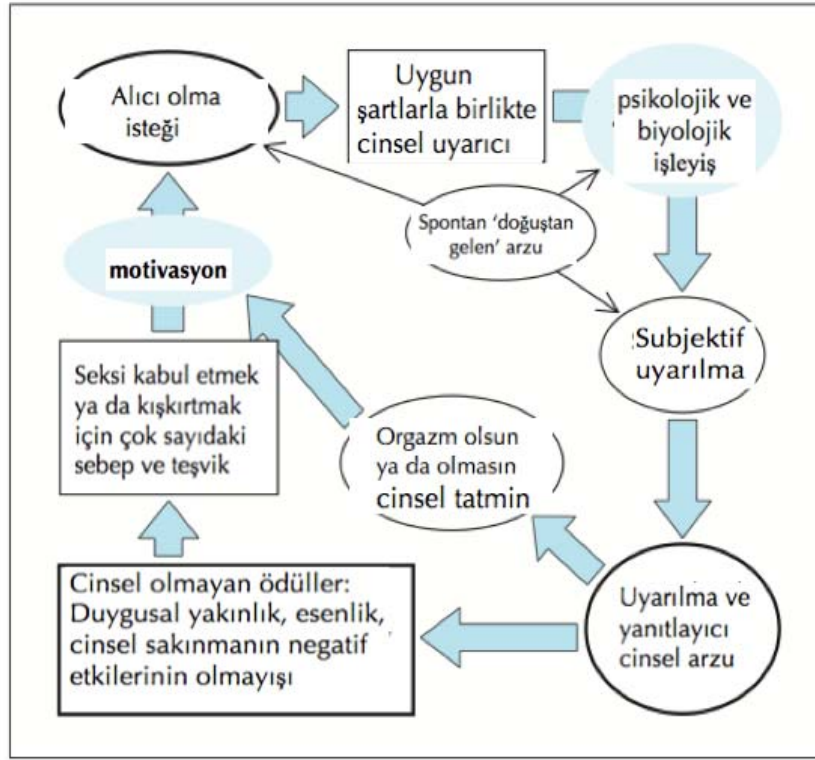
2.2.2.Kadınlarda Normal Cinsel İşlev

Cinsel şikayetleri olmayan Kuzey Amerikalı ve Avrupalı yetişkin kadınların ağırlıkta olduğu klinik ve deneysel araştırmalar, bahsedilen soyut safhaların lineer ilerleyişinden farklı olan cinsel yanıt döngülerini açıklığa kavuşturdu. Kadınlar, cinsel yanıtlanmanın değişken bir sıra içinde, örtüşen zihnin ve bedenin yanıtlarını harmanlayan safhalarını tanımladılar (Tablo 2). Kadınların partnerleri ile seksi başlatmak veya kabul etmek için çok fazla sebebinin olması önemli bir bulgudur. Kadınların cinsel motivasyonları yalnızca cinsel arzunun olup olmamasından çok daha karmaşıktır (Basson, 2005).

Yaşları 42-52 arasında değişen, son zamanlarda üreme hormonlarını etkileyecek bir ilaç tedavisi görmemiş, 6 aydır bir partnerle cinsel ilişkisi bulunan çok sayıda etnik kökenden premenopozal Kuzey Amerikalı 3300 kadın arasında boylamasına yapılan araştırmanın dayanak noktası niteliğindeki son bilgileri; kadınların cinsel ilişkiye girme ve cinsel ilişkiden kaçma sebeplerini aydınlığa kavuşturdu (İlişkiye girme sebepleri; aşkı ifade etmek, zevk almak, gerginliği atmak, partnerin istemesi. İlişkiden kaçma sebepleri; ilgisizlik, yorgunluk, onların ya da partnerlerinin fiziksel problemleri, şu an bir partnerin olmaması). Bu bulgular ve diğer araştırmalardan gelenler Tablo 2'deki cinsel yanıtlanma döngüsüyle alakalıdır.

Bir kadın, söz konusu cinsel deneyimin başlangıcında kendiliğinden hiçbir cinsel arzu duymayabilir. Cinsel motivasyonları karmaşıktır ve partneriyle olan duygusal yakınlığı ile çoğu zaman kendi iyiliğinin ve benlik bilincinin (çekici, dişil, takdir ediliyor, seviliyor ve arzulanıyor hissetmesini) artmasını içerir (veya cinsel seyrekliği konusundaki endişe veya suçluluk duygularının azalmasını).

Bir kadın uyarılmaya ve cinsel bir deneyimden keyif almaya istekli olduğunda, partnerinden veya kendisinden gelen cinsel uyarılmalara odaklanır. Uyarılmalar onun istediği gibiyse, odaklanmaya devam eder, cinsel heyecanı ve hazzı yoğunlaşır. Açıkça, uyarılmanın türü, gerekli olan zaman ve (erotik ve kişiler arası) şartlar yüksek oranda bireyseldir. Pozitif duygusal ve fiziksel sonuçlar sonraki motivasyonu artırır.



Bazı kadınlar anlık gibi görünen (Tablo 2’de de gösteriliyor), cinsel uyarıcıyı bulmaya/yanıtlamaya daha çok şevk duymaya ya da uyarılmaya yönelten bir arzu ifade ediyorlar. Bu tip arzunun kadınlar arasında geniş bir spektrumu vardır ve menstrüasyonla ilgisi olabileceği düşünülmektedir. Yaşla beraber düşer ve genel olarak herhangi bir yaşta yeni bir ilişkiyle yeniden artar.

Kadınların cinsel işlev bozukluğunun ilk tanımlamaları maalesef bir kadının cinsel yanıtlama döngüsünün her zaman cinsel bir arzu, düşünce ve fantezi ile başladığını ve bunların yokluğunun bir bozukluğun delili olduğunu varsayıyordu (Basson, 2005).

Tablo 2 Cinsel deneyim sırasında deneyimlenen yanıtlayıcı arzuyu ve başlangıçtaki (spontan) değişken arzuyu gösteren seks yanıt döngüsü ‘başlangıç’ aşamasında (sol) cinsel bir nötrlük var ama pozitif motivasyonlu. Bir kadının seks kabul veya teşvik etmesinin sebepleri; aşkı ifade etme etmek, fiziksel hazzı almak ve paylaşmak, duygusal olarak daha yakın hissetmek, partnerini mutlu etmek ve kendi esenliğini (iyi olma halini) arttırmak. Bu da cinsel uyarıcıyı bulmak ve bilinçli olarak ona odaklamaya dair bir istekliliğe götürüyor. Zihinde işlenen bu uyarıcılar biyolojik ve psikolojik faktörlerden etkileniyorlar. Ortaya

çıkan durum ise subjektif uyarılmalardan biri oluyor. Devam eden uyarılmalar cinsel heyecanı ve hazzı daha da yoğunlaştırıp arzuyu seksin kendisi için tetikliyor: cinsel arzu, başlangıçta yok, şimdi var. Orgazmla olsun ya da olmasın, (aynı anda) uyarılma yeterli uzunlukta devam ettiğinde, kadın odaklanabildiğinde ve cinsel uyarılma hissiyatının tadını çıkarabildiğinde ağrı gibi herhangi bir negatif sonuç yaşamadan cinsel tatmin gerçekleşiyor (Basson, 2005).

Cinsel İşlev Bozukluklarında Sınıflandırma

Cinsel İşlev Bozuklukları, psikiyatrik sınıflandırmalara son 30 yıl içinde girmiştir. ICD-9'da "Cinsel Sapkınlıklar ve Bozukluklar" başlığı altında önceleri yalnızca "Frijidite" "Empotans" ve "Disparoni" olarak yer alırken sonraları " Psikoseksüel Disfonksiyonlar" eklenmiştir. Bu başlık altında cinsel istek cinsel uyarılma ve orgazmın ketlenmesi, erken boşalma ve fonksiyonel disparoni yer almaktadır. Daha sonra ICD-10 sınıflandırmasında; cinsel istek azlığı, tikslenme, cinsel tepki yetersizliği, orgazm bozukluğu, erken boşalma, vajinismus, ağrılı cinsel birleşme, cinsel dürtünün aşırı olması gibi sorunlar "Organik Nedeni Belli Olmayan Cinsel İşlev Bozuklukları" ana başlığı altında sıralanmaktadır (Kulak, 2006).

Cinsel sorunların etiolojisinde temel unsurun psikososyal etkenler olduğu, çözümünün ise ancak psikoterapötik yaklaşımlarla sağlanabileceği şeklindeki görüşler, teknolojinin ve tanı araçlarının gelişmesi, cinsel sorunların tanı ve tedavi sürecinde "tıbbi modelin" öne çıkmaya başlaması ve ilaç endüstrisinin güçlü biçimde bu alana girmesi ile değişikliğe uğradı. Başta sertleşme bozuklukları olmak üzere genel olarak cinsel bozukluklarda organik etiolojinin daha önce düşünülenenden daha fazla olduğu görüşü tıp dünyasına egemen olmaya başladı. Bunun sonucunda, oral ilaç tedavileri gibi cinsel terapilere oranla daha pratik, yaygın kullanılabilir, kısa süreli ve nesnel olarak ölçülebilir tedavi yöntemleri tıp dünyasının kullanımına sunulmaya başlandı. Tüm bu gelişmeler, 21.

yüzyılın başında cinsel işlev bozukluklarının tanım ve sınıflandırılmalarına da yansdı. Önceleri farklı disiplinlerin farklı bakış açıları üzerinden yapılan tanım ve sınıflandırmalar, zamanla disiplinler arası ortak ve bir sınıflandırmaya doğru evrilmeye başladı. Cinsel işlev bozukluklarının multidisipliner doğası ve cinsel tedavilerde farklı disiplinlerin işbirliği zorunluluğu disiplinler arası ortak bir tanım ve sınıflandırma gereksinimini ortaya çıkardı. Özellikle son 10 yılda, cinsel işlev bozuklukları alanında baş döndürücü biçimde artan araştırma ve yayınlar bu ortak sınıflandırmaya ciddi bir altyapı sağladı (İncesu,2011).

DSM-3 ile birlikte psikiyatrik hastalıkların nesnel ölçütlere göre tanım ve sınıflandırılmasında niteliksel bir dönüşüm yaşayan psikiyatri dünyası, DSM-3-R, DSM-4 ve DSM-4-TR ile bu süreci sürdürdü (İncesu, 2011).

DSM 5'te Cinsel İşlev Bozuklukları; geç boşalma, sertleşme bozukluğu, kadında orgazm bozukluğu, kadında cinsel ilgi/uyarılma bozukluğu, cinsel organlarda-pelviste ağrı/içerme bozukluğu, erkekte düşük cinsel istek bozukluğu, erken boşalma, maddenin/ilacın yol açtığı cinsel işlev bozukluğu, tanımlanmış diğer bir cinsel işlev bozukluğu, tanımlanmamış cinsel işlev bozukluğu olarak ayrılmıştır.

2.2.3.Kadın Cinsel İşlev Bozukluklarında Sınıflandırma

Kadında Orgazm Bozukluğu

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

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

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

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

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

Olup olmadığını belirtiniz:

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

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

Olup olmadığını belirtiniz:

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

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

Varsa belirtiniz:

Hiçbir koşulda, hiçbir zaman bir orgazm yaşamamıştır.

O sıradaki ağırlığını belirtiniz:

Ağır olmayan: A tanı ölçütündeki belirtiler az sıkıntı doğurur.

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

Ağır: A tanı ölçütündeki belirtiler çok sıkıntı doğurur.

Kadında Cinsel İlgi/Uyarılma Bozukluğu

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

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

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

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

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

Olup olmadığını belirtiniz:

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

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

Olup olmadığını belirtiniz:

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

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

O sıradaki ağırlığını belirtiniz:

Ağır olmayan: A tanı ölçütündeki belirtiler az sıkıntı doğurur.

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

Ağır: A tanı ölçütündeki belirtiler çok sıkıntı doğurur (DSM 5, 2014).

Cinsel Organlarda- Pelviste Ağrı/İçe Girme Bozukluğu

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

1. Birleşme sırasında vajinaya girme.

2. Vajinaya girme ya da girme girişimleri sırasında vulvovajinada ya da pelviste belirgin ağrı duyma.

3. Vajinaya girme eyleminin gerçekleşeceği beklenirken ya da vajinaya girme sırasında ya da girilmesinden ötürü, vulvovajinada ya da pelviste ağrı duymayla ilgili olarak belirgin bir korku ya da kaygı duyma.

4. Vajinaya girme girişimi sırasında pelvis tabanı kaslarını çok germe ya da sıkma.

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

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

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

Olup olmadığını belirtiniz:

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

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

O sıradaki ağırlığını belirtiniz:

Ağır olmayan: A tanı ölçütündeki belirtiler az sıkıntı doğurur.

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

Ağır: A tanı ölçütündeki belirtiler çok sıkıntı doğurur (DSM 5, 2014).

Maddenin/ İlacın Yol Açtığı Cinsel İşlev Bozukluğu

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

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

1. A tanı ölçütündeki belirtiler, madde esikliği (entoksikasyonu) ya da yoksunluğu sırasında ya da az bir zaman sonrasında ya da bir ilaç aldıktan sonra gelişmiştir.

2. Söz konusu madde/ilaç, A tanı ölçütündeki belirtileri ortaya çıkarabilir.

C. Bu bozukluk, maddenin/ ilacın yol açmadığı bir cinsel işlev bozukluğuyla daha iyi açıklanamaz. Ayrı bir cinsel işlev bozukluğu olduğunun kanıtları şunlar olabilir:

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

D. Bu bozukluk yalnızca deliryumun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır.

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

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

TABLO 3 Kadınların Cinsel İşlev Bozukluğunun Değişen Tanımları

<i>Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM-IV)</i>	<i>Amerikan Psikiyatri Birliği (AFUD) / Amerikan Üroloji Birliği Vakfı (AUAF) uluslararası konsensus komitesi tarafından revize edilen tanımlar</i>	<i>Segraves tarafından önerilen revizyonlar</i>	<i>Yorumlar</i>
<i>Hipoaktif Cinsel Arzu Bozukluğu: Sürekli veya tekrarlayan yetersiz (ya da hiç olmayan) cinsel fantaziler ve cinsel aktivite için duyulan arzu. ‘Yetersiz’ hükmü klinik uzmanı tarafından, yaş ve kişinin hayat şartları gibi cinsel işlevi etkileyen faktörler hesaba katılarak yapılır.</i>	<i>Cinsel arzu/ilgi bozukluğu: Cinsel ilgi veya arzuya karşı duyguların azalmış olması ya da hiç olmaması; cinse düşüncelerin ya da fantazilerin eksikliği ve yanıtlama arzusunun olmaması. Cinsel uyarılma girişiminde bulunmak için motivasyonlar (burada sebepler / teşvikler olarak tanımlanıyor) azdır ya da yoktur. İlgi eksikliği yaşam döngüsü ve ilişki süresi ile birlikte normatif bir azalmanın ötesindedir.</i>	<i>Hipoaktif Cinsel Arzu Bozukluğu: Cinsel aktivite için sürekli bir arzu eksikliği ve/ya yanıtlayıcı arzu eksikliği. Bu ilişkinin süresi veya yaşla birlikte normatif azalmanın ötesindedir.</i>	<i>(Cinsel anlamda tatminkar ilişkileri süren kadınlardan gelen bilgilere bakıldığında) Delil gösteriyor ki cinselliğin anlık ve minimal düzeyde düşünülmesi veya seksin cinsel deneyimden önce arzulanması illa ki bozukluk teşkil etmez. Cinsel karşılaşma sırasında tetiklenen arzu (ki buna ‘yanıtlayıcı arzu’ denir) eksikliği, revize edilen tanıya entegredir. Segraves notlarında ‘çok sayıda kadın doğal (spontaneous) arzunun varlığından bahsetmiyor’ diye belirtmiştir. Bu nedenle oradaki ‘veya’ kelimesi (yanıtlayıcı arzunun bulunmaması sebebiyle) yanlış görünmektedir.</i>
<i>Subjektif uyarılma eksikliğini ifade eden hiçbir DSM-4 tanımının bulunmaması</i>	<i>Kombine uyarılma bozukluğu: Hiçbir türden uyarıcıya karşı cinsel uyarılma (cinsel heyecan ve cinsel haz) duygularının belirgin biçime azalmış olması veya hiç olmaması ve genital cinsel uyarılmanın (vulva şişmesi ve kayganlaşma) zayıf olması veya hiç olmaması</i>	<i>Kadınların Cinsel Uyarılma Bozukluğu: cinsel aktivite sırasında cinsel heyecan ve haz oluşturma hissiyatının sürekli veya tekrarlayan eksikliği ya da kayganlaşma/şişme yanıtlamalarını cinsel aktivite tamamlanana kadar başarma veya koruma yetersizliği.</i>	<i>Revize edilen iki versiyonda da (zihinde) hiçbir cinsel heyecan ve refleksif genital vazokonjesyon farkındalığı yok</i>
<i>Subjektif uyarılma eksikliğini ifade eden hiçbir DSM-4</i>	<i>Subjektif Uyarılma Bozukluğu: Hiçbir türden uyarıcıya karşı cinsel</i>	<i>Kaybolabilen uyarılmanın değişik türlerini birbirinden</i>	<i>AUAF/AFUD tanımında (zihinde) hiçbir cinsel heyecan yok ama yeterli</i>

<i>tanımının bulunmaması</i>	uyarılma (cinsel heyecan ve cinsel haz) duygularının belirgin biçime azalmış olması veya hiç olmaması. Vajinal kayganlaşma ve yanıtlamanın diğer fiziksel işaretleri hala sürmektedir.	ayırmaya yarayacak bir öneri yok.	kayganlaşmanın farkındalığı var
<i>Kadınların Cinsel Uyarılma Bozukluğu: cinsel aktivitenin tamamlanmasına kadar, cinsel heyecanın vajinal kayganlaşma ve şişme yanıtlamalarına yeterli oranda erişmede sürekli veya tekrarlayan yetersizlik.</i>	<i>Sürekli Genital Uyarılma Bozukluğu:</i> Cinsel ilgi veya arzunun yokluğunda anlık, davetsiz ve istenmeyen genital uyarılma (karıncalanma ve zonklama) Subjektif uyarılma farkındalığı sık değildir ama genel olarak nahostur. Uyarılma orgazmlarla ve saatler, günler süren hislerle açığa çıkar.	Kaybolabilen uyarılmanın değişik türlerini birbirinden ayırmaya yarayacak bir öneri yok.	Genital olmayan uyarıcıdan kaynaklanan subjektif uyarılmanın mevcudiyeti, revize edilen AUAF/AFUD tanımının anahtarıdır. Mesele kuruluk/disparoni ile sınırlı kaldığında, kullanılması gereken tanısal terim disparoni. Bu durumun kavranışı çok zayıf. Genital hissiyata karşı tetikte olma (hypervigilance) ve semptomların yüksek oranda anormal olmasından ötürü artan endişe klinik bir bulgudur. Güvenilir tedavi henüz keşfedilmemiştir.
<i>Kadınlarda Orgazmik Bozukluk: Normal bir cinsel heyecan safhasını takip eden orgazmın sürekli ya da tekrarlayan gecikmesi veya eksikliği</i>	<i>Kadınlarda Orgazmik Bozukluk:</i> Öz bildirim (raporu) yüksek cinsel uyarılma/heyecan olduğu yönünde olmasına karşın, ya orgazm yoktur ya orgazmik hissiyatın yoğunluğunda belirgin bir azalma vardır ya da herhangi bir uyarıcıdan gelen orgazm belirgin ölçüde geç geliyordur.	<i>Kadınlarda Orgazmik Bozukluk:</i> Normal bir cinsel deneyimi izleyen orgazmın sürekli veya tekrar eden gecikmesi veya yokluğu	Uyarılma bozuklukları olan kadınlar çoğunlukla orgazm deneyimleyemezler. Onların doğru tanısı uyarılmaya yönelik bozukluklardan biridir. AUAF/AFUD versiyonu özellikle ve yalnızca hiçbir koşulda orgazm olamayan kadınları içeriyor.
<i>Disparoni (Dyspareunia): Cinsel birleşimle alakalı sürekli veya tekrarlayan genital acı</i>	<i>Disparoni (Dyspareunia):</i> Vajinaya girme; girişin ilk aşamasında ve/ya tamamlandığında ya da penil-vajinal birleşim	<i>Disparoni (Dyspareunia):</i> Vajinaya nüfuz edilmesiyle veya nüfuz etme girişiminde	Vestibulodinya, vulvovajinal atrofi (körelme), pelvik kaslarda hipertonsite, interstitial cystitis, endometriosis ve

	sırasında sürekli veya tekrarlayan ağrı	bulunulmasıyla alakalı sürekli veya tekrarlayan ağrı	cinsel uyarılma eksikliği de dahil olmak üzere çok fazla sebep vardır.
<i>Vajinismus: Vajinanın dış 1/3 kısmındaki kas sisteminde cinsel birleşmeye müdahale eden sürekli ya da tekrarlayan istem dışı spazm</i>	<i>Vajinismus: Kadının rızasını ifade etmesine karşın penisin, parmağın ya da herhangi bir objenin vajinal girişine izin vermede sürekli ya da tekrarlayan güçlükler. Genel olarak ağrıdan korkma veya fobik sakınma, ağrı beklentisi içine girme veya ağrı deneyimleme ve pelvik kasların istem dışı kasılması söz konusudur. Yapısal veya başka fiziksel anormallikler ya da elimine edilmelidir.</i>	<i>Vajinismus: Vajinal birleşme için rıza ifade edilmesine karşın bu girişe izin vermede sürekli ya da tekrarlayan güçlükler.</i>	Teşhis başlangıçta muhtemeldir çünkü doğrulama; dikkatli bir girizgah ve vajinal muayeneye izin vermeye yetecek kadar terapiden sonra yapılmalıdır. Kasın refleks kasılmasına ek anormallikleri hariç tutmak gerekir. Spazm için çok az delil vardır. Bu tanımın lezbiyen kadınları da içermesi gerekir.

(Basson, 2008)

2.2.4.KADINLARDA CİNSEL İLGİ VE UYARILMA BOZUKLUĞU

Tanımlar ve Epidemiyoloji

Kadınlarda uyarılma, sevişme ve cinsel birleşme sırasında olduğunda ya da uyarılma zor olduğunda alınan cinsel haz doyurucu değildir. Bu durumda olması beklenen fizyolojik tepkiler olmaz. Özellikle vajinal ıslanma, genişleme-kabarma ve cinsel heyecanla bağlantılı duyular olmaz veya çok azdır. Uyarılma sorunlarının diğer nedenleri cinsel birleşmeye ilişkin endişe veya yetersiz önsevişme kaynaklıdır. Bunlar; uyumlu bir cinsel birleşmenin olmaması, eşin erken boşalması veya orgazm beklentisi gibi sorunlardır. Erkeklerin tersine, uyarılma güçlüğü olan kadınlar cinsel ilişkiye girebilirler. Çoğu kez yetersiz ıslanma, ağrı ve rahatsızlığa neden olur. Çoğu iğrenme tepkisi gösterir. Ancak çok

az kadın, fiziksel yakınlık ve sıcaklık nedeniyle sevişme ve birleşmeden hoşlanabilir. Genelde orgazm sorunu yaşayan bu kadınların bazıları ani, kısa ve zayıf orgazm yaşayabilirler. Kliniğe “cinsel soğukluk” yakınmasıyla gelen kadınlarda bu durumun çoğu zaman eşe ve cinselliğe ısınamama veya soğuma ile ilişkili olduğunu görülür. Hiç uyarılmama nadir bir durumdur (Kayır, 2011).

Kadınların uyarılma deneyimleri karmaşıktır. Niteliksel araştırmalar gösteriyor ki kadınların çoğu cinsel ilgi ile uyarılmayı net biçimde ayıramıyor. Neredeyse tüm kadınlar duygu ve düşünce anlamında arzularından bahsedebiliyorlar ki bunların %80’lik kısmına genital olmayan fiziksel hisler ve %75’lik kısmına ise genital hisler dahildir. Bozuk uyarılmayı tarif etmek de bu nedenle zordur. Çok fazla kaynaktan gelen bilgiler bu karmaşıklığın derecesini daha iyi açığa çıkarıyor (Basson, 2008).

Kadınların cinsel uyarılma bozukluğu (FSAD), DSM-IV-TR’de belirgin sıkıntı veya kişiler arası güçlüklerle sebep olduğunun belirtilmesiyle birlikte, cinsel aktivitenin tamamlanmasına kadar, cinsel heyecanın vajinal kayganlaşma ve şişme yanıtlamalarına yeterli oranda erişmede sürekli veya tekrarlayan yetersizlik olarak tanımlanıyor. Cinsel ilgi bozukluğu gibi cinsel uyarılma bozukluğu da yaşam-boyu süren / sonradan edinilen ve koşulsal / genelleşmiş olarak kategorikselleştiriliyor. Kadınların cinsel uyarılmaları aslında cinsel heyecan, cinsel olarak uyanmış olduğunu hissetme ve göğüs/göğüs ucu duyarlılıkları gibi diğer psikolojik değişimler de dahil olmak üzere çok çeşitli parçaları barındırırken, DSM-IV-TR’nin kadınların cinsel uyarılma bozukluğu tanımı yalnızca vajinal yanıtlamaya odaklanıyor. Üstelik, vajinal kayganlaşma herhangi bir cinsel uyarılmaya anında verilen ‘refleksif’ bir tepki gibi görünüyor (ki arzu edilmiş ve zevk alınmış olsun ya da olmasın, vajinal kayganlaşma bir kadının ‘cinsel anlamda açık olma’ duygusunun subjektif deneyimi ile her zaman yakın ilişkide değildir). Uyarılma bozukluğu için bu üç alt kategoriyi öneriliyor:

1. **Subjektif cinsel uyarılma bozukluğu:** Herhangi bir cinsel uyarıcıdan gelen cinsel uyarılma (cinsel heyecan ve cinsel haz) duygusunun belirgin biçimde azalmış veya kaybolmuş olmasına gönderme yapar. Fiziksel yanıtlamanın vajinal kayganlaşma veya diğer işaretleri ortaya çıkmaya devam ediyordur.

2. **Vajinal cinsel uyarılma bozukluğu:** Genelde, östrojen yetersizliği bulunan bazı kadınlarda ve otonom sinir hasarı olan kadınlarda görülür. Vajinal cinsel uyarılmanın zarar görmüş veya kaybolmuş olmasına gönderme yapar (herhangi bir uyarılma karşısında en az seviyede vulva şişmesi veya vajinal kayganlaşma, genital bölgelerin okşanmasına az oranda cinsel duyarlılık gösterme gibi). Genital olmayan cinsel uyarıcılara karşı subjektif cinsel heyecan ortaya çıkmaya devam ediyordur.

3. **Birleşik vajinal ve subjektif uyarılma bozukluğu:** (hastaların doktora ilk geldiklerindeki) Klinik durumlar arasında en yaygın olandır ve genellikle cinsel ilgi eksikliği ile komorbid olur (Meston ve Bradford, 2007).

Cinsel ilgi ile ilgili kaygılar kadınlar arasında en sık bildirilen cinsel şikayetlerdir. Laumann geniş çaplı ulusal bir anketin bulgularına dayanarak Amerika'da kadınların %31'inin en az birkaç ay boyunca cinsel ilgi eksikliği yaşadığını bildirdi. Klinik temelli bir çalışmanın bulguları kadınlarda düşük cinsel arzunun %29'luk bir yaşam-boyu görülme oranı olduğunu gösterdi. Kayganlaşma zorluğunun tüm kadınların %8-15'inde, cinsel olarak aktif kadınların ise %21-31'inde, peri/postmenopozal yıllarında olan kadınlarda ise daha da yüksek oranda görüldüğü kaydedildi. Bir araştırma, postmenopozal kadınların %44'ünün sürekli veya tekrarlayan kayganlaşma sorunları yaşadığını ortaya koydu. Cinsel ilgi bozukluğu ve cinsel uyarılma bozukluğu genelde bir arada görülürken, cinsel uyarılma bozukluğunun tek başına görüldüğü enderdir. Birçok teorist, kadınların cinsel bozukluklarının ağırlıklı bir bölümünün cinsel uyarılmadaki aksamaları yansıttığını ileri sürdü. Uyarılma olmadan orgazm imkansızdır ve uyarılmanın olmaması arzu eksikliğine yol açar ki arzunun yokluğunda cinsel aktivite eğlenceli ya da destekleyici değildir. Tuhaf biçimde, cinsel ağrı bozuklukları bile yeterli cinsel uyarılmanın eksikliğiyle bağlantılıdır.

Kayganlaşma olmadan birleşme ağrılı olur ve uyarılma olmadan tekrarlanan birleşme vulva enfeksiyonlarına, kronik kaşıntılara (ki bu da ikincil vajinismusa bile yol açabilir), seks korkusuna veya olduğu gibi cinsel aktiviteden sakınmaya yol açabilir (Meston ve Bradford, 2007).

2.2.4.1.Etiyolojik Faktörler

Biyolojik Faktörler

Kadınların cinsel arzuları ve seks steroid hormonları (özellikle androjen ve östrojenler) arasındaki bağlantıya işaret eden bir dizi delil bulunmaktadır. Kadınlarda bu hormonlar böbrek üstü bezleri ve yumurtalıklarda iki metabolik geçit üzerinden üretilir. Hipotalamus - hipofiz - böbrek üstü eksenini ile yumurtalık işlev bozuklukları bu süreçlere müdahale ettikleri gibi azalan cinsel arzu ve cinsel uyarılma sorunlarıyla bağlantılıdır. Cinsel problemler de, azalan ovaryen işlevin düşük östrojen üretimiyle sonuçlandığı menopoza ilişkin olarak tanımlanmıştır. Son epidemiyolojik çalışmalar gösteriyor ki ooforektomi (yumurtalıkların alınma operasyonu) ile tanıdığımız cerrahi menopoza, cinsel arzu bozukluğu için, özellikle de genç kuşaklarda, nötr menopoza daha belirgin bir risk faktörü teşkil etmektedir (Meston ve Bradford, 2007).

Östrojenin, vajinal dokunun yapısının ve işleyişinin muhafaza edilmesinde gerekli olduğu iyi bilinen bir gerçektir. Östrojen eksiklikleri, vajinal kayganlaşmaya ve vajinal doku körelmesine bağlı vajinal uyarılma sorunlarıyla sonuçlanabilir. Diğer yandan androjenler, vajinal dokunun işlevini iyileştirdiklerine yönelik bazı fiziksel deliller bulunmasına rağmen, cinsel arzu ve modun korunması kısmına daha yaygın olarak dahil edilmiştir. Ancak, kadınların cinsel arzularına katkısı bulunan başka birçok faktör arasından androjenlerin bu göreceli önemiyle ilgili çelişkiler bulunuyor. Hormonal profillerdeki bireysel farklılıklar ile androjen tedavisine duyarlılık, androjen takviyesi için klinik

önerilerin geliştirilmesini karmaşıklştırıyor. Androjen tedavisine yaygın bir klinik ilgi olmasına karşın, araştırmalar endojenik androjenler ile cinsel işlev arasında geniş çapta genelleştirilebilir bir ilişki kuramadılar.

Cinsel ilgi ve uyarılma ile ilgili sorunlar, çeşitli sinir taşıyıcılarını ve hormon seviyelerini etkileyen çok çeşitli farmakolojik tedaviyle alakalıdır. Cinsel arzu ve uyarılmaya zarar verdiğine inanılan ilaç sınıflarının en yaygın olarak aktarılanlarından bazılarında serotonerjik ilaçlar (selektif serotonin geriam inhibitörleri (SSRI) gibi), bazı antiadrenerjik ilaçlar (beta-blokerler gibi) ve selektif östrojen reseptör modülatörleri bulunuyor.

Genel sağlık durumunun cinsel arzu ve uyarılabilirliğe etkisi, teorik tartışmalarda birçok zaman küümseniyor olsa da bu sözünü etmeye değer bir faktördür. Kronik hastalıkların sebep olduğu yorgunluk, ağrı ve duygu durumu (mod) rahatsızlıkları, cinsel işlevde ciddi düşüşlere katkıda bulunabilir. Ayrıca, cinsel iyiliğin (iyi olma halinin) belirleyicisi olan, cinsel işlevde önemli role sahip görünen fiziksel aktivitenin de daha dikkatli araştırılması gerekmektedir (Meston ve Bradford, 2007).

Psikolojik Faktörler

Cinsel gelişim süreci boyunca cinsellik hakkında edinilen inançlar ve tutumlar, cinsel arzu ve cinsel yanıtlanma üzerinde bir ömür etkili olabilir. Cinselliğe karşı pasif cinsiyet rollerini ya da negatif tutumları içselleştiren kadınlar cinsel sorunlar deneyimlemede daha da büyük risk altında olabilirler. Lezbiyen ve biseksüel kadınlarda, içselleştirilmiş homofobi, partnerlerin arasındaki yakınlığı negatif etkileyebilir. Cinsel geçmişinde kötü muamele olan kadınlar cinsel aktiviteyi ceza, utanç, suçluluk ve kayıplarla ilişkilendirebilir ve hatta yeni ilişkilere başlamaya çekimser yaklaşabilirler.

Duygudurum ve anksiyete bozuklukları, cinsel arzu ve uyarılma güçlükleriyle ilişkilendirilmiştir; cinsellik-odaklı bir tedaviden önce bunların bertaraf edilmesi gerekmektedir. Nispeten cinsel endişelere özgü olan anksiyete, cinsel uyarılma sorunlarının etiyojisinde önemli bir rol oynuyor. Barlow, performans anksiyetesinin yarattığı bilişsel dikkat dağılımının, dikkati cinsel işaretlerden alıp cinsel olmayanlara

yönelterek uyarılmaya müdahale ettiğini öne sürdü. Erkeklerde performans kaygısı genel olarak ereksiyona ulaşmak ve bunu korumakla alakalıyken; kadınlarda 'performans' kaygıları, algılanan cinsel çekicilik gibi başka özelliklere yönlenebilir. Bu yaklaşımla paralel olarak, kadın araştırmaları gösteriyor ki vücudun formu ve cinsel arzulanabilirlik hakkındaki bireysel farkındalık (öz bilinç); cinsel saygıyı, cinsel girişkenliği ve cinsel işlevi önceden haber veriyor.

Bireysel olarak kadının kendi içindeki faktörler, cinsel arzu ve uyarılma güçlüklerine katkıda bulunabilse de, kıymetli olan, tüm bu sorunları cinsel partner ile birlikte ilişki bağlamında kavramlaştırmaktır. Kadının seks konusundaki coşkusuzluğunun; son derece sınırlı bir cinsel repertuar izlenmesi, partnerden yana cinsel bilgi veya becerilerin zayıf olması veya kadına zevkli ve uyarıcı gelen cinsel aktivitelerin olmaması gibi sorunlara mükemmel derecede normal bir tepki olma ihtimalini, doktorun daima göz önünde bulundurması lazım.

Erken boşalma ya da erektil işlev bozukluğu olan erkeklerle ilişkide olan kadınlar, cinsel arzu ve uyarılma sorunları için artan bir risk altındadır. İlginçtir, Goldstein erkeklerin erektil işlev bozukluklarının farmakolojik tedavisi ile onların kadın partnerlerinin iyileşen cinsel arzu, uyarılma ve tatminleri arasında bağlantı olduğunu belirtmiştir (Meston ve Bradford, 2007).

Değerlendirme

Kadınların cinsel işlev bozukluğunun kapsamlı değerlendirmesi; kadının cinsel ve ilişki geçmişi, psikolojik geçmişi, tıbbi geçmişi ve baş gösteren sorunu hakkında bilgi toplamak için yapılan detaylı bir klinik görüşmeyi kapsamaktadır. Tablo 4 cinsel bozukluklar için yapılan tüm görüşmelerde değinilmesi gereken soru türlerinin genel bir değerlendirmesini göstermektedir. Belirli bazı bozuklukların değerlendirilmesiyle alakalı sorulardan ayrıca bahsedilmektedir.

TABLO 4 I. Sorunun ortaya çıkması (Meston ve Bradford, 2007)

a. Sorunun yapısı	Zorluğun kadının kelimeleriyle olan tanımı Başka ya da ikincil sorunlar Cinsel sorun geçmişi
b. Sıkıntının derecesi	Kadın için semptomlar ne anlama geliyor? Tepkisi ne oldu?
c. Yaşam boyu x sonradan edinilen	Sorun, cinsel ilişkiyi nasıl etkiledi? Başlangıç ne zamandı? Bu değişimin sebep(ler)iyle ilgili neye inanıyor? Başlangıcından bu yana ilerleme nasıl gelişti?
d. Koşulsal x genelleşmiş	Bu durum kadın diğer partnerlerleyken nasıldı? Bu durum kadın yalnız olduğunda nasıl? Kadın bu zorluğu her zaman mı yoksa sadece belli durumlar sözkonusu olduğunda mı deneyimliyor? Sorunun ortaya çıkmadığı bir durum veya bağlam (ortam) var mı?
e. Sıklık	Sorun ne sıklıkta gerçekleşiyor? Zaman içinde sorunun görülme sıklığı değişti mi?
f. Partnerin cinsel sorun veya meseleleri	
g. Partnerin tepkisi	Partner soruna nasıl tepki verdi? Partner sorunun sebebine dair ne düşünüyor?
h. Tedavi geçmişi	Kadının (kendi kendine yaptıkları dahil) daha önce alma girişiminde bulunduğu tedaviler hangileri? Bunların sonuçları ne oldu?

II. Cinsellik ve ilişki geçmişi

a. Cinsel geçmiş	İlk cinsel deneyimler
b. İlişki geçmişi	Ailenin sekse yönelik tutumu Cinsel şiddet veya travma geçmişi Önceki ilişkiler ne tarzdaydı? Mevcut ilişkinin yapısı ve süresi Medeni durum/birlikte yaşama durumu Partnerin istismar/şiddet geçmişi
c. Psikososyal geçmiş	Cinsel işlevi etkileyen kültürel, dini, ailevi (köken) ve/ya sosyal inançlar ya da değerler İş/finans etme Çocuklar Başka (hayata dair) stres kaynakları

III. Sağlık geçmişi

a. Psikolojik/Psikiyatrik geçmiş	Mod ve anksiyete bozuklukları Psikotik bozukluklar Yeme bozuklukları ve vücudun görünümünden duyulan rahatsızlık Madde kullanımı
b. Tıbbi geçmiş	Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar (HIV gibi) Kanser (göğüs kanseri ve jinekolojik kanserler gibi) Üreme organı hastalıkları veya ameliyatları Nörolojik bozukluklar (MS gibi) Endokrin bozuklukları (Diyabet, hipotroid, hiperprolaktinemi gibi) Omurilik veya travmatik beyin hasarı geçmişi
c. Bugünkü ilaç kullanım durumu	

Hipoaktif cinsel arzu bozukluğundan şüphelenildiği zaman, sorunun bağlamına (içinde bulunduğu şartlara) yönelik sorgulamanın devamı, geçmişte kadının sekse ilgisini uyandırmış olabilen durumlara ve göstergelere odaklanmalıdır. Eğer bir kadın belli ‘uyanma’ durumlarını doğruluyor ise, bu gösterge veya fanteziler bir sebepten kadının hayatından çıkmış mı, artık ilgisini mi çekmiyor, ona kabul edilemez göründükleri için kadının kendi yaptığı sansürüne mi uğramış; bunları belirlemekte

fayda var. Kadının partnerine duyduğu çekimin ve duyguların konuşulduğu samimi bir tartışma da yararlı olacaktır. Seks arzusu, cinsel olma seçimi hakkında bilgi veren bir dünya faktörden yalnızca biri olduğundan, cinsel aktivitenin sıklığı kendi içinde ve kendi başına cinsel bir arzu sorunun (veya eksikliğinin) göstergesi olarak görülmemelidir.

Uyarılma sorunları değerlendirilirken kadının uyarılmasının hem zihinsel hem de genital tamamlayıcılarına odaklanılmalıdır. Örneğin;

1. Kadın, çeşitli cinsel durumlarda nasıl bir zihinsel heyecan gösteriyor? (mesela evde yalnız olduğunda -erotizm okumak gibi-, partnerini uyarırken ve partneri onu uyarırken?)
2. Vajinal duyarlılık deneyimliyor mu? (şişme, karıncalanma, nabız-vari atma gibi)
3. Vajinal kayganlaşma yok mu, yetersiz mi, kayboluyor mu?

Klinik görüşmeye ek olarak, kadının deneyimlediği cinsel işlevlemenin seviyesini anlamaya ve tedavi değişimlerini izlemeye yardımcı görevi gören çok sayıda onaylı ölçüm yöntemi yayınlanmıştır. Bunların arasında Kısaltılmış Kadın Seksüel İşlev İndeksi Formu, Cinsel İşlevde Değişim Anketi, Derogatis Cinsel İşlev Kişisel Görüşme Formu, Kadın Cinsel İşlev Ölçeği, Arzu Ölçeği Göstergeleri ve Cinsel Doyum Ölçeği yer alıyor. Özellikle ilişki meselelerini ele alan anketler arasında ise Çift Uyum Ölçeği, İlişki İnançları Ölçeği ve Locke - Wallace Evlilikte Uyum ölçeği yer alıyor. Genel olarak önerilen, kadınların bütün cinsel işlev şikayetleri için genel bir fizik muayenesine yönlendirilmeleridir. Muayene, çeşitli medikal faktörlerin tespit ve elimine edilmesine ek olarak, kadınları kendi anatomileri ile neyin normal neyin sorun olduğu hakkında eğitmeye hizmet eder. Eğer hormonal bir sorunun varlığından şüphe edilirse bu durum endokrin bozukluklarının ekarte edilmesi için toplam testosteron, bağımsız testosteron, östrojen, prolaktin, seks hormonu-bağlayıcı globülin, kortizol ve dehidroepiandrosteron tahlillerinin yapılmasını gerektirir. Tanı laboratuvarları bu hormonlar için rutin olarak referans değerler sunuyor olsalar da, 'normal', 'düşük' ve 'yetersiz' hormonal durumların ayrımını yapanın ne olduğu konusu çelişkilidir. Hormonal yetersizlikleri ilk

belirleyen ise belli niceliksel kesintiler değil semptomlardır (Meston ve Bradford, 2007).

2.2.4.2.Tedavi

Psikolojik Tedavi

Masters & Johnson'ın geleneksel seks terapisinin çekirdeğinde cinsellik eğitimine, partnerle iletişim becerilerine ve duyu odaklı egzersizlere bir vurgu vardır. Bilişsel-davranışsal teknikler, geleneksel seks terapisi ve eğitimi tek başına etkili veya uygun olmadığında kullanışlı olabilir. Cinsel arzu bozukluğu için yapılan bilişsel-davranışsal tedavilere yönelik çalışmalar aslında geleneksel seks terapisinin duyuya odaklanma gibi bileşenlerini içerir. Bu terapiler, büyük ölçüde bilişsel teknikler yoluyla birbirlerinden ayırt ediliyor. Bu teknikler ise gerçekçi olmayan performans beklentileri, öz-farkındalık ve hatta kişinin işlevinin yaradılıştan bozuk olduğu fikri gibi cinsel arzuyu ve uyarılmayı azımsayan inançlara meydan okumak için kullanılıyorlar.

Kadın uyarılma sorununu anlatırken sıklıkla eşi ile olan ilişkisini ölçü alır. Sorularla uyarıldığı durumları bulmak doğru değerlendirme biçimi olduğu gibi kadının kendine güvenini kazanması konusunda terapötik bir etkisi sağlar. Örneğin böyle bir sorunla gelen bir kadına menstrüasyon öncesi, sırası ve sonrasında isteğinde ve uyarılmasında fark olup olmadığı sorulduğunda kadının isteği olduğu zamanı daha iyi anladığı görülür (Kayır, 2011).

Nispeten daha az sistematik olan cinsel arzu bozukluğu psikoterapi çalışmalarının bulduğu deliller, hem geleneksel seks terapisi hem de bilişsel-davranışsal terapi için değişen etki(li olma) seviyeleri göstermektedir. Tedavi yöntemlerinin heterojenitesi, çalışmaların karşılaştırılabilirliğini sınırlandırma ve ayrılabilir tedavi parçalarının analizini olanaksızlaştıran deneysel tasarımlar, psikolojik tedavi literatürünün sınırlamalarından yalnızca bazılarıdır. Psikodinamik, sistemik ve diğer tedavi türlerinin etkinliğini destekleyecek olan deliller, klinik vaka raporları olmaktan öteye gitmemektedir. Bu nedenle, büyük-çaplı, yinelenabilir klinik çalışmalar

yürütebilmek için iyi tanımlanmış el yordamlı tedavi protokolleri ile titiz deneysel tasarımlara ihtiyaç vardır (Meston ve Bradford, 2007).

Medikal Tedavi

Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi (FDA), cinsel uyarılma bozukluğu olan kadınlarda kullanılmak üzere; aletin vajinal kayganlaşmayı, duyarlılığı, orgazmı, emme yoluyla vazokonjesyonu hatta baştan sona cinsel doyumunu artırdığını gösteren kontrolsüz bir çalışmayı izleyerek, klitoral terapi aleti EROS'u onayladı.

İlaç geliştirme çabaları düşük cinsel arzuyu hedeflemeye devam ediyor olsa da, görece daha az klinik çalışma, hormonal olmayan hipoaktif cinsel arzu bozukluğuna özgü farmakolojik tedavilerin etkisini araştırdı. Başlangıç etkisi gösteren iki bileşenden burada söz ediliyor. Ara sıra SSRI tedavisinde ikincil cinsel işlev bozukluğunu ortadan kaldırmak için kullanılan Bupropion, depresif olmayan premenopozal kadınların ve düşük cinsel arzudan şikayet eden premenopozal kadınların cinsel ilgi ve uyarılmalarında ılımlı gelişmelere sebep oldu. Ayrıca çift-kör, çapraz, plasebo-kontrollü bir apomorfın çalışmasının sonuçları, hipoaktif cinsel arzu bozukluğu ve cinsel uyarılma bozukluğu olan premenopozal kadınlarda günlük kullanımla alakalı bazı klinik faydalar sağladığını gösterdi. Bu ilaçların etkilerini anlamak için daha fazla çalışma mecburi olmasına rağmen, asıl kilit nokta hepsinin merkezindeki dopaminerjik aktivite (bir yeniden alım önleyici olarak bupropion ve onun bir benzeri (agonist) olarak apomorfın) gibi görünüyor. Hayvan modellemeleri ve insan genetiği araştırmaları, cinsel motivasyonun ve cinsel tutum takviyesinin düzenlenmesine merkezi dopamin geçitlerini dahil ediyor.

Bugüne kadar cinsel uyarılma bozuklukları için FDA-onaylı hiçbir farmakolojik tedavi olmadı. Cinsel uyarılma bozukluğu tedavileri büyük çoğunlukla, cinsel uyarılma bozukluğuyla alakalı vajinal kayganlaşma bozulmalarını maskeleyen yardımcı olan topikal yağların uygulanmasını içerir; fakat vajinal/klitoral kan akışını iyileştirmede etkili değildir. Erkeklerin erektil işlev bozukluğunun tedavisinde sildenafil, tadalafil, vardenafil gibi fosfodiesteraz inhibitörleri kullanmanın devasa başarısından bu yana,

çok sayıda ilaç şirketi bu ve benzer vazodilatör ilaçların aynı zamanda kadınların uyarılma sorunlarının tedavisinde de etkili olup olamayacağını araştırıyorlar. Bu ilaçların çoğunda adrenerjik ve/ya nitrik oksit sistemleri var. Sırayla; cinsel uyarılma nitrik oksit üretimine yol açar, o da guanilat siklaz salınımını uyarır (Meston ve Bradford, 2007).

2.2.5.KADINLARDA ORGAZM BOZUKLUĞU

Tanımlar ve Epidemiyoloji

DSM 5'e göre kadınlarda orgazm gecikmesi, seyrekleşmesi veya olmaması söz konusudur. Orgazmik duyumların yoğunluğu da önemli ölçüde azalmıştır. Bozukluk belirgin bir sıkıntıya yol açacak düzeydedir. Bozukluk cinsel kökenli olmayan başka bir psikiyatrik hastalığa, madde veya ilaca bağlı değildir. Eşler arasında da şiddete başvurma gibi ciddi bir ilişki sorunu da olmamalıdır. Cinsel eylem sırasında normal cinsel uyarılma olmasına karşın orgazm gerçekleşmez. Bazı kadınlarda cinsel ilişki dışında klitoral uyarılma ile orgazm olabildiği halde koitus ile bu olanaklı olmayabilir. Süresi en az 6 aydır (Yüksel, 2014).

Orgazm bozukluğu teşhisi; kadının yaşı, cinsel deneyimi ve aldığı cinsel uyarılmanın yeterliliğine bakılarak orgazmik kapasitesinin makul seviyenin altında olduğunu doğrulayan bir uzmanın kararına dayanmalıdır (Meston ve Bradford, 2007; Balon 2005).

Kadınlarda orgazm olma kapasitesi kadar seviştiği erkeğin deneyimine de bağlıdır. Bir işlev bozukluğu sayılıp sayılmayacağı bireyin sosyal tutum ve beklentileriyle de ilgilidir. Birçok kadın cinsel birleşmede düzenli ve kolayca orgazm olmaz. Önceleri kadınların orgazm olmaması normal karşılanırdı. Yakın zamanda tutum değişti. Bazı kadınlar cinsel yakınlık ve ilişkiden hoşnut oldukları halde orgazm olamamaktan dolayı kendilerini eksik hissedebilirler. Bu eksikliğe bazen de eşler özellikle dikkat çekerler (Kayır, 2011).

Çoğu araştırma kadınlardaki orgazm sorunlarına ya ‘birincil orgazm bozukluğu’ ya da ‘ikincil orgazm bozukluğu’ diyerek gönderme yapar. Genel olarak, ‘birincil orgazm bozukluğu’ terimi, masturbasyon da dahil, daha önce ‘hiç ve hiçbir koşulda orgazm yaşamadığını bildiren’ kadınları ifade etmek için kullanılıyor. İkincil orgazm bozukluğu ise orgazm bozukluğunun ‘koşulsal/sonradan edinilen’ kriterini karşılayan kadınları ifade ediyor. Bu da tanım gereği, orgazm güçlükleri yaşayan bir grup heterojen kadını çevreliyor. Oysa mesela, bir zamanlar orgazm olup şimdi bu yönü seyrekleşen kadınları ya da yalnızca belli bir partnerle veya belli türde cinsel aktiviteye dahil olup orgazmı yalnızca belli bir bağlamda elde edebilen kadınları kapsayabilirdi. İkincil orgazm bozukluğunun tanımındaki bu ‘belirlilik’ eksikliği, birçok zaman bu tanımları kullanan araştırmaların sonuçlarının yorumlarının bir şekilde sınırlı kalmasına neden oluyor.

Kadınlardaki orgazm; genelde pelviğin istem dışı ritmik kasılmalarının ve çizgili sirkumvajinal kas sisteminin eşlik ettiği değişmiş bir bilinç konumu yaratan çoğunlukla eş zamanlı rahim ve anal kasılmalarıyla birlikte genel olarak, iyi hissetmenin ve memnuniyetin bir işareti olan, cinsel kaynaklı vazokonjesyonu (bazen sadece biraz) çözümleyen miyotoninin eşlik ettiği yoğun haz veren değişken, geçici bir zirve hissidir (Meston ve Bradford, 2007).

Psikanalitik kuram, psikoseksüel gelişiminde kadının klitoris ve vajina olmak üzere iki ana erojen bölgesinden söz eder ve kadının puberte sonrasında vajinal erotizme geçmesini bekler. Feminist çalışmalar orgazmın ikiye ayrılmasını eleştirmişler, birleşmeli veya birleşmesiz, klitoral bölgenin orgazmı tetiklediğini vurgulamışlardır. Masters ve Johnson da tek bir çeşit orgazm olduğunu belirtmiştir (Kayır, 2009a). Masters ve Johnson’ın araştırmaları sırasında dolaylı uyarılma sonucu oluşan klitoral orgazm ile cinsel birleşme olmaksızın doğrudan klitoral uyarılma (masturbasyon) sonucu oluşan orgazm arasında fizyolojik bir farkın olmadığı ortaya konmuştur (Boyacıoğlu, 1999). Kaplan’a göre de vajinal uyarılma yüksek oranda haz verici olsa da orgastik refleksi harekete geçirecek güçte değildir ve klitoral uyarılma önemlidir (Kaplan, 1974). Sonuç olarak bir tek kadın orgazmı vardır. Klitoral bölge daha güçlü olmak üzere orgazmın hem klitoral hem vajinal boyutları vardır. Hiçbir uyarı olmadan düşler ve fanteziler de orgazmı tetikler (Kayır ve Şahin, 1998).

2.2.5.1.Etiyolojik Faktörler

Biyolojik Faktörler

Klitoris, vajina, vulvanın diğer bölgeleri, zihinde canlandırma, göğüsler/göğüs uçları, fantazi, hipnoz gibi genital olan ve olmayan çok çeşitli alanların uyarılması orgazm ile sonuçlanabilir. Orgazmın uykuda da gerçekleştiğinin belirtilmesine bakılarak denebilir ki farkındalık orgazm için temel bir zorunluluk değildir. ‘Anlık orgazm’ vakaları, belirgin hiçbir cinsel uyarıcının kesinleştirilemediği psikiyatrik literatürde, ara ara tanımlanmıştır. Belli psikotropik ilaçların kadınlarda anlık orgazmlara sebep olduğu nadiren kaydedilmiştir. Cinsel uyarılmanın orgazm öncesi seviyesiyle kıyaslandığında, orgazm sırasında hipotalamusun paraventriküler çekirdeği, orta beyinin periakuaduktal gri alanları, hipokampus ve beyincik de dahil olmak üzere kadının tüm beyin bölgeleri etkinleşir.

İlaç kullanımına bağlı cinsel işlev bozukluğu tanısı karmaşık bir konudur. İlaçların etkisini diğer nedenlerden ayırmak zordur. Bu nedenle kişinin cinsel işlevlerinin tedaviye başlamadan önce değerlendirilmesi gerekir (Yılmaz ve ark., 2011).

Orgazm bozukluğunun bilinen bir biyolojik sebebi olmamasına rağmen, orgazm işlevinde bozulmalar da dahil olmak üzere, çok sayıda farmakolojik tedavinin yan etkileri ile çok sayıda tıbbi durum, kadınlarda orgazm zorluklarına yol açıyor. Bu ilaçların en kötöleri serotonerjik etkinliği artıran paroksetin, fluoxetine, sertraline gibi antidepresanlar veya antipsikotikler gibi dopaminerjik etkinliği düşürenlerdir (Meston ve Bradford, 2007).

Psikolojik Faktörler

Yaş, eğitim, din, kişilik ve ilişki meseleleri kadının orgazmik becerisine ilişkin en fazla tartışılan psikolojik faktörlerdir. Laumann, yaşları 18-24 arasında olan en genç kadın kesiminin hem partnerle ilişki hem mastürbasyon sırasındaki orgazm oranlarının daha yetişkin yaş gruplarına ait oranlardan daha düşük olduğunu belirtti. Bu belki, cinsel deneyimde yaş farklılıklarıyla açıklanabilir. Partnerle değil de mastürbasyon sırasında orgazma ulaşma becerisi ile eğitim seviyesi arasında da önemli farklılıklar kaydedildi. İleri seviye eğitim alan kadınların %87'si mastürbasyon sırasında orgazma ulaşma sıklığı sorusuna 'hep', 'genellikle' yanıtlarını verirken, bu oran eğitim seviyesi lise derecesinde olan kadınlarda %42. Bu bulgular, daha iyi eğitim alan kadınların cinselliğe daha özgürlükçü bir bakış açısı geliştirdikleri ve hazzı, cinsel aktivitenin bir amacı olarak aramaya daha eğilimli oldukları şeklinde açıklanıyor.

Kadınlarda yüksek dindarlık ile orgazmik beceri arasında negatif bir ilişki olduğu klinik literatürde sıkça belirtilmektedir. Kişi ne kadar inançlıysa, cinsel aktivite sırasında suçluluk deneyimlemesi o kadar muhtemel. Suçluluğun bilişsel mekanizmalar üzerinden, özellikle de dikkatin dağılma sürecinde, orgazma zarar vermesi olasıdır. Gelişmiş orgazmik beceri ile düşük cinsel suçluluk arasında bir ilişki olduğu da belirtilmiştir. Laumann, hiçbir dini eğilimi olmayan kadınların %79 kadar muazzam bir oranının mastürbasyon sırasında orgazm olabildiğini, bu oranın dindar gruplarda %53-67 arasında olduğunu belirtti.

Evlilik adaptasyonu ve memnuniyeti, mutluluk, istikrar gibi ilişki faktörleri kadınlarda orgazm sürekliliği, kalitesi ve tatmini ile ilişki içindedir. Bu bulgular yapıları gereği birbiriyle alakalıdır. Açıkça görülüyor ki orgazm için illa ki doyurucu bir evlilik ilişkisine gerek yok; özellikle de kadınların mastürbasyon sırasındaki orgazm sürekliliğinin, partnerleriyleyleken olduğundan daha yüksek oranlarda olduğu göz önüne alınınca. Doyurucu bir evlilik ilişkisinin; cinsel anlamda zevkli faaliyet, azalan anksiyete ve orgazm kalitesinin subjektif ve duygusal anlamda iyileşmesine bakılırsa artan bir iletişim üzerinden orgazmik işlevi yükseltmesi kuvvetle muhtemeldir (Meston ve Bradford, 2007).

Değerlendirme

Genel psikolojik ve cinsel değerlendirme soruları Tablo 4’te listelenmiştir. İlaveten orgazm bozukluğu ile alakalı daha belirleyici sorulardan birkaçı şunlardır:

1. Orgazm yok mu, gecikmeli mi ya da düşük yoğunlukta mı?
2. Kadının mastürbasyon yapma sıklığı nedir?
3. Kadın ne oranda cinsel fantaziler deneyimler? (Meston ve Bradford, 2007).

Değerlendirmede orgazma ulaşmak için gerekli sürenin değişkenlik gösterdiği unutulmamalıdır. Genel olarak bu süre kadınlarda daha uzundur. Birçok kadın ilişkide orgazm olabilmek için klitoral uyarılmaya gerek duyar. Mastürbasyonla orgazm olabilirken cinsel ilişkide orgazm olmama bu tanıya uymaz. Genel toplumda %10-42 kadardır (Yüksel, 2014).

2.2.5.2.Tedavi

Psikolojik Tedavi

Cinsel tedavilerde iyileşmenin koşulu tedaviyi sürdürme ve işbirliğinin sağlanmasıdır. Grup terapilerinde grubun iyileştirici boyutunun da etkisiyle tedaviyi terk oranları düşük ve iyileşme oranları yüksektir. Klinik çalışmalar birçok hastanın bu tür direkt bir yöntemle etkili bir şekilde tedavi edilebileceğini göstermiştir (Kayır,2011).

Yönlendirilmiş Mastürbasyon (DM) tedavisinin birincil anorgazmi tanısı konan kadınlar için ampirik anlamda geçerli ve etkili bir tedavi olduğu kanıtlanmıştır. Bu tedavi, kadın ellerini kullanarak kendi kendisini uyarırken, onu vücudu ve tepki verebileceği duyarlılıklarıyla ilgili eğitmek için bilişsel davranışsal tedavi tekniklerini kullanır. DM, birbiri üzerine temellenen birden fazla aşamayı içerir. İlk aşamada kadın;

kadının genital anatomisini işleyen eğitim materyali ve bir ayna kullanılarak vücudunun görsel bir keşfine çıkarılır.

Hazza tepki veren duyarlı genital bölgelerin görsel olarak ve elle dokunularak tespit edilmesinin ardından, kadından hedeflenen elle uyarıyı bu bölgelere uygulaması istenir. Topikal yağların kullanımı ve erotik videokasetler birçok zaman bu uygulamalara dahil edilir. Kadın yalnız başına orgazma erişmeyi başardığında, uyarılmayı ve orgazmı onun varlığında sergilemek konusundaki hassasiyetini azaltması ve aynı zamanda kadına etkili uyarılmayı nasıl sağlayacağını öğrenmesi için partneri seanslara dahil edilir. Bir kadına kendi vücudunu keşfettirmek onun yararındır çünkü bu yolla partnerin (yanındaki) varlığıyla alakalı olabilen anksiyete de dahil, orgazm önünde bariyer olabilecek çok sayıda faktör elimine edilir. Cinsel uyarılmanın oranı ve yoğunluğu direkt olarak kadının kontrolündedir, bu sebeple kadın ne partnerinin birikimine ne de kendi ihtiyaçlarını ifade etme becerisini kullanmada partnerin kendisine muhtaçtır. Birincil anorgazmiyi grup, bireysel, eşli terapi ve öz-yönelimli mastürbasyon eğitimini de kapsayan birçok türde tedavi modeliyle tedavi ettiği için çok sayıda çalışma, yönlendirilmiş mastürbasyon tedavisini son derece başarılı buluyor. Heinrich, terapistler için yönlendirilmiş mastürbasyon tedavisi eğitimini kullanarak birincil anorgazminin iki aylık bir izleme ile tedavisinde %100 başarı oranı kaydettiklerini belirtti. Bu çalışma, terapist yönlendirmesindeki grup mastürbasyon eğitimi, bibliyoterapi ve bekleyen-listesi kontrolünün, kontrollü bir karşılaştırmasıydı.

Kontrollü çalışmalardan sadece birkaçı ikincil anorgazmi için yönlendirilmiş mastürbasyon tedavisinin belirli etkilerini inceledi. Fichen, terapistle kontak seviyesinin minimumda olduğu bibliyoterapiyi, yönlendirilmiş mastürbasyon tedavisi de dahil çok çeşitli tekniklerle karşılaştırdı ama orgazmik beceride hiçbir değişime rastlamadı. Genital bölgelerine dokunmaya gönülsüz ikincil anorgazmik kadınlar için ise yönlendirilmiş mastürbasyon tedavisi faydalı olabilir. Ama eğer kadın mastürbasyon yoluyla orgazma erişebiliyor fakat partneriyle olduğunda bunu başaramıyorsa; iletişim, anksiyeteyi azaltma ve güvene ilişkin meselelerle birlikte, klitoral uyarılmayı zirveye çıkarmak için tasarlanan pozisyonlarda gerçekleşen birleşmeler veya direkt olarak elle uyarma yoluyla, kadının yeterli uyarılmayı aldığından emin olmak gibi konuların üzerinde durmak faydalı olabilir.

Sistematik duyarsızlaştırma ve duyuya odaklanma gibi anksiyete azaltan teknikler birçok zaman orgazm olmadaki zorlukları tedavi etmek için ve genellikle de cinsel teknikler eğitimi, yönlendirilmiş mastürbasyon tedavisi, seks eğitimi, iletişim eğitimi, bibliyoterapi ve Kegel egzersizleri gibi diğer tekniklerle birlikte (uyum içinde) kullanılır. Orgazm bozukluğu tedavisinde kullanılan ve sözü edilmeden geçilemeyecek diğer davranışsal tekniklerin arasında seks eğitimi, iletişim eğitimi ve Kegel egzersizleri vardır. İletişim eğitimi, bireylerin orgazmik becerilerini onlara cinsel ihtiyaçlarını partnerlerine daha iyi biçimde ifade etmeyi öğreterek geliştirebilir. Pubokoksijeal kaslarını güçlendirmek için tasarlanan Kegel egzersizleri ise genital bölgelerdeki vaskülariteyi artırarak ve böylece uyarılmayı iyileştirerek ya da kadının genital bölgelerinin daha da farkında ve rahatlığında olmasına yardımcı olarak orgazmı makul biçimde kolaylaştırabilir. Bu tekniklerin her birinin orgazm bozukluğu tedavisindeki bireysel katkısı henüz yeterli biçimde değerlendirilmedi; ancak literatürün kapsamlı bir değerlendirmesi bu tekniklerin terapiye faydalı eklentiler olarak hizmet edebileceğini belirtiyor (Meston ve Bradford, 2007).

Medikal Tedavi

Şimdiye kadar orgazm bozukluğu için yapılan hiçbir farmakolojik tedavinin placebodan daha etkili olduğu görülmedi. Antidepresan tedavisinin, orgazmın engellenmesi veya geciktirilmesi dahil, tam tersi cinsel yan etkilerinin yüksek bir görülme oranı vardır. Eğer hasta selektif serotonin geri alım inhibitörleri kullanıyor ve orgazmik zorlukları bu ilaç tedavisinin başlangıcıyla kesiliyorsa, uzmanlar reçeteyi, aynı zamanda dopamin ve norepinephrine seviyelerine etki edecek bir antidepresanla değiştirmeyi teklif edebilirler. Bupropion, nefazodone ve moclobemide bu gruptaki antidepresanlardan bazılarıdır (Meston ve Bradford, 2007).

2.2.6. CİNSEL ORGANLARDA-PELVİSTE AĞRI/İÇE GİRME BOZUKLUĞU

Tanım ve Epidemiyoloji

DSM 5'e göre bu bozukluk en az 6 ay sürelidir. Vajinal ilişki ve penetrasyonla ilgili belirgin güçlük, ilişki sırasında veya penetrasyon girişimleri sırasında belirgin vulvovaginal veya pelvik ağrı; vulvovaginal, penetrasyon veya pelvik ağrı ile bağlantılı belirgin korku ve anksiyete; penetrasyon sırasında pelvik kaslarda belirgin gerginlik ve kasılma gibi belirtilerden en az birinin varlığı ile belirlidir. Sorun ciddi bir sıkıntıya yol açacak kadar ağırdır. Bu belirtiler başka bir psikiyatrik bozukluğa, ilaca, tıbbi nedene bağlı değildir. Eşe karşı şiddet ve yoğun stres etkenlerin de tanı koyabilmek için olmaması gerekir. Genito pelvik ağrı oldukça sıktır. Cinsel yönden aktif dönemde görülme sıklığı %46'ya dek verilmektedir.

DSM 5 klinik olarak iki alt tip tanımlamıştır: Yaşam boyu ve edinsel. Bu bozukluğun ağır tipi vajinismus olarak bilinir (Yüksel, 2014).

DSM-IV-TR'nin tanımladığı iki cinsel ağrı bozukluğu bulunuyor; vajinismus ve disparoni. DSM-IV-TR tanımında, vajinismus tanısı için anahtar kriter, vajinanın dış üçüncü katmanının, cinsel ilişkiye müdahale edecek şekilde sürekli veya tekrarlayan istemsiz spazmıdır (Özdel vd.,2012). Bu tanım iki açıdan yorumlamaya ve incelemeye değer. İlki; pelvik taban kas sistemindeki çelişkinin vajinal penetrasyonu engelleyebildiği gayet açık ama son ampirik çalışmalar gösterdi ki vajinal spazmlar, vajinal penetrasyonda güçlük bildiren kadınlara hassastır veya özgü değildir. Dahası, vajinismus bir ağrı bozukluğu olarak sınıflanmış olmasına rağmen, çoğu vakada genital ağrı ile ilişkili gibi görünmektedir ve DSM-IV-TR tanı kriteri, tanının konabilmesi için ağrının özellikle mevcut olup olmaması gerektiğini belirtmemiştir. Bu eleştiriler en son düzenlenen kadınlarda cinsel işlev bozukluğu sınıflandırılması üzerine toplanan uluslararası konsensus konferansında kaydedilmiştir ki konferans da vajinismus tanımının şu şekilde revize edilmesini önermiştir:

Kadının onayını ifade etmesine karşın, penisin, parmağın ve/ya herhangi bir objenin vajinal girişine izin vermede sürekli yaşanan zorluklar. Değişken bir istemsiz

kas kasılması ve (fobik) bir ağrıdan sakınma ile ağrı sezinleme/korkma/deneyimleme söz konusudur. Yapısal ya da başka fiziksel anormallikler elimine edilmeli veya ele alınmalıdır.

DSM-IV-TR kriterinin tersine, önerilen vajinismus tanımı özellikle vajinada yerleşen belli bir kas spazmı belirtmiyor. Ayrıca bozukluğun, anksiyete bozukluklarında görülen türde etiyolojik mekanizmaları akla getiren özelliklerine de vurgu yapıyor.

Disparoni, sıkıntılara ve kişiler arasında zorluklara neden olan cinsel aktiviteye bağlı vajinal ağrıyı ifade etmek için kullanılan geniş bir terimdir. Tanımın resmi bir parçası olmasa da, disparoni genel olarak ya yüzeysel (vulva ve/ya vajinal giriş) ya da derin (karın bölgesinde veya iç organlarda, çoğunlukla penis baskılama ile alakalı) ifadeleriyle tanımlanır ve vakaların çoğu ilk kategoridendir. DSM-IV-TR disparoniyi, özellikle de vajinismusun sebep olduğu vajinal ağrıdan, kayganlaşma eksikliğinden veya bir medikal durumdan ayırt eder. Uygulamada, bu kriter kısıtlayıcı ve uygulaması zor olabilir çünkü vajinal ağrının sebebi her zaman özellikle kendi himayesinde olmayabilir. Buna bağlı olarak, uluslararası konsensus komitesi tanımın daha kapsayıcı bir revizyonunu yaptı: “girişimde bulunulan veya tamamlanan vajinal giriş ve/ya penil-vajinal birleşimde sürekli veya tekrarlayan ağrı”. Bazı araştırmacılar tartışmayı daha da ileri götürüp vajinismus ve disparoninin klinik mevcudiyet (ortaya çıkma) anlamında, ikisini iki apayrı bozukluk olarak görmenin tartışılır olduğu bir raddeye kadar gelecek kadar örtüşüklerini savundular (Meston ve Bradford, 2007).

2.2.6.1.Etiyolojik Faktörler

Biyolojik Faktörler

Vajinal spazmlar vajinismusun güvenilir bir göstergesi gibi görünmeseler de, artan pelvik kas tonu ve fazlalaşan kas zayıflığı, cinsel ağrı durumlarını vajinal penetrasyon zorluklarından ayırt edebilir (böyle zorluklar gündemde olmasa bile). Genital ağrı, tıbbi muayene ile elimine edilmesi gereken çok sayıda tıbbi durumun ve anatomik değişkenlerin sonucu olabilir.

Yüzeysel ağrı; dış genital, vajinal körelme (atrofi), anatomik değişkenler, idrar yolu enfeksiyonları, yaralanma ve diğer başka vulva enfeksiyon ve hastalıkları etkileyen dermatolojik bozuklukların bir belirtisi olabilir. Derin ağrı ise başka koşullardan da olabileceği gibi miyom, endometriozis, idrar hastalığı ve yumurtalık hastalığının bir sonucu olabilir.

Klinik gözlemler ve araştırmalar yüzeysel disparonisi olan kadınların ağırlıklı bir bölümünün güvenilir bir semptom paterni sergilediğini gösteriyor. Bu patern, vajinal açıklıklar ile idrar kesesi açıklıklarını çevreleyen dokuları içeren kadın dış genitalinde bir bölge olan vulva holünde (vulvar vestibule) dokunmaya ve baskı uygulamaya hassasiyeti içeriyor.

Hassas bölgede kızarıklık (erythema) vardır ve dokunma ya da baskı uygulama keskin ve alevli bir ağrıyı uyandırır. Vulvar Vestibulitis Sendromu (VVS) olarak da bilinen bu bozukluk, diğer enfeksiyon, yaralanma gibi durumlara atfedilemeyen vulva ağrı sendromlarından ayrı kabul edilir. Etiyolojisi belirsiz fakat psikolojik bir duyarlılığı olduğuna dair sayfalarca araştırmayla desteklenen deliller bulunuyor. Cinsel ağrı; ‘cinsel bir ağrı bozukluğu’ olarak değil de ‘ağrı bozukluğu’ olarak kavramsallaştığında çok sayıda etiyolojik benzerliği, kronik bel ağrısı ve diğer kronik ağrı sendromlarıyla paylaşır. Kronik ağrının psikojenik ve psikolojik parçalarını ayırıştırma girişimi, bunlar birbirlerinin tamamlayıcısı oldukları için, biraz şüpheli bir çaba olur. Ağrıyı yöneten periferik ve merkezi sinir sistemi geçitlerinin, ağrı deneyimini alevlendiren psikolojik reaksiyonlara eşlik ettiği düşünülmektedir (Meston ve Bradford, 2007).

Psikolojik Faktörler

Komorbid anksiyete bozuklukları ve yüksek sürekli kaygı için yükseltilmiş oranlar, cinsel ağrı bozukluklarının alt kategorileri arasında yer bulmuştur. Disparoni ve vulvar vestibulitis sendromu olan kadınlarla yapılan çalışmalar bu popülasyonda cinselliğe karşı negatif tutumlar ve bundan da fazla oranda erotofobi olduğunu gösteriyor. Ancak, cinsellikle alakalı anksiyetesi olan her kadın cinsel ağrı deneyimlemiyor. Anksiyetenin, üzerinden ağrı bozukluğunun başlamasına yardımcı olduğu mekanizmalar tam olarak anlaşılammış durumda. Ön hazırlık delilleri,

anksiyetenin, cinsel ağrıda sürekli devam eden potansiyel olarak önemli bir faktör olduğunu gösteriyor. Payne, vulvar vestibulitis sendromu olan kadınların cinsel ağrı için dikkat artırımı (hypervigilance) halinde olduklarını raporladı. Diğer araştırmalar ise vulvar vestibulitis sendromu olan kadınların birleşmeyle alakalı ağrıları dünyanın en büyük felaketine dönüştürdüklerini ama genel anlamda ağrı için böyle bir tutumda olmadıklarını öne sürdü.

Bugüne kadarki araştırmalar, cinsel ağrı bozuklukları için net biçimde psikolojik bir 'profil' tanımlamadı. Cinsel ağrı ve psikolojik semptomların arasındaki nedenselliğin yönü de karmaşık olması muhtemeldir. Araştırmalar, cinsel ağrı bozukluklarında anksiyete semptomlarına ve erotofobiye ek olarak depresif semptomların, düşmanlık ve psikotik özelliklerin de olduğunu gösteriyor (bir parça tutarsız biçimde olsa da). Cinsel ağrı bozukluklarında, cinsel travma geçmişi genelde kuşku edilen bir etiyolojik faktör olmasına rağmen, ampirik literatürde cinsel travma yalnızca vajinismusa bağlan(tılan)mıştır ve bu bağlantıyı destekleyecek datalar da tutarlı değildir.

Cinsel ağrı durumları, hiç de sürpriz olmayan biçimde, sıkça diğer cinsel sorunlara, bunların arasında da cinsel uyarılma zorluklarına bağlanıyor. Cinsel uyarılma sırasındaki vajinal değişimler, vajinal kayganlaşmayı ve rahim büyümesini içerir. Cinsel birleşme, bu değişimler gerçekleşmediğinde sürtünme, yırtılma ve dış genital yapıların aşırı uyarılması ile sonuçlanabilir ki bu da ağrıya sebep olur. Bazı teorisyenler, vajinal cinsel uyarılmanın, cinsel ağrı koşullarındaki anahtar etiyolojik faktör olduğunu düşünüyorlar. Zaman içinde, azalan cinsel uyarılma ile ağrı korkusunun cinsel durumlara verilen şartlanmış yanıtlar/tepkiler olduğu düşünölmeye başlandı. Labaratuvar araştırmaları, vajinal uyarılma yanıtlarında cinsel ağrı bozukluklarıyla alakalı temel bir bozulma göstermese de, cinsel ağrının şartlanmış bir yanıt/tepkisi olup olmadığı henüz ampirik anlamda kanıtlanmamıştır (Meston ve Bradford, 2007).

Değerlendirme

Sürekli cinsel ağrının tüm vakalarında, potansiyel ağrının gelişmesi, korunması ve deneyimlenmesine katkıda bulunan potansiyel tıbbi ve psikofizyolojik faktörler dizisinin hesaba katılacağı kooperatif multidisipliner bir değerlendirme gerekmektedir. Vajinal ağrının bir doktor ve daha da ideali, bir uzman terapist tarafından yapılan değerlendirmesi, tanı ve tedavi süresiyle ilgili bilgi verir. Genel psikososyal ve cinsel geçmiş değerlendirmeye ek olarak yapılacak psikolojik değerlendirme aşağıdaki maddelerin aslını sorgulamalıdır:

1. Ağrının yeri, niteliği, yoğunluğu ve süresi
2. Cinsel olan ve olmayanlar da dahil, ağrının fark edilir olduğu durumlar
3. Kadının cinsel olan ve olmayan durumlardaki kas gerginliğini algılayışı
4. Kadının (veya partnerinin) ağrıyı kontrol altında tutmak veya sınırlamak için cinsel aktivitede yaptığı değişiklikler
5. Subjektif heyecan ve vajinal duyarlılık ile kayganlaşma bakımından kadının cinsel durumlarda cinsel uyarılmayı deneyimleme derecesi
6. Kadının; özellikle de genital bölgelerle direkt teması kapsayanlar terapilerle ilgili olarak, tedavi için beklentileri ve motivasyonları

2.2.6.2.Tedavi

Psikolojik Tedavi

Son araştırmalar, kadınların cinsel ağrı sendromlarında bilişsel-davranışsal terapinin (BDT) etkinliğini destekliyor. Cinsel ağrı bozukluklarına yönelik bilişsel müdahaleler, cinsel hazzı iyileştirmek amacıyla (ağrı hassasiyetini azaltmak gibi) anksiyeteyi dindirmeye ve (penetratif olmayan seks gibi) cinsel aktivitenin alternatif türlerini normalleştirmeye odaklanıyor. Bergeron, tedavi öncesinden sonrasına kadar önemli ölçüde azalan vajinal ağrının vulvar vestibulitis sendromu (VVS) için

düzenlenen 8 seans bilişsel-davranışsal grup terapi ile ilgisi olduğunu keşfetti. Ter Kuile ve Weijenborg da VVS’i olan kadınlar için yapılan 12 seanslık grup BDT çalışmasıyla alakalı olarak vajinal ağrıda azalma bildirdiler. Bu çalışmalardaki BDT (yönlendirme amaçlı) müdahaleleri yani uyumsuz bilişleri tanımlama ve düzeltme ile vajinal penetrasyonu kolaylaştırmak için zaman içinde kademe kademe tasarlanan sistematik duyarsızlaştırma egzersizleri, cinsellik eğitiminin kendisini oluşturuyor. Bu öğelerden herhangi birinin tedavinin sonuçlarına ilave bir katkısının olup olmadığı ise hâlâ araştırılıyor. Cinsel ağrı bozukluklarının, özellikle de vajinismusun, tedavisinde sistematik duyarsızlaştırma kullanımının nispeten uzun bir geçmişi ama ilginçtir, deneysel anlamda az bir faydası vardır. Seks terapisi bağlamında, sistematik duyarsızlaştırma egzersizleri ödev verilir. Bu ödevde, vajinal dokunma ve penetrasyonu kademeli olarak alışkanlık haline getirme ile eşleştirilen rahatlama da eklenir. Rahatlama, genellikle, kadının parmaklarını ya da bu amaca özel tasarlanmış yapay araçlar kullanması ile başlar. Yaşam boyu vajinismus tedavisinde, BDT’nin son zamanlardaki klinik bir çalışması tedavinin bir parçası olarak sistematik duyarsızlaştırmayı da kapsamasına rağmen, tek başına sistematik duyarsızlaştırmanın etkisi belirgin değildir (Meston ve Bradford, 2007).

Psikofizyolojik Tedavi

VVS ve pelvik taban kaslarının anormal (abnormal) yanıtlanması arasında bir ilişki gözlemleyen Glazer, elektronik bir aletin sağladığı elektromiyografiyle bağlantılı görsel geribildirim kullanarak yeni bir tedavi yaklaşımı geliştirdi. Bu tedavi hipetonisiteyi azaltmak ve pelvik tabanın gücünü ve dengesini artırmak için tasarlandı.

Bir fizik tedavi uzmanı ile yapılacak iş birliği, pelvik tabanın kas ve bağ dokusunda uzman tarafından gösterilen elle uygulamalı tekniklerin uygulanması yoluyla psikofizyolojik tedaviyi geliştirebilir. Örneğin, bir fizyoterapist masaj ile esneme tekniklerini, kas tonu düzeltilmesi ve mobilizasyon gelişimi için birleştirebilir, pelvik taban ve çevresindeki kas grupları için egzersizler yazabilir ve pelvik tabanı elektrikli uyarılma yoluyla güçlendirebilir (Meston ve Bradford, 2007).

Tıbbi/Cerrahi Tedaviler

Topikal anestetikler ve diğer ilaçlar bazen kısa-dönemli vajinal ağrıları dindirmede kullanılıyor, ancak hiçbir delil topikal tedavilerin cinsel ağrı bozukluklarının uzun-dönem yönetiminde kullanılmasını desteklemiyor. Benzer biçimde, antidepresanların ve anti-konvülsiflerin de ağrı dindirmede destekleyici olduklarına dair kısıtlı bir bilgi var. Kişiler psikososyal ve fiziksel terapilere cevap vermediklerinde, cerrahi tedavi alternatifi düşünülebilir. VVS'li kadınların çalışmalarında, vulvar vestibular dokusunun çıkarılmasının alıcıların büyük çoğunluğunda vajinal ağrıyı önemli ölçüde azalttığı veya tamamen dindirdiği görüldü. Ameliyat bir yanında bir derece risk taşıdığı için cerrahi tedavi, daha az invazif (invasive) terapilerin başarısız olması durumunda bir alternatif olarak değerlendirilmelidir.

Herhangi bir cinsel ağrı bozukluğu tedavisinin başarısını ölçebileceğimiz uygun kriterin seçilmesi çok karmaşık. Çünkü cinsel ağrı bozukluğu olan birçok kadın vajinal temasa, penetrasyona geçemiyor. Araştırmacılar ise tedavinin etkinliğini, kısmen, tedavi sonunda cinsel aktiviteye dahil olabilen veya bunu başlatan kadınların oranına bakarak puanlıyor. Ancak seks yapabilmek sıkıntılarının artık olmadığı anlamına da gelmiyor, seksin illa ki zevkli olacağı anlamına da. Bu nedenle, herhangi bir tedavi sonucunu değerlendirirken hem öz-bildirimde bulunulan vajinal ağrıda kaydedilen gelişmeleri hem de (cinsel arzu ve uyarılma gibi) cinsel işlevdeki gelişmeleri dikkate almak esastır (Meston ve Bradford, 2007).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu araştırmada evli kadınların bedensel belirtilerini nasıl yaşadıklarının, somatizasyona yatkınlıklarının incelenmesi ve cinsel yaşantılar ile arasındaki ilişkiye bakılması amaçlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda araştırmanın ana hipotezi aşağıdadır.

Araştırmanın ana hipotezi: “Evli kadınlarda bedensel duyuları abartma ile cinsel yaşantı arasında bir ilişki bulunmaktadır”.

Alt hipotezler ise;

H1: Evli kadınların eğitim durumu farklı olan gruplar arasında bedensel duyuları abartma ölçeğı puanı açısından anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.

H2: Evli kadınların eğitim durumu farklı olan gruplar arasında cinsel yaşantı ölçeğı puanı açısından anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.

H3: Evli kadınların evlilik süresi farklı olan gruplar arasında bedensel duyuları abartma ölçeğı puanı ve cinsel yaşantılar ölçeğı puanı açısından anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.

H4: Evli kadınların çocuğun olup olmaması durumu farklı olan gruplar arasında bedensel duyuları abartma ölçeğı puanı ve cinsel yaşantılar ölçeğı puanı açısından anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.

H5: Evli kadınların çocuk sayısı farklı olan gruplar arasında bedensel duyuları abartma ölçeğı puanı ve cinsel yaşantılar ölçeğı puanı açısından anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.

H6: Evli kadınların çalışma durumu farklı olan gruplar arasında bedensel duyumları abartma ölçeği puanı ve cinsel yaşantılar ölçeği puanı açısından anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.

H7: Evli kadınların evde kendisiyle beraber yaşayan başka bir akrabasının olup olmaması durumu farklı olan gruplar arasında bedensel duyumları abartma ölçeği puanı ve cinsel yaşantılar ölçeği puanı açısından anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.

H8: Evli kadınların yatak odasında sürekli uyuyan çocuğun olup olmaması durumu farklı olan gruplar arasında bedensel duyumları abartma ölçeği puanı ve cinsel yaşantılar ölçeği puanı açısından anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.

H9: Evli kadınların alkol kullanma durumu farklı olan gruplar arasında bedensel duyumları abartma ölçeği puanı ve cinsel yaşantılar ölçeği puanı açısından anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.

3.2. Katılımcılar

Araştırmaya menopoza girmemiş gönüllü evli kadınlar alınmıştır.

3.3. Araştırmaya Dahil Edilme ve Dışlama Kriterleri

Dahil Edilme Kriterleri:

- Çalışmaya katılım için gönüllü olmak
- En az ortaöğretim mezunu olmak
- Gelir durumunun orta veya yüksek olması
- Yaşadığı yerin kent-merkez olması
- Psikiyatrik tanı almamış olmak
- Menopoza girmemiş olmak
- Düzenli psikiyatrik ilaç kullanmıyor olmak

Dışlama Kriterleri:

Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R) alt ölçeklerinden yüksek puan almak
Menopoza girmiş olması

3.4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

3.4.1. Demografik Bilgi Formu

Bu form araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Formda katılımcılara ait çeşitli bilgilerin toplandığı sorular bulunmaktadır. Yaş, doğum yeri, yaşadığı yer, eğitim durumu, ailenin gelir durumu, evlilik süresi, çocuk sahibi olup olmadığı, çalışma durumu, menopoza girip girmediği, alkol ya da başka bir madde kullanımı, kullandığı psikiyatrik bir ilaç olup olmadığı, psikiyatrik bir hastalığı olup olmadığıyla ilgili alt başlıklar yer almaktadır.

3.4.2. BELİRTİ TARAMA LİSTESİ (SCL-90-R)

Asıl formu Symptom Check List- 90 (Revised) olan ölçek L.R. Derogatis tarafından geliştirilmiştir (Önceki adları: 'Cornell Medical Index'/Wilder, 1948; 'Hopkins Symptom Check List/ Degoratis ve diğerleri, 1974). Türkçe geçerlik ve güvenilirliği 1991 yılında İhsan Dağ tarafından yapılmıştır. Ölçtüğü davranış/nitelik; psikiyatrik belirtiler; bireyin altında bulunduğu zorlamanın ya da yaşadığı olumsuz stres tepkisinin (distress) düzeyi; psikiyatrik tarama aracıdır. Ölçeğin türü kendini değerlendirme ölçeği (kağıt-kalem testi). Ölçek 17 yaşından itibaren genç ve yetişkin, en az orta öğretimden geçmiş, psikiyatrik olmayan popülasyona uygulanabilir (Dağ, 1991; Aydemir ve Köroğlu, 2009).

Beşli likert tipi cevaplanan 90 soruluk öz bildirim ölçeğidir. Her madde hiç/çok az/orta derecede/ oldukça fazla/ileri derecede seçeneklerine göre cevaplanmakta ve

sırasıyla 0,1,2,3,4 puan verilerek puanlanmaktadır. Daha sonra ölçekten üç ayrı genel puan hesaplanabilmektedir.

Genel belirti düzeyi (Global Symptom Index/GSI), boş bırakılan hariç tüm maddelere yapılan derecelemelerin ortalamasıdır (0 ile 4 arasındadır). Pozitif belirti toplamı (Positive Symptom Total/PST), 'Hiç' seçeneğiyle işaretlenenler hariç diğer maddelerin ham sayı toplamıdır (0 ile 90 arasındadır). Pozitif belirti düzeyi (Positive Symptom Distress Index/PSDI), 'Hiç' olarak işaretlenenler haricindeki maddelerin dereceleme puanları toplamının PST'ye bölünmesiyle elde edilen ortalama değerdir. (0 ile 4 arasındadır). Ölçeğin ayrıca 9 ayrı belirti grubunu yansıtan alt ölçekleri bulunmaktadır. Bunlar; 1) Somatizasyon, 2) Obsesif- kompulsif, 3) Kişilerarası duyarlılık 4) Depresyon 5) Kaygı 6) Düşmanlık 7) Fobik kaygı, 8) Paranoid düşünce, 9) Psikotizm ve bu alt ölçeklere girmeyen maddelerden oluşan ek ölçek. Altölçek puanları da kapsadıkları maddelerin ağırlıklı puan ortalamalarından oluşmakta ve 0 ile 4 arasında bir değer alabilmektedir (Dağ, 1991; Aydemir ve Köroğlu, 2009).

Puanların yorumlanması ölçek genel ortalama puanı GSI'deki artış bireydeki psikiyatrik belirtilerden duyulan sıkıntının artışına işaret eder ve ölçeğin en iyi endeksidir. PST arttıkça, bireyin kendisinde ne kadar çeşitli psikiyatrik belirti algılandığını gösterir. PSDI'deki artış ise, bireyin kendisinde var olduğunu algıladığı belirtilerden duyduğu sıkıntının ağırlıklı ortalamasını gösterir.

Ölçeğin madde güvenirliği 99 deneklik bir örnekleme ölçeğin GSI puanlarına göre Cronbach alfa iç tutarlığı .97 olarak hesaplanmıştır. Test-tekrar test güvenirliği ise 99 deneklik örnekleme ortalama 23 gün arayla tekrar uygulanması sonucu elde edilen test-tekrar test güvenirlik katsayıları alt ölçeklere göre .65 ile .87 arasında değişmiş; GSI puanına göre de .90 olarak saptanmıştır. Ölçeğin yapı geçerliği .52 ile .76 ($p < .001$; $s.d.=531$) arasında değişen alt ölçek puanları arası korelasyon matrisine uygulanan Temel Bileşenler Analizi sonucunda, toplam varyansın %68.7'sini açıklayan ve tüm altölçeklerden .79 ile .88 arasında ağırlık alan bir tek faktör elde edilmiştir (Aydemir ve Köroğlu, 2009).

3.4.3. Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği (BDAÖ) (Somatosensory Amplification Scale)

Bedensel duyumları abartma (BDA), kişinin, fiziksel bir hastalıkla ilgisi olmayan olağan bedensel duyumlara veya bir hastalığın belirtisi olmayan nötral ve hoş olmayan uyaranlara karşı duyarlılığını ölçmek için Barsky ve arkadaşları (1988) tarafından geliştirilmiştir. Türkçe güvenilirlik çalışması Sayar ve arkadaşları tarafından 2003 yılında yapılmış, 2007 yılında yayınlanmıştır (Sayar vd., 2007).

Barsky ve arkadaşları, hipokondriyak hastalarda bedensel duyumların gerekenden fazla bozulduğu hipotezinden yola çıkarak bu hastaların, hastalığa özgü olmayan fakat rahatsızlık veren hafif bedensel deneyimlerine olan duyarlılık yanıtlarını değerlendiren bir kendini değerlendirme ölçeğinin zorunlu olabileceğini düşünmüş ve harekete geçmişlerdir (Barsky ve diğerleri, 1990).

Ölçtüğü nitelik hastaların bedensel belirtilerini nasıl yaşadıklarını ve somatizasyona yatkınlıklarını ölçen bir değerlendirme aracıdır. Ölçeğin türü kendini değerlendirme ölçeğidir. Uygulanacak grup ise psikiyatrik hastalığı olanlar kadar, tıbbi hastalığı olan ve sağlıklı toplumda da uygulanabilir. Bedensel duyumların büyütülmesini değerlendiren, Likert tipi, 1-5 (bazı ölçeklerde 0-4) arası puanlanan ve bir hastalığa işaret etmeyen bir dizi rahatsız edici bedensel duyum içeren 10 maddeden oluşmuş bir öz bildirim ölçeğidir. Toplam puan, büyütme/abartma puanı olarak değerlendirilir (Aydemir ve Köroğlu,2009; Güleç ve diğerleri,2005).

3.4.4. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (ACYÖ)

Hastaların cinsel alanda yaşadıkları sorunları kısa, kolay biçimde taramak ve saptamak amacıyla McGahuey ve ark. tarafından geliştirilen bu ölçek, altılı Likert tipinde değerlendirme yapmaya olanak sağlayan 5 maddeden oluşmakta ve kadın-erkek

için ayrı formları bulunmaktadır. Yönergede, son bir haftanın değerlendirilmesi istenmektedir. Ölçeğin Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği Soykan tarafından yapılmış olup son dönem böbrek yetmezliği (SDBY) olan hastalarda kesme puanı 11 olarak bulunmuştur. Ölçek maddelerinden elde edilen puanlarının toplamı ölçek toplam puanına eşittir. Muhtemel toplam puan 5 ile 30 arasında değişir ve yükselen puanlar cinsel işlev bozukluğunun arttığını gösterir. Toplam ACYÖ puanının 19'dan büyük olması, tek bir maddenin 5'ten büyük olması veya üç maddenin puanlarının 4'den büyük olması cinsel işlev bozukluğu ile ilgili bulunmuştur (Aydemir ve Köroğlu,2009; Soykan, 2004).

ACYÖ, 2000 yılında McGahuey, Gelenberg, Laukes, Moreno ve Delgoda adlı araştırmacıların psikotrop ilaç kullanan hastalarda cinsel işlevlerde ortaya çıkan değişiklikler ve bozuklukları en uygun şekilde ve kişiyi en az rahatsız edecek şekilde değerlendirmek amacıyla tasarladıkları bir ölçektir. 5 sorudan oluşan Likert tipi özdeğerlendirme ölçeği olup, kadın ve erkek formları mevcuttur.

Cinsel işlevleri cinsel yönelim ve eşle olan ilişkiyi hariç tutarak değerlendirmeyi amaçlar. Kadın formunda sırasıyla cinsel dürtü, psikolojik uyarılma, fizyolojik uyarılma (vaginal lubrikasyon ve erkekte penis sertleşmesi), orgazma ulaşma kapasitesi ve orgazm sonucu doyum duygusunu irdeleyen sorular mevcuttur. Bu sorular günümüzde geçerli olan DSM-IV ve ICD-10 cinsel işlev bozuklukları tanı kriterlerini karşılamaktadır. Her sorunun 1'den 6'ya kadar değişen puanlamasıyla total skor 5'ten 30'a kadar değişir. Düşük skorlar cinsel yanıtın güçlü, kolay ve tatmin edici olduğunu gösterirken, yüksek skorlar cinsel işlev bozukluğunun varlığını gösterir. Daha yüksek skor, daha çok cinsel işlev bozukluğuna işaret eder (Aydemir ve Köroğlu, 2009; Soykan, 2004).

Türkçe formunun geçerlilik-güvenilirliği; Cronbach Alpha iç tutarlılık hesaplamasında 0,89 ve 0,90 olarak bulunmuş ve test- yeniden test güvenilirliği 0.88 olarak elde edilmiş, örtüştürücü 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 (Aydemir ve Köroğlu, 2009; Kaplan, 2012).

3.5. VERİLERİN TOPLANMASI

Verileri toplamada kullanılan araçlar ve araştırmanın amacını özetleyen bir rapor gerekli izinlerin alınabilmesi açısından Üsküdar Üniversitesi rektörlüğüne sunulmuştur. Gerekli izin aldıktan sonra ölçekler gönüllü evli kadınlara uygulanmıştır. Uygulamalar 3 ölçek, 1 Sosyodemografik Bilgi Formu, 1 Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu şeklinde verilerek tek oturumda tamamlanmıştır.

Araştırma için 130 gönüllüye form verilmiştir ancak; formları eksik doldurma, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği doldurmayı reddetme ve SCL-90-R sonuçlarında yüksek puan alma sebepleri ile 41 kişi araştırmaya alınamamıştır.

3.6. VERİ TOPLAMA SÜRECİ

Uygulamalar araştırmacı tarafından yapılmıştır. Uygulama tek oturumda ve yaklaşık 20 dakika sürmüştür.

3.7. VERİ ANALİZİ

Verilerin analizi SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 21.0 istatistiksel analiz paket programı ile yapılmıştır. Analizlerde %95 güven düzeyi ile çalışılmıştır. Araştırmada Sosyodemografik Bilgi Formu, SCL-90-R, Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği ve Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği kullanılmıştır. SCL-90-R araştırmaya dışlama kriteri olarak alınmıştır. Ölçekten elde edilen puanların normal dağılıma uygunluğu incelenmiş ve ölçek puanlarının normal dağılım göstermediği belirlenmiştir. Bu nedenle çalışmanın analizlerinden parametrik olmayan test teknikleri kullanılmıştır. Araştırma kapsamında Bedensel Duyumları Abartma ile Cinsel Yaşantılar arasındaki ilişki Spearman Korelasyon Testi ile incelenirken Bedensel Duyumları Abartma ve Cinsel Yaşantıların demografik değişkenlere göre anlamlı farklılık gösterme durumu Mann Whitney U Testi ve Kruskal Wallis H Testi ile incelenmiştir.

4.BULGULAR

Tablo 5: Demografik Bilgiler

		N	%
Yaş (22-51)	28 yaş ve altı	25	28,1
	29-34 yaş	21	23,6
	35-39 yaş	21	23,6
	40-44 yaş	13	14,6
	45 yaş ve üstü	9	10,1
Yaşadığı yer	Kent-merkez	89	100,0
Eğitim durumu	Ortaokul-lise	41	46,1
	Üniversite ve üstü	48	53,9
Ailenizin gelir durumu nedir?	3000-5000 TL	39	43,8
	5000 TL ve üzeri	50	56,2
Evlilik süreniz	5 yıl ve daha az	41	49,4
	6-10 yıl	16	19,3
	11-15 yıl	13	15,7
	16 yıl ve daha fazla	13	15,7
Çocuğunuz var mı?	Evet	60	67,4
	Hayır	29	32,6
Çocuk sayısı	Çocuğum yok	29	32,6
	1 çocuk	28	31,5
	2 çocuk	24	27,0
	3 ve daha fazla çocuk	8	9,0
Çalışıyor musunuz?	Evet	55	61,8
	Hayır	34	38,2

Ankete cevap veren katılımcılardan 28 yaş ve altı olanların oranı %28,1; 29-34 yaş arası olanların oranı %23,6; 35-39 yaş arası olanların oranı %23,6; 40-44 yaş arası olanların oranı %14,6; 45 yaş ve üstü olanların oranı %10,1'dir.

Katılımcıların tamamı kent-merkezde yaşamaktadır.

Katılımcılardan eğitim durumu ortaokul-lise olanların oranı %46,1; üniversite ve üstü olanların oranı %53,9'dur.

Katılımcılardan evlilik süresi 5 yıl ve daha az olanların oranı %49,4; 6-10 yıl olanların oranı %19,3; 11-15 yıl olanların oranı %15,7; 16 yıl ve daha fazla olanların oranı %15,7'dir.

Katılımcılardan çocuğu olanların oranı %67,4; olmayanların oranı %32,6'dır.

Katılımcılardan çocuğu olmayanların oranı %32,6; 1 çocuğu olanların oranı %31,5; 2 çocuğu olanların oranı %27,0; 3 ve daha fazla çocuğu olanların oranı %9,0'dur.

Katılımcılardan çalışanların oranı %61,8; çalışmayanların oranı %38,2'dir.

Tablo 6: Özel Hayatla İlgili Bilgiler

		N	%
Evde sizinle beraber yaşayan başka bir akrabanız var mı?	Evet	7	8,0
	Hayır	80	92,0
Yatak odanızda sürekli uyuyan çocuğunuz var mı?	Evet	16	18,0
	Hayır	73	82,0
Psikiyatrik hastalığınız var mı?	Hayır	89	100,0
Psikiyatrik ilaç kullanıyor musunuz?	Hayır	89	100,0
Daha önce psikiyatrik/psikolojik yardım ya da danışmanlık aldınız mı?	Evet	21	23,6
	Hayır	68	76,4
Ailenizde psikiyatrik bir rahatsızlığı olan birey var mı?	Evet	6	6,7
	Hayır	83	93,3
Menopoza girdiniz mi?	Hayır	89	100,0
Alkol kullanımı	Hiç	19	21,3
	Çok nadir	25	28,1
	Bazen	39	43,8
	Sık	6	6,7
Uyuşturucu kullanımı	Hiç	89	100,0

Ankete cevap veren katılımcılardan evde kendisiyle beraber yaşayan başka bir akrabası olanların oranı %8,0; olmayanların oranı %92,0'dir.

Katılımcılardan yatak odasında sürekli uyuyan çocuğu olanların oranı %18,0; olmayanların oranı %82,0'dir.

Katılımcıların tamamında psikiyatrik hastalık bulunmamaktadır.

Katılımcıların tamamı psikiyatrik ilaç kullanmamaktadır.

Katılımcılardan daha önce psikiyatrik/psikolojik yardım ya da danışmanlık alanların oranı %23,6; olmayanların oranı %76,4'tür.

Katılımcılardan ailesinde psikiyatrik bir rahatsızlığı olan birey olanların oranı %6,7; olmayanların oranı %93,3'tür.

Katılımcıların tamamı menopoza girmemiştir.

Katılımcılardan hiç alkol kullanmayanların oranı %21,3; çok nadir kullananların oranı %28,1; bazen kullananların oranı %43,8; sık kullananların oranı %6,7'dir.

Katılımcıların tamamı uyuşturucuyu hiç kullanmamaktadır.

(Bazı katılımcılar 'evlilik süresi, evde sizinle beraber yaşayan akrabanız var mı ?' sorularına eksik yanıt vermişlerdir.)

Tablo 7: Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği Maddelerine Katılım Dağılımı

	Doğru Değil	Pek Doğru Değil	Kararsızım	Çok Doğru	Tamamen Doğru
Birisi öksürdüğünde, benim de öksüresim gelir.	<i>n</i> 71 % 79,8	9 10,1	5 5,6	2 2,2	2 2,2
Duman, sis ya da hava kirliliğine tahammül edemem.	<i>n</i> 13 % 14,6	13 14,6	23 25,8	13 14,6	27 30,3
Sıklıkla vücudumda değişik şeyler olduğunu fark ederim.	<i>n</i> 52 % 58,4	12 13,5	12 13,5	3 3,4	10 11,2
Bir yerim morardığında, uzun süre öylece kalır.	<i>n</i> 33 % 37,1	23 25,8	17 19,1	5 5,6	11 12,4
Ani yüksek sesler beni rahatsız eder.	<i>n</i> 12 % 13,5	23 25,8	19 21,3	13 14,6	22 24,7
Bazen nabzımın ya da kalbimin kulağımın içinde güm güm attığını duyarım.	<i>n</i> 28 % 31,5	26 29,2	13 14,6	7 7,9	15 16,9
Çok sıcakta olmayı da çok soğukta olmayı da sevmem.	<i>n</i> 14 % 15,7	7 7,9	20 22,5	11 12,4	37 41,6
Midemdeki açlık kasılmalarını çok çabuk hissedirim.	<i>n</i> 20 % 22,5	19 21,3	21 23,6	6 6,7	23 25,8
Ufak bir böcek ya da sinek ısırtığı beni gerçekten rahatsız eder.	<i>n</i> 35 % 39,3	17 19,1	17 19,1	5 5,6	15 16,9
Ağrıya çok az tahammülüm vardır.	<i>n</i> 31 % 34,8	23 25,8	16 18,0	7 7,9	12 13,5

“Birisi öksürdüğünde, benim de öksüresim gelir.” ifadesine kadınların çoğunluğu %79,8 oranla doğru değil cevabını vermiştir.

“Duman, sis ya da hava kirliliğine tahammül edemem.” ifadesine kadınların çoğunluğu %30,3 oranla tamamen doğru cevabını vermiştir.

“Sıklıkla vücudumda değişik şeyler olduğunu fark ederim.” ifadesine kadınların çoğunluğu %58,4 oranla doğru değil cevabını vermiştir.

“Bir yerim morardığında, uzun süre öylece kalır.” ifadesine kadınların çoğunluğu %37,1 oranla doğru değil cevabını vermiştir.

“Ani yüksek sesler beni rahatsız eder.” ifadesine kadınların çoğunluğu %25,8 oranla pek doğru değil cevabını vermiştir.

“Bazen nabzımın ya da kalbimin kulağımın içinde güm güm attığını duyarım.” ifadesine kadınların çoğunluğu %31,5 oranla doğru değil cevabını vermiştir.

“Çok sıcakta olmayı da çok soğukta olmayı da sevmem.” ifadesine kadınların çoğunluğu %41,6 oranla tamamen doğru cevabını vermiştir.

“Midemdeki açlık kasılmalarını çok çabuk hissederim.” ifadesine kadınların çoğunluğu %25,8 oranla tamamen doğru cevabını vermiştir.

“Ufak bir böcek ya da sinek ısırığı beni gerçekten rahatsız eder.” ifadesine kadınların çoğunluğu %39,3 oranla doğru değil cevabını vermiştir.

“Ağrıya çok az tahammülüm vardır.” ifadesine kadınların çoğunluğu %34,8 oranla doğru değil cevabını vermiştir.

Tablo 8: Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Maddeleri Puanları

	İstek	Uyarılma	İslenme	Orgazm	Tatmin
N	89	89	89	89	89
Minimum	1	1	1	1	1
Maximum	6	6	6	6	6
Ort.	2,83	2,98	2,87	3,19	2,53
Ss	1,28	1,23	1,17	1,12	1,37

Cinsel yaşantılar puanları incelendiğinde istek puanı ortalaması $2,83\pm 1,28$; uyarılma puanı ortalaması $2,98\pm 1,23$; ıslenme $2,87\pm 1,17$; orgazm $3,19\pm 1,12$ ve tatmin $2,53\pm 1,37$ 'dir. Buna göre cinsel yaşantılarda en az sorun tatminde iken en fazla sorun orgazmdadır.

Tablo 9: Ölçek Puanlarının Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

	N	Minimum	Maximum	X	ss
Bedensel Duyumları Abartma	89	11	50	25,84	7,64
Cinsel Yaşantılar	89	5	30	14,51	5,15

Ankete cevap veren katılımcıların Bedensel Duyumları Abartma puanı ortalaması $25,84\pm 7,64$; Cinsel Yaşantılar puanı ortalaması $14,51\pm 5,15$ 'dir.

Tablo 10: Ölçek Puanlarının Normallik Testi

	Kolmogorov-Smirnova			Shapiro-Wilk		
	İstatistik	sd	p	İstatistik	Sd	P
Bedensel Duyumları Abartma	,143	89	,000	,965	89	,016
Cinsel Yaşantılar	,105	89	,017	,968	89	,027

Bedensel Duyumları Abartma; Cinsel Yaşantılar puanı ortalaması ölçekleri için yapılan Shapiro-Wilk normallik analizi sonucu söz konusu ölçek puanının normal dağılım göstermediği belirlenmiştir. Bedensel Duyumları Abartma; Cinsel Yaşantılar puanı ortalaması ölçekleri için yapılmış olan gruplar arası karşılaştırma testlerinde parametrik olmayan test teknikleri kullanılmıştır.

Tablo 11: Bedensel Duyumları Abartma ile Cinsel Yaşantıların İlişki Analizi

		Bedensel Duyumları Abartma	Cinsel Yaşantılar
Bedensel Duyumları Abartma	<i>R</i>	1,000	,051
	<i>P</i>	.	,635
	<i>N</i>	89	89
Cinsel Yaşantılar	<i>R</i>	,051	1,000
	<i>P</i>	,635	.
	<i>N</i>	89	89

Yapılan korelasyon analizine göre Bedensel Duyumları Abartma ölçeği ile Cinsel Yaşantılar ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmamakla birlikte pozitif yönlü çok zayıf bir ilişki bulunmaktadır ($p>0,05$).

Cinsel işlev bozukluğu var mı?		n	Sıra Ort.	U	p
Bedensel Duyumları Abartma	Yok	29	42,79	806,000	,575
	Var	60	46,07		

Bedensel Duyumları Abartma puanının cinsel işlev bozukluğu olma durumuna göre farklılık gösterme durumunun incelenmesi amacı ile yapılan Mann Whitney U testi sonuçları tabloda verilmiştir.

Analiz sonucuna göre cinsel işlev bozukluğu olanların Bedensel Duyumları Abartma puanı ile cinsel işlev bozukluğu olmayanların puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Tablo 12: Ortaokul-Lise Mezunu Kadınların Bedensel Duyumları Abartma ile Cinsel Yaşantıların İlişki Analizi

Eğitim durumu = Ortaokul-Lise		Bedensel Duyumları Abartma	Cinsel Yaşantılar
Bedensel Duyumları Abartma	<i>R</i>	1,000	-,044
	<i>P</i>	.	,786
	<i>N</i>	41	41
Cinsel Yaşantılar	<i>R</i>	-,044	1,000
	<i>P</i>	,786	.
	<i>N</i>	41	41

Eğitim durumu ortaokul-lise olan kadınlar için yapılan korelasyon analizine göre Bedensel Duyumları Abartma ölçeği ile Cinsel Yaşantılar ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte negatif yönlü zayıf bir ilişki bulunmaktadır ($p>0,05$).

Tablo 13: Üniversite Ve Üstü Mezunu Kadınların Bedensel Duyumları Abartma ile Cinsel Yaşantıların İlişki Analizi

Eğitim durumu = Üniversite ve üstü		Bedensel Duyumları Abartma	Cinsel Yaşantılar
Bedensel Duyumları Abartma	<i>R</i>	1,000	,083
	<i>P</i>	.	,573
	<i>N</i>	48	48
Cinsel Yaşantılar	<i>R</i>	,083	1,000
	<i>P</i>	,573	.
	<i>N</i>	48	48

Eğitim durumu üniversite ve üstü olan kadınlar için yapılan korelasyon analizine göre Bedensel Duyumları Abartma ölçeği ile Cinsel Yaşantılar ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte pozitif yönlü zayıf bir ilişki bulunmaktadır ($p>0,05$).

Tablo 14: Bedensel Duyumları Abartma ve Cinsel Yaşantıların Yaşa Göre Değişiklik Gösterme Durumunun Analizi

Yaş	n	Sıra Ort.	X2	P	
Bedensel Duyumları Abartma	28 yaş ve altı	25	39,00	7,180	,127
	29-34 yaş	21	49,43		
	35-39 yaş	21	53,19		
	40-44 yaş	13	46,54		
	45 yaş ve üstü	9	30,00		
Cinsel Yaş Antılar	28 yaş ve altı	25	42,72	1,481	,830
	29-34 yaş	21	44,17		
	35-39 yaş	21	50,62		
	40-44 yaş	13	44,69		
	45 yaş ve üstü	9	40,61		

Farklı Yaş Grupları İçin Yapılan Kruskal Wallis Testine Göre:

Farklı yaş grupları arasında Bedensel Duyumları Abartma ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Farklı yaş grupları arasında Cinsel Yaşantılar ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Tablo 15: Bedensel Duyumları Abartma ve Cinsel Yaşantıların Eğitim Durumuna Göre Değişiklik Gösterme Durumunun Analizi

Eğitim durumu	N	Sıra Ort.	U	P	
Bedensel Duyumları Abartma	Ortaokul-Lise	41	50,15	773,000	,082
	Üniversite ve üstü	48	40,60		
Cinsel Yaşantılar	Ortaokul-Lise	41	48,93	823,000	,184
	Üniversite ve üstü	48	41,65		

Eğitim Durumu Farklı Olan Gruplar İçin Yapılan Mann Whitney Testine Göre:

Eğitim durumu farklı olan gruplar arasında Bedensel Duyumları Abartma ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Eğitim durumu farklı olan gruplar arasında Cinsel Yaşantılar ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Tablo 16: Bedensel Duyumları Abartma ve Cinsel Yaşantıların Evlilik Süresine Göre Değişiklik Gösterme Durumunun Analizi

Evlilik süreniz		N	Sıra Ort. X2	P
Bedensel Duyumları Abartma	5 yıl ve daha az	41	40,60	1,967 ,579
	6-10 yıl	16	48,53	
	11-15 yıl	13	43,54	
	16 yıl ve daha fazla	13	36,85	
Cinsel Yaşantılar	5 yıl ve daha az	41	43,52	,444 ,931
	6-10 yıl	16	41,28	
	11-15 yıl	13	38,62	
	16 yıl ve daha fazla	13	41,46	

Evlilik Süresi Farklı Olan Gruplar İçin Yapılan Kruskal Wallis Testine Göre:

Evlilik Süresi farklı olan gruplar arasında Bedensel Duyumları Abartma ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Evlilik Süresi farklı olan gruplar arasında Cinsel Yaşantılar ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Tablo 17: Bedensel Duyumları Abartma ve Cinsel Yaşantıların Çocuk Sahibi Olma Durumuna Göre Değişiklik Gösterme Durumunun Analizi

Çocuğunuz var mı?		N	Sıra Ort. U	P
Bedensel Duyumları Abartma	Evet	60	46,54	717,500 ,272
	Hayır	28	40,13	
Cinsel Yaşantılar	Evet	60	45,56	836,500 ,769
	Hayır	28	43,84	

Çocuğunun Olup Olmaması Durumu Farklı Olan Gruplar İçin Yapılan Mann Whitney Testine Göre:

Çocuğunun olup olmaması durumu farklı olan gruplar arasında Bedensel Duyumları Abartma ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Çocuğunun olup olmaması durumu farklı olan gruplar arasında Cinsel Yaşantılar ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Tablo 18: Bedensel Duyumları Abartma ve Cinsel Yaşantıların Çocuk Sayısına Göre Değişiklik Gösterme Durumunun Analizi

Çocuk sayısı		N	Sıra Ort.	X2	P
Bedensel Duyumları Abartma	Çocuğum yok	29	42,02	1,770	,622
	1 çocuk	28	46,71		
	2 çocuk	24	43,33		
	3 ve daha fazla çocuk	8	54,81		
Cinsel Yaşantılar	Çocuğum yok	29	43,84	7,282	,063
	1 çocuk	28	47,14		
	2 çocuk	24	51,13		
	3 ve daha fazla çocuk	8	23,31		

Çocuk Sayısı Farklı Olan Gruplar İçin Yapılan Kruskal Wallis Testine Göre:

Çocuk sayısı farklı olan gruplar arasında Bedensel Duyumları Abartma ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Çocuk sayısı farklı olan gruplar arasında Cinsel Yaşantılar ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Tablo 19: Bedensel Duyumları Abartma ve Cinsel Yaşantıların Çalışma Durumuna Göre Değişiklik Gösterme Durumunun Analizi

Çalışıyor musunuz?		n	Sıra Ort.	U	P
Bedensel Duyumları Abartma	Evet	55	41,37	735,500	,092
	Hayır	34	50,87		
Cinsel Yaşantılar	Evet	55	43,76	867,000	,565
	Hayır	34	47,00		

Çalışma Durumu Farklı Olan Gruplar İçin Yapılan Mann Whitney Testine Göre:

Çalışma durumu farklı olan gruplar arasında Bedensel Duyumları Abartma ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Çalışma durumu farklı olan gruplar arasında Cinsel Yaşantılar ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Tablo 20: Bedensel Duyumları Abartma ve Cinsel Yaşantıların Evde Birlikte Yaşayan Akraba Olma Durumuna Göre Değişiklik Gösterme Durumunun Analizi

Evde sizinle beraber yaşayan başka bir akrabanız var mı?	n	Sıra Ort.	U	P
Bedensel Duyumları Abartma	Evet	7	21,86	125,000 ,015
	Hayır	80	45,94	
Cinsel Yaşantılar	Evet	7	61,21	159,500 ,059
	Hayır	80	42,49	

Evde Kendisiyle Beraber Yaşayan Başka Bir Akrabasının Olup Olmaması Durumu Farklı Olan Gruplar İçin Yapılan Mann Whitney Testine Göre:

Evde kendisiyle beraber yaşayan başka bir akrabasının olup olmaması durumu farklı olan gruplar arasında Bedensel Duyumları Abartma ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Evde kendisiyle beraber yaşayan başka bir akrabası olanların puanı sıra ortalaması 21,86; olmayanların 45,94'tür. Buna göre evde kendisiyle beraber yaşayan başka bir akrabası olmayanların Bedensel Duyumları Abartma ölçeği puanı sıra ortalaması daha yüksektir.

Evde kendisiyle beraber yaşayan başka bir akrabasının olup olmaması durumu farklı olan gruplar arasında Cinsel Yaşantılar ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Tablo 21: Bedensel Duyumları Abartma ve Cinsel Yaşantıların Yatak Odasında Sürekli Uyuyan Çocuk Olma Durumuna Göre Değişiklik Gösterme Durumunun Analizi

Yatak odanızda sürekli uyuyan çocuğunuz var mı?	n	Sıra Ort.	U	P
Bedensel Duyumları Abartma	Evet	16	46,59	558,500 ,785
	Hayır	73	44,65	
Cinsel Yaşantılar	Evet	16	50,63	494,000 ,335
	Hayır	73	43,77	

Yatak Odasında Sürekli Uyuyan Çocuğunun Olup Olmaması Durumu Farklı Olan Gruplar İçin Yapılan Mann Whitney Testine Göre:

Yatak odasında sürekli uyuyan çocuğunun olup olmaması durumu farklı olan gruplar arasında Bedensel Duyumları Abartma ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Yatak odasında sürekli uyuyan çocuğunun olup olmaması durumu farklı olan gruplar arasında Cinsel Yaşantılar ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Tablo 22: Bedensel Duyumları Abartma ve Cinsel Yaşantıların Alkol Kullanma Sıklığına Göre Değişiklik Gösterme Durumunun Analizi

Alkol kullanımı		N	Sıra Ort.	X ²	P
Bedensel Duyumları Abartma	Hiç	19	46,87	,169	,982
	Çok nadir	25	44,02		
	Bazen	39	44,50		
	Sık	6	46,42		
Cinsel Yaşantılar	Hiç	19	45,05	,220	,974
	Çok nadir	25	44,02		
	Bazen	39	44,91		
	Sık	6	49,50		

Alkol Kullanma Durumu Farklı Olan Gruplar İçin Yapılan Mann Whitney Testine Göre:

Alkol kullanma durumu farklı olan gruplar arasında Bedensel Duyumları Abartma ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Alkol kullanma durumu farklı olan gruplar arasında Cinsel Yaşantılar ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

5.TARTIŞMA VE SONUÇ

Bedensel belirti ve cinsel işlev kavramları tanımlanmalarından bugüne oldukça dikkat çeken konular olmuşlardır. Bedensel duyuların büyütülmesi; bu duyulara yoğunlaşan artmış dikkat (veya hipervijilans), nadir görülen hafif bedensel duyularla seçici olarak meşgul olma eğilimi ve sonuç olarak bu duyulara özgü (onları daha da yoğunlaştıran ve rahatsız edici kılan affektif kognitif tepkilerle karakterize) abartılı bir algı tarzıdır. Bu algı tarzının somatizasyona (bedenselleştirmeye) yatkınlık olduğu ve bedenselleştirme sürecinde rol oynadığı öne sürülmüştür (Özen, 2007). Barsky'e göre; bazı bireyler, normal bedensel duyularını yoğun zararlı ve rahatsız edici biçimde algılama eğilimindedirler (Barsky, 1990).

Cinsellik ise, susama, açlık gibi belirgin fizyolojik bir eksiklik yaratmaması nedeniyle diğer motivasyonel durumlardan ayrılan ve üreme dışı önemi nedeniyle sosyal belirleyicileri de olan karmaşık bir emasyon ve eylemler bütünüdür. İnsan cinsel davranışı tek bir biçime uymaz. Bu farklılık insandan insana değişeceği gibi insanın kendi yaşamında da etkileşimleri ve olgunlaşması ile değişir. Bireyin toplum içindeki ilişkileri, yaşam koşulları, içinde bulunduğu kültür ortamı, kadın ve erkek oluşu, yaşı, yaşamı boyunca cinsel deneyimlerini ne kadar geliştirdiği gibi çeşitli etkenler bu farkları belirler (Yıldırım, 2009).

Ülkemizde cinsellik, toplumun büyük bir kesimi tarafından hala tabu olarak görülmekte, özellikle kadın cinselliğine bakışta, fazlasıyla geleneksel değerlerden ve cinsellikle ilgili kalıp yargılardan etkilenilmektedir (Kayır, 2001; Boyacıoğlu,1999; Sungur, 1998). Araştırmamızda, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeğini doldurmak istemeyen birçok evli kadınla karşılaşmıştır. Bunun sebebi olarak, genellikle bu konuya açık olmadıklarını ve ilk kez açık olamadıklarını fark ettiklerini bildirmişlerdir. Araştırmamızda genellikle gelir durumu ve eğitim düzeyi yüksek olan kişiler cinsel yaşantı ölçeğini doldurmak istememişlerdir. Bu bize; cinsellikle ilgili kalıpyargıların,

çekinme, gizleme, utanma gibi davranışların olabileceğini gösterebilir. Ülkemizde cinsel bilgisizlik eğitim düzeyinden bağımsız olarak yaygındır. Yerleşik cinsellik anlayışının parçası olan utanma, çekinme, gizleme davranışları, cinsellikle ilgili yaşanan herhangi bir sorunda yardım almayı ve uygun kaynağa danışmayı da zorlaştırmaktadır (Yetkin, 2001).

Kadında yaş ile birlikte en büyük değişim menopoza başlangıcıdır. Bu dönemde oluşan steroid hormonlarındaki azalma cinselliği etkiler. Genital organlarda fiziksel değişiklikler meydana gelir. Vajinal kanal, östrojen eksikliği nedeniyle kısalmaya ve incelir. Islanma azalır ve daha uzun zaman alır, ağrılı cinsel ilişki oluşabilir (Özkan, 2001). Çalışmamızda menopoza cinsel yaşantıyı etkileyebileceği düşünüldüğünden araştırmamızda menopoza girmemiş evli kadınların bedensel duyuları abartması ile cinsel yaşantıları arasındaki ilişkiye bakılmıştır. Herhangi bir psikiyatrik rahatsızlığı olmadığını bildiren 89 evli kadına uygulanmıştır. Araştırmada Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R) dışlama kriteri olarak kullanılmıştır. Belirti Tarama Listesinde 9 ayrı belirti grubunun yansıyan alt ölçeklerden yüksek puan alan kişiler araştırmaya alınmamıştır. Elde edilen değerler, istatistiksel olarak değerlendirilmiştir.

Araştırmaya katılan gönüllü evli kadınlarda bedensel duyuları abartma ile cinsel yaşantıları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmamakla birlikte pozitif yönlü çok zayıf bir ilişki bulunmaktadır ($p>0,05$). Ayrıca; farklı yaş, eğitim, evlilik süresi, çocuk sahibi olma durumu, çocuk sayısı, çalışma durumu, yatak odasında sürekli uyuyan çocuk olma durumu ve alkol kullanma sıklığı grubundaki kadınların bedensel duyuları abartmaları ve cinsel yaşantıları arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). Veriler sonucunda çalışmaya başlarken belirlediğimiz hipotezlerin, zayıf bir ilişki bulunsa da desteklendiği görülmektedir. Akbıyık'ın (1996), birinci basamak sağlık birimine değişik yakınmalarla başvuran 282 hasta somatizasyon bozukluğu açısından DSM IV tanı ölçütlerinin gözönüne alındığı bir klinik görüşme ile değerlendirildiği çalışmada, somatizasyon bozukluğu tanısı olan 16 hastada en sık ortaya çıkan şikayetler başağrısı, bulantı, cinsel ilgisizlik ve ekstremitelerde uyuşma hissi olduğunu bildirmiştir (Akbıyık, 1996). Rief ve ark., 2001'de yaptıkları çalışmada cinsiyet farklılıkları

somatoform semptomlar için iyi bilinen bir faktör olduğunu verilerinin de cinsiyetin etkilerini fiziksel şikayetlerin 1/3'i için doğruladığını, en fazla sözü edilen şikayetlerin cinsel birleşme sırasındaki ağrı, kızarma, dokunma hissinin kaybı, idrara çıkamama ve genital organlarda hoş olmayan hissiyat olduğunu belirtmişlerdir (Rief ve ark., 2001). Kirmayer ve arkadaşları bedensel ifadelerin somatik büyütmeden çok semptomların neye atfedildiğine ve duygusal sorunlarla ilgili endişenin yadsınmasına bağlı olduğunu söylemişlerdir. Literatürde, bedensel duyuları büyütmenin diğer psikiyatrik hastalıklarla bağlantısı konusunda nispeten çelişkili bilgiler mevcutsa da yazarların anlaştığı nokta büyütmenin hemen her zaman sıkıntı, olumsuz duygulanım, huzursuzluk ve bazı aleksitimik özelliklerle birlikteliğidir (Şahin, 2007). Örneklemimiz okur yazar olmayan, ilk okul mezunu olan ve sosyoekonomik durumu düşük olan katılımcıları da kapsasaydı farklı sonuçlar elde edilebilirdi.

Bizim çalışmamızda ankete cevap veren katılımcıların Bedensel Duyuları Abartma puanı ortalaması $25,84 \pm 7,64$; Cinsel Yaşantılar puanı ortalaması $14,51 \pm 5,15$ 'dir. Cinsel yaşantılar puanları incelendiğinde cinsel istek puanı ortalaması $2,83 \pm 1,28$; uyarılma puanı ortalaması $2,98 \pm 1,23$; ıslanma $2,87 \pm 1,17$; orgazm $3,19 \pm 1,12$ ve tatmin $2,53 \pm 1,37$ 'dir. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (ACYÖ) alt itemlerinden en yüksek puanı orgazm sorunu aldı (Tablo 8). Kaplan 2012'nin yaptığı çalışmada cinsel yaşantı ile ilgili genel durumu gösteren toplam puan ortalaması $20,25 \pm 5,91$ bulunmuştur. ACYÖ alt itemlerinden en yüksek puanları orgazm ve cinsel tatmin sorunlarından almıştır (Kaplan, 2012). Araştırma grubumuzda daha çok orgazm sorunu olgularının bulunup tatmin sorununun en az bulunmasının da, elde ettiğimiz sonucu etkileyebileceği düşünülmektedir. Çünkü; orgazm sorunu olup tatmin sorununun en az olması sonucu, bize cinsel bilgisizliği işaret ediyor olabilir.

Ankete cevap veren katılımcılardan 28 yaş ve altı olanların oranı %28,1; 29-34 yaş arası olanların oranı %23,6; 35-39 yaş arası olanların oranı %23,6; 40-44 yaş arası olanların oranı %14,6; 45 yaş ve üstü olanların oranı %10,1'dir. Görüldüğü gibi yaş dağılımı oldukça geniş bir yelpazededir. Yaş ortalaması açısından da literatürde rastlanan çoğu çalışmaya denk ortalamada olduğu görülebilir. Farklı yaş grupları için

yapılan Kruskal Wallis testine göre; farklı yaş grupları arasında Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). Özen Şahin'in 2007 yılında yaptığı uzmanlık tezine göre, somatizasyon puanlarının yaş ile artmadığı veya azalmadığı, evlilerle bekarlar arasında somatizasyon puanları açısından anlamlı bir fark olmadığı, somatizasyon şiddetinin eğitim düzeyinden etkilenmediği görülmüştür (Özen,2007). Farklı yaş grupları arasında Cinsel Yaşantılar ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). Her iki ölçekte de 35-39 yaş arası evli kadınların ortalama puanları daha yüksek bulunmuştur. Literatüre baktığımızda, Güleç ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında yaş dağılımı 17 ve 23, arasında değişmekte olup, ortalama yaş 18.67 ± 1.15 'dir. Yaş dağılımı 17 ve 56 arasında değişmekte olup, ortalama yaş 38.98 ± 9.33 'tür (Güleç ve ark., 2007). Amerika'daki CİB yaygınlığına ilişkin çalışmalarında 18-29 yaş arası kadınlarda cinsel ilişki sırasında ağrı bozuklukları (vajinismus ve dispareni) oranını %21; Hallward ve Ellison (2001), Rosen ve arkadaşlarının 1993 senesinde jinekoloji kliniğine ayaktan tedavi için başvuran sağlıklı kadınlar üzerine yaptıkları çalışmaya dayanarak bu oranı %11.3 olarak bildirmektedir. Salonia ve arkadaşları (2004), kadın cinsel işlev bozukluklarının yaygınlığı ve sıklığının yaşla birlikte arttığını ayrıca yaş değişkeninin, kadın cinsel işlev bozukluğu üzerine etkisi olan en önemli faktör olduğunu vurgulamaktadırlar (Kulak, 2006).

Eğitim durumu farklı olan gruplar arasında Cinsel Yaşantılar ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). Ortaokul- lise mezunu olan kadınların Cinsel Yaşantılar Ölçek puan ortalaması 48,93 olup ; üniversite ve üzeri olan kadınların ortalaması 41,65 tir. Bizim araştırmamızda ortaokul mezunu olmayan evli kadınlar araştırmaya dahil edilmemiştir. Güvel ve ark. (2003) çalışmalarında öğrenim düzeyini CİB görülme durumu ile ilişkili bulmamıştır (Güvel, 2003). Özerdoğan ve arkadaşlarını yaptığı çalışmada ise eğitim durumuna bakıldığında, kadınların öğrenim düzeyi arttıkça cinsel işlev bozukluğu görülme sıklığı azalmakta idi. Buna paralel olarak ülkemizde Aslan ve Cayan'ın çalışmalarında bulgularının paralelinde öğrenim düzeyi düşük olan kadınlarda CİB'nin daha sık görüldüğü rapor edilmiştir (Özerdoğan ve ark., 2009).

Araştırmamızda eğitim durumu farklı olan gruplar arasında Bedensel Duyumları Abartma ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). Barsky ve Klerman (1983) literatürde somatizasyonun düşük eğitilmiş, düşük sosyoekonomik gruplarda, kırsal kesimler ve bazı kültürler ve etnik gruplarda daha sık görüldüğü yönünde bulgular olduğunu aktarmaktadır. Lin ve arkadaşları da (1985) somatizasyonun bozukluğunun kırsal kesimlerde, potansiyel sosyodemografik değişkenlerde (yaş,cins,ırk,eğitim,sosyoekonomik durum) artış gösterdiğini belirtmektedirler (Fidanoğlu,2007). Candansayar'ın (1994) yaptığı çalışmada somatizasyonun sosyoekonomik durum ve eğitim düzeyinden bağımsız olarak görülebileceğini desteklemektedir (Candansayar, 1994).

Kirmayer ve arkadaşları 2004 yılında genel popülasyonda yaptıkları 12 aylık bir izlem çalışmasında tıbben açıklanamayan belirtilerin, sadece Genel Sağlık Anketi (GHQ) skorlarından etkilendiğini öne sürerek bu belirtileri psikolojik huzursuzlukla bağlantılandırmışlardır, yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, çalışma durumu, hatta göç eylemi gibi sosyodemografik özelliklerin somatizasyon için belirleyici olmadığını ortaya koymuşlardır (Kirmayer,2004).

Çalışmamızda bedensel duyumları abartmanın evde akrabasıyla yaşamayan kişilerde daha yüksek bulunmuştur. Yüksek bulunmasının nedeni olarak evet/hayır cevabını veren katılımcı sayısının olduğu düşünülmektedir (Tablo 20).

Yapılan araştırma neticesinde aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır.

Bedensel Duyumları Abartma ölçeği ile Arizona Cinsel Yaşantılar ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte pozitif yönlü çok zayıf bir ilişki bulunmaktadır.

Eğitim durumu ortaokul-lise olan kadınlar için yapılan korelasyon analizine göre Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği ile Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği arasında

istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte negatif yönlü zayıf bir ilişki bulunmaktadır.

Eğitim durumu üniversite ve üstü olan kadınlar için yapılan korelasyon analizine göre Bedensel Duyumları Abartma ölçeği ile Cinsel Yaşantılar ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte pozitif yönlü zayıf bir ilişki bulunmaktadır.

Farklı yaş, eğitim, evlilik süresi, çocuk sahibi olma durumu, çocuk sayısı, çalışma durumu, yatak odasında sürekli uyuyan çocuk olma durumu ve alkol kullanma sıklığı grubundaki kadınların bedensel duyumları abartmaları ve cinsel yaşantıları arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır.

Evde kendisi ile beraber yaşayan başka akrabası olan kadınlar ile olmayan kadınların arasında cinsel yaşantılar açısından anlamlı fark bulunmazken bedensel duyumları abartmaları açısından anlamlı fark bulunmaktadır ve evde başka akrabası olanların bedensel duyumları abartmaları daha düşüktür.

Araştırmadan elde edilen verilerin değerlendirilmesi sonucunda bazı öneriler geliştirildi:

Bu çalışmada Eksen-1 bozukluklarına Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R) ile bakılmıştır. Yüksek puan alan kişiler araştırmaya dahil edilmemiştir. Bu sebep ile geniş bir örnekleme ulaşılamamıştır. Eksen-1 bozukluklarını değerlendiren, başka bir ölçek kullanılmamıştır.

Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği, kişinin bedensel belirtilerini nasıl yaşadıklarını ve somatizasyona yatkınlıklarını ölçen bir değerlendirme aracı olsa da, somatik belirtileri objektif olarak değerlendiren başka bir ölçek kullanılmamıştır. Aynı şekilde Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği kişilerin cinsel alanda yaşadıkları sorunları tarama ve saptamaya yarayan bir ölçek olsa da cinsel yaşantıları değerlendiren başka bir ölçek araştırmamızda kullanılmamıştır.

Somatizasyonun temelinde sıkıntıyı söze dökmekte güçlüğü yattığı, diğer yandan aleksitimik özelliklerin psikosomatik hastalıklarla ve bedensel duyumların büyütülmesiyle ilişkili olduğu bilinmektedir. Araştırmamızda TAÖ (Toronto Aleksitimi

Ölçeği) kullanılmadığından evli kadınlarda bedensel duyuları abartma ile “duyguları tanımada ve söze dökmede güçlük” arasında nasıl bir bağlantı olduğu değerlendirilmemiş, aleksitimi bedensel duyuları abartma ilişkisinin değerlendirilmesi başka çalışmalara bırakılmıştır.

Diğer yandan bedensel duyuları abartma ile cinsel yaşantı arasındaki ilişki ile ilgili yapılmış çalışmaların eksikliği, bulgularımızı yeterince literatür bilgisine dayandıramamıza veya literatür bilgileri ışığında tartışmamıza neden olmuştur.

Ölçeklerimizin kendi kendine değerlendirme aracı olması sebebi ve klinik görüşme eksikliği araştırmanın bir diğer kısıtlılığıdır.

Toplumumuzda kadınların önemli bir bölümü cinsellikle ilgili, cinsel işlevleriyle ilgili ya da yaşayabilecekleri cinsel sorunlarla ilgili yeterli bilince sahip olamadıklarından, bu konularla ilgili yardım alabilme ihtimallerinin olduğunu dahi bilmemektedirler. Bu nedenle cinsel eğitim, toplum sağlığı açısından üzerinde durulması gereken önemli konulardan biridir ve bu konuda sadece kadınların bilinçlendirilmesi de yeterli değildir. Erkekleri de bu bilinçlendirme sürecinin içine sokmakta yarar vardır.

Bu çalışmanın, önceki çalışmalara da eklenerek önemli bir katkı sağlayacağını ve bu alanda var olan literatürü genişleteceği umulmaktadır.

6. KAYNAKLAR

- Akan H., Doğan S., 2011, “Birinci Basamak Sağlık Hizmetinde Cinsel İşlev Bozukluklarına Yaklaşım” , Türkiye Aile Hekimliği Dergisi,15(2):69-76.
- Akbıyık İren D., 1996, “Birinci Basamak Sağlık Birimlerinde Somatizasyon Bozukluğu”, Türkiye Psikiyatri Dergisi,7(3).
- American Psychiatric Association, “Somatic Symptom Disorder”, 2013.
- American Psychiatric Association, “Somatic Symptom Disorders”, 2010.
- Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı’ndan, Çev. Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2014.
- Arslanoğlu, K., 2007, Psikiyatri Elkitabı, İthaki Yayınları, İstanbul.
- Atmaca, M., 2012, “ Somatoform Bozukluklarda Nörogörüntüleme: Bir Gözden Geçirme” Türk Psikiyatri Dergisi; 23(4):274-80.
- Aydemir, Ö., Köroğlu, E., 2009, Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler, Hekimler Yayın Birliği, Ankara.
- Aysevener, E.O., 2013,Somatoform Bozukluklar,İçinde:Yetişkin Psikiyatri,Ed: Yemez, B., Tunca, Z.,Ratatıp Kitabevi,s:219-235.,Ankara.
- Balon R, Segraves RT., 2005, Handbook of Sexual Dysfunction, Taylor and Francis Group: USA.
- Barsky, A.J., Wyshak, G. and Klerman G.L.,1990, “The Somatosensory Amplification scale and its Relationship to Hypochondriasis”, Journal Psychiatric Research; 24:323-334.
- Basson, R., 2005, “Women’s Sexual Dysfunction: Revised and Expanded Definitions”, CMAJ;172(10).
- Basson, R., 2008, “Women’s Sexual Function and Dysfunction: Current Uncertainties, Future Directions” , International Journal of Impotence Research; 20,466-478.
- Boyacıoğlu G.S, 1999, “Kadın Cinsel İşlev Bozuklukları”, Psikiyatri Dünyası;2:54-59.
- Bridges, K.W., Goldberg, D.P., 1985, “Somatic Presentation of DSM-III Psychiatric Disorders in Primary Care”, J Psychosom Research,29(6);563-586.
- Butcher, J.N., Mineka, S. and Hooley, J.M., 2013, Anormal Psikoloji (Çev., O. Gündüz), Kaknüs Yayınları, İstanbul.

Candansayar, S.,1994, Somatizasyon ve Konversiyon Bozukluğu Olan Bir Grup Kadın Hastada Tanı Sınırları ve Psikososyal Özelliklerin Değerlendirilmesi, Uzmanlık Tezi, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara.

Çakmak, D., Saatçioğlu, Ö., 2005, Bağımlılık ve Komorbidite, Özgül Matbaacılık, İstanbul.

Çavaş, Ş.,2008, “Cinsel İşlev Bozuklukları Polikliniğine Başvuran Vajinismusve Prematür Ejakülasyon Olgularında Psikiyatrik Komorbiditenin Araştırılması”, Bakırköy Ord.Prof.Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi İstanbul.

Dağ, İ., 1991, “Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R)’nin Üniversite Öğrencileri için Güvenirliği Geçerliği”, Türk Psikiyatri Dergisi,2:(1).

Doğan O.,2007, Konversiyon Bozukluğu, Temel Psikiyatri Kitabı, Eds: Köroğlu E, Güleç C, HYB Basım Yayın; s:377-385,Ankara.

Doğan, S., 2011, “Cinsel İşlev Bozuklukları, Depresyon ve Antidepresanlar”, Journal of Mood Disorders Volume :1(2):81-6.

Fidanoğlu, O., 2007, Evlilik Uyumu ile Eşlerin Somatizasyon Düzeyleri Arasındaki İlişki ve Diğer Sosyodemografik Değişkenler Açısından Karşılaştırılması, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, İstanbul.

Geçtan, E., 2003, Psikodinamik Psikiyatri ve Normaldışı Davranışlar, Metis Yayınları, İstanbul.

Güleç H., Sayar, K. ve Özkorumak, E., 2005, “Depresyonda Bedensel Belirtiler”, Türk Psikiyatri Dergisi,16 (2):90-96.

Gülsün, M., Ak, M. ve Bozkurt, A., 2009, “Psikiyatrik Açıdan Evlilik ve Cinsellik”, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar; 1: 68-79.

Güvel vd.,2003, “Evli Kadınlarda Cinsel Fonksiyonlara Etkin Faktörler”, Türk Üroloji Dergisi, 29(1):43-48.

İncesu C., 2001, “Kadınlarda Azalmış (hipoaktif) Cinsel İstek ve Cinsel Tiksinti Bozuklukları, Eds: Yetkin N,İncesu C., Roche Müstahzarları Sanayi A.S.;s:76-80, İstanbul.

İncesu, C., 2004, “Cinsel İşlevler ve Cinsel İşlev Bozuklukları”, Klinik Psikiyatri; Ek3:3-13, İstanbul.

İncesu, C.,2011, “DSM-5 ve Cinsel İşlev Bozuklukları” Nöropsikiyatri Arşivi,48 Özel Sayı 1: 1-6.

Kapkın, E., 2009, “Cinsel Sorunlara Yaklaşım: Sevişmek mi Çiftleşmek mi? Eleştirel Bakış”, Türkiye Klinikleri; 2(4):16-21.

- Kaplan, B., 2012, “Konversiyon bozukluğu Tanılı Kadın Hastalarda Çocukluk Çağı Travma Öyküsünün Psikiyatrik Belirtiler ve Cinsel İşlev İle İlişkisi”, Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Kaplan, H.I., Sadock, B.J., 2004, Klinik Psikiyatri (Çev. E. Abay), Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul.
- Kaplan, S.H., 1974, The New Sex Therapy, A Brunnel Mazel Pub., New York, İçinde: Kayır, A.,2009, “Kadın Orgazm Bozuklukları”, Türkiye Klinikleri, 2(4):42-7.
- Kayır A., Şahin D., 1998, “Kadın Cinselliği ve Cinsel İşlev Bozukluğu”, Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları; 3(1):19-58.
- Kayır, A., 2011, “Cinsel Yaşamda Kadın ve Erkek”, Cinsel Eğitim Terapi ve Araştırma Derneği, s.23-29.
- Kayır, A.,2001, “Cinsellik Kavramı ve Cinsel Mitler”, Cinsel İşlev Bozuklukları Editör: Yetkin N., İncesu, C., Roche Müstahzarları Sanayi A.Ş.; s:34-39, İstanbul.
- Kayır, A.,2009, “ Kadın Cinsel Uyarılma Bozukluğu”, Türkiye Klinikleri; 2(4):1-3,34-36.
- Kayır, A.,2009a, “Kadın Orgazm Bozuklukları”, Türkiye Klinikleri, 2(4):42-7.
- Kenny, M., Egan, J., 2011, “ Somatization Disorder: What Clinicians Need to Know”, The Irish Psychologist, Volume 37, Issue 4, Page 94.
- Kesebir, S., 2004, “Depresyon ve Somatizasyon, Klinik Psikiyatri; Ek1:14-19.
- Khouzam, H.R., Field, S., 1999, “ Somatization Disorder: Clinical Presentation and Treatment in Primary Care”, Hospital Physician, pp.20-24,45.
- Kızıltuğ, A., 1991, “Kadın Cinselliği ve Cinsel Sorunları”, Uzmanlık Tezi, İztanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul.
- Kirmayer LJ, Groleau D,Looper KJ,Dao MD., 2004, “Explaning Medically Unexplained Symptoms”, Canadiam Journal of Psychiatry;49(10):663-669.
- Koptagel-İlal, G., 2000, Psikonevroz- Psikosomatik ve Psikoterapi, AB Ofset Basın Yayın , İstanbul.
- Köroğlu, E., 2005, Psikiyatri El Kitabı, Hekimler Yayın Birliği, Ankara.
- Köroğlu, E., 2010, Umut Kapısı Psikiyatri, Hekimler Yayın Birliği, Ankara.
- Köroğlu, E.,2012, Klinik Psikiyatri, Hekimler Yayın Birliği, Ankara.
- Kulak, H.,2006, “Cinsel İşlev Bozukluğu Görülen Kadınlarda Geçmiş Travmatik Deneyimler”, Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü, İstanbul.
- Küey vd., 2005, Psikanaliz Yazıları, Bağlam Yayınları, İstanbul.

- Looper KJ. and Kirmayer LJ., 2002, "Behavioral Medicine Approaches to Somatoform Disorders", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*; Vol. 70, No. 3, 810–827.
- Mai, F., (2004), "Somatization Disorder: A Practical Review", *The Canadian Journal of Psychiatry*, Vol 49, No 10.
- Meston, C.M., Bradford, A., 2007, "Sexual Dysfunctions in Women", *Annual Review of Clinical Psychology*, 3:233-56.
- Oyama, O.,Paltoo, C. and Greengol J., (2007), " Somatoform Disorders", *American Family Physician*, Volume 76, Number 9.
- Özdel, K., Yılmaz, A.,Çeri, Ö.,Kumbasar, H., 2012, "Vajinismus Tedavisinde Tedavinin Tamamlanmasını Yordayan Etmenler", *Türk Psikiyatri Dergisi*; 23(4):248-54.
- Özen-Şahin, E.M., 2007, Şizofreni Hastalarında Somatizasyon, Uzmanlık Tezi, Bakırköy Ord. Prof. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi 6. Psikiyatri Birimi, İstanbul.
- Özenli, Y.,Yoldaşcan,E.,Topal,K., Özçürümez, G., 2009, "Türkiye’de Bir Eğitim Fakültesinde Somatizasyon Bozukluğu Yaygınlığı ve İlişkili Risk Etkenlerinin Araştırılması", *Anadolu Psikiyatri Dergisi*; 10:131-136.
- Özerdoğan, N., Sayiner, D.,Köşgeroğlu, N.,Ünsal, A.,2009, "40-65 Yaş Grubu Kadınlarda Cinsel Fonksiyon Bozukluğu Prevalansı, Depresyon ve Diğer İlişkili Faktörler", *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, Cilt:2, Sayı 2.
- Özkan, M.B.,2001, Fiziksel Hastalıklarda Cinsel Sorunlar,13-18; İçinde; Sık görülen İki Cinsel İşlev Bozukluğu: Vajinismus ve Erken Boşalmada Değerlendirme, Tanı ve Tedaviler; Editörler: Şahin D., Kayır, A., Roche Müztaahzarları Sanayi A.Ş., İstanbul.
- Özmen, M., 2012, "Bedenselleştiren Hastaya Yaklaşım", İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul.
- Rief, W., Hessel, A., Braehler, E., 2001, "Somatization Symptoms and Hypochondrical Features in the General Population", *Psychosomatic Medicine*, 63: 595-602.
- Sayar K., Işık H., 2008, Somatoform Bozukluklar,Güncel Klinik Psikiyatri, Eds: Işık E, Taner E, Işık U, Golden Print Matbaası; s:269-289, Ankara.
- Sayar, K., Güleç H., Güleç Yazıcı M., 2007, "Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenirliği",*Düşünen Adam*, 20(1):16-24.
- Sevinçok, L., 1999, "Somatizasyon Bozukluğu" , *Psikiyatri Dünyası* ;1:5-10.
- Sırmatel F., Saygı, G., Herken H., Bakır, M., Dökmetaş, İ. ve Sırmatel, Ö., 2002, "Bir Yapay Bozukluk ya da Yalancı Parazitoz Olgusu", *C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi*, 24 (4): 201 –208, 2002.

- Tosun, M., 2002, “Yapay Bozukluklar”, İçinde:Cerrahpaşa Psikiyatri, Ed:İlkay, E.,Cerrahpaşa Tıp Fak. Yayın,s.523-533.,İstanbul.
- Tunçer, Ö., 1999, “Acil Psikiyatride Somatoform Bozukluklar”, İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu, Sempozyum Dizisi, Ed: Eker, E.,17: s.135-138, İstanbul.
- Tunçer, Ö., 1999a, “Depresyon ve Somatizasyon”, İstanbul Üniversitesi TIP Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu, Sempozyum Dizisi, Ed: Eker, E.,17:s.47-52, İstanbul.
- Woolfolk R.L., Allen, L., 2011, “Cognitive Behavioral Therapy for Somatoform Disorders” Psychiatric Clinics of North America, Volume 33, Issue 3, Pages 579-593.
- Yaşar, H., Özkan, L. ve Tepeler, A.,2010, “Kadınlarda Cinsel Fonksiyon Bozukluklarına Güncel Yaklaşım”, Klinik ve Deneysel Araştırmalar Dergisi,Cilt/Vol 1,No 3, 235-240.
- Yetkin, N.,1998,Cinsel İşlev Bozukluğu Olmayan Cinsel Sorunlar, 145-151; İçinde: Cinsiyet ve Psikiyatri, 7. Anadolu Psikiyatri Günleri,Akademi Ofset Matbaacılık A.Ş.-İstanbul.
- Yetkin.N., 2001, Cinsel Sorunlara Yaklaşım, 40-44; İçinde: Cinsel İşlev Bozuklukları, Editör: Yetkin, N., İncesu, C., Roche Müstahzarları Sanayi A.Ş., İstanbul.
- Yıldırım vd.,2011,”Cinsel İşlev Bozuklukları Kliniğine Başvuran Olgularda Başvuru Yakınması ile Klinik Tanı Arasındaki İlişki”, Nöropsikiyatri Arşivi,48 Özel Sayı 1:24-30.
- Yıldırım, E.A., 2009, “Cinselliği İşlev Bozukluğu Tanımı ve Önemi”, Türkiye Klinikleri; 2(4):6-10.
- Yılmaz, E.E., Güler, J. Ve İncesu C.,2011, “Psikiyatrik İlaç Tedavilerine Bağlı Cinsel İşlev Bozuklukları”, Nöropsikiyatri Arşivi, Özel Sayı : 7-15.
- Yücel, B.,2014, Somatoform Bozukluklar,73-77; İçinde;Psikiyatri; Editörler: Tükel R., Çakır S.,Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul.
- Yüksel, N., 2014,Ruhsal Hastalıklar, Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara.

EKLER

EK I. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU ÖRNEĞİ (BGOF)

ÇALIŞMANIN ADI: Evli kadınlarda bedensel duyuları abartma ile cinsel yaşantı arasındaki ilişki

*Aşağıda bilgileri yer almakta olan bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını, bilgilerinizin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neleri içerdiğini, olası yararları ve risklerini ya da rahatsızlık verebilecek yönlerini anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. Eğer çalışmaya katılma kararı verirseniz, **Çalışmaya Katılma Onayı Formu**'nu imzalayınız. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Çalışmaya katıldığımız için size herhangi bir ödeme yapılmayacak ya da sizden herhangi bir maddi katkı/malzeme katkısı istenmeyecektir./ Araştırmada kullanılacak tüm malzemeler ve yapılabilecek tüm harcamalar araştırmacı tarafından karşılanacaktır.*

ÇALIŞMANIN KONUSU VE AMACI : Evli kadınların, bedensel belirtilerini nasıl yaşadıklarını, somatizasyona yatkınlıklarının incelenmesi ve cinsel yaşantı ile arasındaki ilişkiye bakılması amaçlanmıştır.

ÇALIŞMA İŞLEMLERİ: Bu çalışmada evli kadınlara Sosyodemografik Veri Formu, Belirti Tarama Listesi(SCL-90-R), Bedensel Duyuları Abartma Envanteri ve Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği verilecektir. Buradaki maddelerden kendinize en uygun olanını seçerek tamamlamanız gerekmektedir. Bu nedenle katılımcılara bazı sorular sorulacaktır ve bu işlem yaklaşık 20 dakika sürmektedir.

CALIŐMAYA KATILMAMIN OLASI YARARLARI NELERDİR?

Bedensel belirtilerini nasıl yaşadıklarını, somatizasyona yatkınlıklarının incelenmesi ve cinsel yaşantı ile arasındaki ilişkiye bakılarak evli kadınları anlamak ve yardımcı olabilmek için gerekli olacaktır.

KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?

Verdiğiniz cevaplar ve elde edilen sonuçlar sadece bu araştırma için kullanılacaktır. Başka bir amaçla kullanılmayacak ve kesinlikle gizli tutulacaktır. Vereceğiniz yanıtlar bedensel belirti bozukluklarına ve cinsel sorunlar alanında sunulan hizmetlere yön verecektir.

SORU VE PROBLEMLER İÇİN BAŐVURULACAK KİŞİLER :

Psikolog Berke ÖZKANOĞLU

berkeozkanoglu@gmail.com

Çalışmaya Katılma Onayı

Yukarıdaki bilgileri ilgili araştırmacı ile ayrıntılı olarak tartıőtım ve kendisi bütün sorularımı cevapladı. Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyorum ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz kılmaz. Araştırmacı, saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeceğim noktaları da içerecek şekilde bana teslim etmiştir.

EK II. SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

Bu araştırma “Evli kadınlarda bedensel duyumları abartma ile cinsel yaşantı arasındaki ilişki” konulu teze bilgi toplamak amacıyla hazırlanmıştır. Araştırmanın sonuçları toplum sağlığı ve alınacak önlemler açısından önem taşımaktadır. Araştırmaya katılanların isimleri hiç bir yerde yayınlanmayacak ve sonuçlar bilimsel yayınlarda toplu olarak sunacaklardır. Soruları atlamadan, içinizden geldiği gibi ve özellikle de doğru yanıtlar vermeniz araştırma için önemlidir.

İlginiz ve değerli katkılarınız için şimdiden teşekkür ederim.
Psikolog Berke ÖZKANOĞLU

Çalışmaya katılmak istiyorsanız lütfen aşağıdaki bölüme imza ya da paraf atınız.

TARİH:

1. Ad – Soyad:

2. Doğum tarihi:

3. Doğum yeriniz:

4. Yaşadığınız yer:

a) Köy b) Kasaba c) İlçe d) Kent-merkez e) Diğer

5. Eğitim durumunuz:

a) Okur-yazar b) İlkokul c) Ortaokul d) Lise e) Üniversite
f) Yüksek lisans diğer.....

6. Ailenizin gelir durumu nedir?

a) 3000 TL ve altı: b) 3000-5000 TL: c) 5000TL ve üzeri:

7. Evlilik süreniz:

8.Çocuğunuz var mı? Varsa kaç çocuğunuz var?

a) Evet (belirtiniz): b) Hayır

9.Çalışıyor musunuz?

a) Evet b) Hayır

10. Evde sizinle beraber yaşayan başka bir akrabanız (anne,dede,kardeş vs..) var mı?

a)Evet (belirtiniz): b) Hayır

11. Yatak odanızda sürekli uyuyan çocuğunuz var mı?

a) Evet Yaşı: b) Hayır

12. Psikiyatrik hastalığınız var mı?

a) Evet b) Hayır

13. Psikiyatrik ilaç kullanıyor musunuz?

a) Evet b) Hayır

14. Daha önce psikolojik/psikiyatrik yardım ya da danışmanlık aldınız mı?

a) Evet b) Hayır

15.Ailenizde psikiyatrik bir rahatsızlığı olan birey var mı? Var ise rahatsızlığı nedir?

a) Evet (belirtiniz): b) Hayır

16. Menopoza girdiniz mi?

a) Evet b) Hayır

17. Alkol kullanımı:

a)hiç b)çok nadir c)bazen d)sık e)her zaman

18. Uyuşturucu kullanımı:

a)hiç b)çok nadir c)bazen d)sık e)her zaman

EK III. BELİRTİ TARAMA LİSTESİ (SCL-90-R)



SCL- 90 R



Adı Soyadı: Yaşı: Cinsiyet: Tarih: / / 20

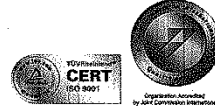
Aşağıda zaman zaman herkeste olabilecek yakınma ve sorunların bir listesi vardır. Lütfen her birini dikkatlice okuyunuz. Sonra her bir durumun, bugün de dahil olmak üzere son on beş gün içinde sizi ne ölçüde huzursuz ve tedirgin ettiğini göz önünde alarak, karşısındaki numaralardan uygun olan tek bir şıkkı () ile işaretleyiniz. Düşüncenizi değiştirdiyseniz ilk yaptığınız işaretleme için karalayarak doğru cevabı (X) ile belirtiniz. Hiçbir soruyu atlamayınız. Başlangıç örneğini dikkatle okuyunuz, anlamadığınız bir şey olursa danışınız.

Örnek: Sirt ağrısı.... Hayır, hiç (0) Biraz (1) Orta derecede (2) Fazla (3) Çok fazla (4)

SON İKİ HAFTA İÇİNDE AŞAĞIDAKİ SORUN VE YAKINMALAR SİZİ NE DERECEDE ETKİLER?

- | | | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|
| 1. Baş ağrıları | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Sinirlilik ya da içinizin titrediği hissi | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Zihinden atamadığınız, yineleyici, hoş gitmeyen düşünceler | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Baygınlık, fenalık hissi veya baş dönmesi | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Cinsel arzu ve ilginin kaybı | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Başkaları tarafından eleştirilme duygusu | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Herhangi bir kişinin düşüncelerinizi kontrol edebileceği fikri | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Sorunlarınızdan pek çoğu için başkalarının suçlanması gerektiği duygusu | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Olayları hatırlamada güçlük | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Dikkatsizlik veya sakarlıkla ilgili endişeler | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. Kolayca gücenme, rahatsız olma hissi | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. Kalp veya göğüs bölgesinde ağrılar | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. Caddelerde veya açık alanlarda korku hissi | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. Enerjinizde azalma veya yavaşlama hali | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. Yaşamınızın sonlanması düşünceleri | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. Başka kişilerin duymadıkları sesleri duyma | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. Titreme | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. Çoğu kişiye güvenilmemesi gerektiği hissi | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19. İştah azalması | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20. Kolayca ağlama | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 21. Karşı cinsten kişilerle utangaçlık ve rahatsızlık hissi | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22. Tuzağa düşürülme veya kapana kısırlama hissi | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 23. Bir neden olmaksızın aniden korkuya kapılma | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 24. Kontrol edilemeyen öfke patlamaları | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 25. Evden dışarı yalnız çıkmaktan korku duyma | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 26. Olanlar için kendini suçlama eğilimi | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 27. Bel ağrıları | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 28. İşlerin yapılmasında erteleme duygusu | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 29. Yalnızlık hissi | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 30. Karamsarlık hissi | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 31. Her şey için çok fazla endişe duyma | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 32. Hiç bir şeye ilgi duymama | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 33. Ürkeklik ve korku hissi | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 34. Duygularınızın kolayca incitilebilmesi, alınganlık hali | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 35. Diğer insanların sizin özel, gizli düşüncelerinizi bilmesi | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 36. Başkalarının sizi anlamadığı veya hissedemeyeceği duygusu | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 37. Başkalarının sizi sevmediği ya da dostça olmayan davranışlar gösterdiği hissi | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 38. İşlerin doğru yapıldığından emin olabilmek için çok yavaş yapma | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 39. Kalbin çok hızlı atması veya çarpıntı | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 40. Bulantı veya midede rahatsızlık hissi | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

Devamı için arka sayfaya bakınız.



41. Kendini başkalarından aşağı görme	0	1	2	3	4
42. Adale (kas) ağrıları	0	1	2	3	4
43. Başkalarının sizi gözilediği veya hakkınızda konuştuğu hissi	0	1	2	3	4
44. Uykuya dalmada güçlük	0	1	2	3	4
45. Yaptığımız işleri bir ya da birkaç kez kontrol etme zorunluluğu duyma	0	1	2	3	4
46. Karar vermede güçlük	0	1	2	3	4
47. Otobüs, minibüs, tren, dolmuş gibi araçlarla yolculuk etme korkusu	0	1	2	3	4
48. Nefes almada güçlük	0	1	2	3	4
49. Soğuk veya sıcak basması	0	1	2	3	4
50. Sizi korkutan belirli uğraş, yer ve nesnelere kaçınma durumu	0	1	2	3	4
51. Hiçbir şey düşünmeme hali	0	1	2	3	4
52. Bedeninizin bazı kısımlarında uyuşma, karıncalanma olma	0	1	2	3	4
53. Boğazınıza bir yumru tıkanmış olma hissi	0	1	2	3	4
54. Gelecek konusunda ümitsizlik	0	1	2	3	4
55. Düşüncelerinizi bir konuya yoğunlaştırmada güçlük	0	1	2	3	4
56. Bedeninizin çeşitli kısımlarında zayıflık hissi	0	1	2	3	4
57. Gerginlik veya coşku hissi	0	1	2	3	4
58. Kol ve bacaklarda ağırlık hissi	0	1	2	3	4
59. Ölüm ya da ölme düşünceleri	0	1	2	3	4
60. Aşırı yemek yeme	0	1	2	3	4
61. İnsanlar size baktığı veya hakkınızda konuştuğu zaman rahatsızlık duyma	0	1	2	3	4
62. Size ait olmayan düşüncelere sahip olma	0	1	2	3	4
63. Bir başkasına vurmaya, zarar vermek, yaralamaya dürtülerinin olması	0	1	2	3	4
64. Sabahın erken saatlerinde uyanma	0	1	2	3	4
65. Yıkama, sayma, dokunma gibi bazı hareketleri tekrarlama hali	0	1	2	3	4
66. Uykuda huzursuzluk, rahat uyuyamama	0	1	2	3	4
67. Bazı şeyleri kırıp dökme isteği	0	1	2	3	4
68. Başkalarının paylaşıp kabul etmediği inanç ve düşüncelerin olması	0	1	2	3	4
69. Başkalarının yanında kendini çok sıkılığa hissetme	0	1	2	3	4
70. Çarşı, sinema gibi kalabalık yerlerde huzursuzluk hissi	0	1	2	3	4
71. Her şeyin bir yük gibi görünmesi	0	1	2	3	4
72. Dehşet ve panik nöbetleri	0	1	2	3	4
73. Toplum içinde yiyip içerken huzursuzluk hissi	0	1	2	3	4
74. Sık sık tartışmaya girme veya iddialaşma	0	1	2	3	4
75. Yalnız bırakıldığınızda sinirlilik hali	0	1	2	3	4
76. Başkalarının sizi başarılarınız için yeterince takdir etmediği duygusu	0	1	2	3	4
77. Başkalarıyla birlikte olunan durumlarda bile yalnızlık hissetme	0	1	2	3	4
78. Yerinizde duramayacak ölçüde huzursuzluk duyma	0	1	2	3	4
79. Değersizlik duygusu	0	1	2	3	4
80. Size kötü bir şey olacaktı duygusu	0	1	2	3	4
81. Bağırma ya da eşyaları fırlatma	0	1	2	3	4
82. Topluluk içinde bayılacağınız korkusu	0	1	2	3	4
83. Eğer izin verirsiniz insanların sizi sömüreceği duygusu	0	1	2	3	4
84. Cinsiyet konusunda sizi çok rahatsız eden düşüncelerin olması	0	1	2	3	4
85. Suç ve günahlarınızdan dolayı cezalandırılmanız gerektiği düşüncesi	0	1	2	3	4
86. Dehşet ve korku uyandıran düşünce ve hayaller	0	1	2	3	4
87. Bedeninizde ciddi bir rahatsızlık olduğu düşüncesi	0	1	2	3	4
88. Başka kişiye asla yakınlık duyamama	0	1	2	3	4
89. Suçluluk duygusu	0	1	2	3	4
90. Aklınızda bir bozukluk olduğu düşüncesi	0	1	2	3	4

EK IV. BEDENSEL DUYUMLARI ABARTMA ÖLÇEĞİ

Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği

SSAS

Aşağıdaki ifadelerin sizin için ne kadar doğru olduğunu lütfen belirtiniz.

Doğru değilse (1).....Tamamen doğru ise (5) olacak şekilde bu maddelere puan veriniz.

	Doğru değil				Tamamen doğru
1- Birisi öksürdüğünde, benim de öksüresim gelir.	1	2	3	4	5
2- Duman, sis ya da hava kirliliğine tahammül edemem.	1	2	3	4	5
3- Sıklıkla vücudumda değişik şeyler olduğunu fark ederim.	1	2	3	4	5
4- Bir yerim morardığında, uzun süre öylece kalır.	1	2	3	4	5
5- Ani yüksek sesler beni rahatsız eder.	1	2	3	4	5
6- Bazen nabzımın ya da kalbimin kulağımın içinde güm güm attığını duyarım.	1	2	3	4	5
7- Çok sıcakta olmayı da çok soğukta olmayı da sevmem.	1	2	3	4	5
8- Midemdeki açlık kasılmalarını çok çabuk hissedirim.	1	2	3	4	5
9- Ufak bir böcek ya da sinek ısırığı bile beni gerçekten rahatsız eder.	1	2	3	4	5
10- Ağrıya çok az tahammülüm vardır.	1	2	3	4	5

EK V. ARIZONA CİNSEL YAŞANTILAR ÖLÇEĞİ KADIN FORMU

Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği

ARIZONA CİNSEL YAŞANTILAR ÖLÇEĞİ (KADIN FORMU)

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

1. Cinsel açıdan ne derece isteklisiniz?					
1_	2_	3_	4_	5_	6_
Oldukça istekli	Çok istekli	Biraz istekli	Biraz isteksiz	Çok isteksiz	Tamamen isteksiz
2. Cinsel açıdan ne kadar kolay uyarılırsınız (tahrik olursunuz)?					
1_	2_	3_	4_	5_	6_
Oldukça kolay	Çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Çok zor	Oldukça zor
3. Vajinanız/cinsel organınız ilişki sırasında ne kadar kolay ıslanır veya nemlenir?					
1_	2_	3_	4_	5_	6_
Oldukça kolay	Çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Çok zor	Asla olmaz
4. Ne kadar kolay orgazm olursunuz?					
1_	2_	3_	4_	5_	6_
Oldukça kolay	Çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Çok zor	Asla boşalamam
5. Orgazmınız tatmin edici midir?					
1_	2_	3_	4_	5_	6_
Oldukça tatmin edici	Çok tatmin edici	Biraz tatmin edici	Pek tatmin etmiyor	Çok tatmin etmiyor	Orgazma ulaşamam

ÖZGEÇMİŞ

BERKE ÖZKANOĞLU

berkeozkanoglu@gmail.com

KİŞİSEL BİLGİLER

Doğum Yeri ve Tarihi: Adana/ 01.01.1991

EĞİTİM BİLGİLERİ

2013 - Yüksek Lisans Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü- Klinik Psikoloji

2009 – 2013 Lisans Haliç Üniversitesi Fen – Edebiyat Fakültesi – Psikoloji Bölümü

2005 – 2009 Lise Adana Ticaret Odası Anadolu Lisesi

2002 – 2005 İlköğretim Özel Çukurova Bilfen Okulları

DENEYİMLER

Mayıs 2015 NP İstanbul Nöropsikiyatri Hastanesi – Stajyer Klinik Psikolog

Eylül 2012 – Kasım 2012 Balıklı Rum Hastanesi –Madde Bağımlıları Polikliniğinde 3 ay stajyer psikolog olarak çalışılmıştır.

Temmuz 2012 – Ağustos 2012 Çukurova Üniversitesi Medikososyal Merkezi Psikiyatri Polikliniği – Hasta muayene ve tedavisi sırasında staj yapıldı.

Şubat 2012 – Haziran 2012 Nezih Huzur Evleri – Stajyer Psikolog

Ekim 2011 – Ocak 2012 Özel Asya Eğitim Rehabilitasyon Merkezi – Stajyer Psikolog

Temmuz 2011 –Eylül 2011 Çukurova Üniversitesi Medikososyal Merkezi Psikiyatri Polikliniği – Hasta muayene ve tedavisi sırasında staj yapıldı.

SERTİFİKALAR

Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri, *Türk Psikologlar Derneği*.

Bender Gestalt Görsel Motor Algı Testi, *Türk Psikologlar Derneği*.

Ankara Gelişim Tarama Envanteri, *Türk Psikologlar Derneği*.

Peabody Resim Kelime Tanıma Testi, *Türk Psikologlar Derneği*.

Beier Cümle Tamamlama Testi, *Türk Psikologlar Derneği*.

Resim Çizme Testleri, *Türk Psikologlar Derneği*

Çocuklar için Durumluluk – Sürekli Kaygı Envanteri, *Türk Psikologlar Derneği*.

