



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

**İLEOSTOMİ VE KOLOSTOMİ AMELİYATI OLAN
HASTALARIN, DEPRESYON ANKSİYETE VE CİNSEL
İŞLEV BOZUKLUK DÜZEYLERİNİN SAPTANMASI**

**Hazırlayan
Kader BAHAYİ
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Danışman
Yrd. Doç. Dr. Eylem ÖZTEN**

İstanbul, 2015



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

**İLEOSTOMİ VE KOLOSTOMİ AMELİYATI OLAN
HASTALARIN DEPRESYON ANKSİYETE VE CİNSEL
İŞLEV BOZUKLUK DÜZEYLERİNİN SAPTANMASI**

**Hazırlayan
Kader BAHAYİ
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Danışman
Yrd. Doç. Dr. Eylem ÖZTEN**

İstanbul, 2015



T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZ SINAV TUTANAĞI

GENEL BİLGİLER

Öğrenci No	: 124102091
Öğrenci Adı Soyadı	: KADER BAHAYI
Anabilim Dalı	: SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ KLİNİK PSİKOLOJİ
Tez Danışmanı	: Yrd Doç Dr Eylem Özten
Tezin Başlığı	: İLEOSTOMİ VE KOLOSTOMİ AMELİYATI OLAN HASTALARIN DEPRESYON ANKSİYETE VE CİNSEL İŞLEV BOZUKLUK DÜZEYLERİNİN SAPTANMASI.

TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI

Toplantı Tarihi	: 07/09/2015	Saati	: 18
-----------------	--------------	-------	------

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 :

Öğrenci Savunmaya : GELMEDİ

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
Başkan	Yrd Gül Eryılmaz	
Danışman Üye	Yrd Doç Dr Eylem Özten	
Üye	Yrd Işıl Gögçeğiz Gül	
Üye		
Üye		

ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
PSİKIYATRİ HASTANESİ
Uzm. Dr. Eylem ÖZTEN
E-Posta No: 98920
Psikiyatri Uzmanı

Yemin Metni

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “İleostomi ve Kolostomi ameliyatı olan hastaların depresyon anksiyete ve cinsel işlev bozukluk düzeylerinin saptanması.” 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. Tarih 07/09/2015

Kader BAHAYI

124102091

ÖNSÖZ

Bu çalışma **İleostomi ve Kolostomi ameliyatı olan hastaların depresyon anksiyete ve cinsel işlev bozukluk düzeylerinin saptanması** amacıyla yapılmıştır.

Bu araştırmanın hazırlanması boyunca yakın desteğini eksik etmeyen, nezaketiyle bana sonsuz sabır gösteren, disiplinli çalışma prensiplerini bana aşılayan, pratik ve teorik anlamda eşsiz bilgi ve tecrübelerini, değerli fikirlerini ve emeğini esirgemeyen başta değerli danışman hocam Sayın Yrd. Doç. Dr. Eylem ÖZTEN'e ve Genel Cerrahi Uzmanı Sayın Opr. Dr. Samet YARDIMCI' ya bana maddi, manevi destek olan sevgili aileme teşekkürlerimi sunarım.

Dostluklarını benimle paylaşarak yaşamımı aydınlatan çok değerli dostlarım Mahmure Yardımcı, Emel Aktan ve sevgili Elif Kurtuluş'a destekleri ve yaşattıkları eşsiz duygular için iyiki varsınız. Teşekkürler.

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ.....	iii
İÇİNDEKİLER	iv
TABLolar LİSTESİ.....	v
ÖZET.....	vi
ABSTRACT	viii
GİRİŞ	1
BİRİNCİ BÖLÜM.....	4
GENEL BİLGİLER.....	4
1.1.STOMA VE STOMA TÜRLERİ.....	4
1.1.1.Stoma Türleri	5
1.1.1.1.İleostomi.....	5
1.1.1.1.1.İleostomi Tipleri.....	6
1.1.1.1.1.1.Uç İleostomi	6
1.1.1.1.1.2.Loopİleostomi	6
1.1.1.1.1.3.Uç-Loop İleostomi	7
1.1.1.1.1.4.Loop-Uç İleostomi	7
1.1.1.1.1.5.Kontinent İleostomi.....	8
1.1.1.2.Kolostomi.....	8
1.1.1.2.1.Kolostomi Tipleri	8
1.1.1.2.1.1.Uç Kolostomi	8
1.1.1.2.1.2.Loop Kolostomi	9
1.1.1.2.1.3.Çekostomi	10
1.1.1.2.1.4.Gizli kolostomi.....	11
1.1.1.2.1.5.Kontinent Kolostomiler.....	11
1.1.1.2.1.6.Divine Kolostomi	11
1.2. Depresyon kavramı	12
1.2.1.Depresyon Tanımı	12
1.2.2. Depresyonun Sebepleri	15
1.2.3. Depresyonun Belirleyicileri	17
1.2.3.1. Bunaltıcılık.....	18
1.2.3.2. Karma.....	18
1.2.3.3. Melankolik	18
1.2.3.4. Atipik	19
1.2.3.5. Psikoz	20
1.2.3.6. Mevsimsel	20
1.2.5. Depresyonun Bileşenleri	21
1.2.6. Depresyona Kuramsal Yaklaşımlar	22
1.2.6.1. Psikanalitik Kuram.....	22
1.2.6.2. Öğrenme Kuramları	24
1.2.6.3. Biyolojik Kuramlar	26
1.2.7.Kanser Psikolojisi	27

1.3.Cinsel İşlev Bozuklukları.....	30
1.3.1. Cinsel İşlev Bozukluklarının Sınıflandırılması.....	31
1.3.1.1. Geç Boşalma	32
1.3.1.2. Sertleşme Bozukluğu	32
1.3.1.3. Kadında Orgazm Bozukluğu.....	33
1.3.1.4. Kadında Cinsel İlgi-Uyarılma Bozukluğu	34
1.3.1.5. Cinsel Organlarda-Pelviste Ağrı-İçe Girme Bozuklukları.....	35
1.3.1.6. Erkekte Düşük Cinsel İstek Bozukluğu	36
1.3.1.7. Erken Boşalma	37
1.3.1.8. Maddenin/İlacın Yol Açtığı Cinsel İşlev Bozukluğu.....	37
İKİNCİ BÖLÜM.....	38
YÖNTEM.....	38
2.1.Evren Örneklem	38
2.2.Verilerin Toplanması	38
2.3.Araştırma Soruları ve Hipotezler	40
2.4. Verilerin Analizi:	41
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM	42
BULGULAR.....	42
3.1.Sosyo Demografik Değişkenlerin Betimleyici İstatistikleri	42
3.2.Ölçek Alt Boyutlarının betimleyici istatistikleri	45
3.3.Ölçekler ve Sosyodemografik Değişkenler Arasındaki İlişkiler.....	50
DÖRDÜNCÜ BÖLÜM	59
TARTIŞMA SONUÇ	59
4.1.TARTIŞMA	59
4.2. SINIRLILIKLAR.....	64
4.3. SONUÇ	65
4.4. ÖNERİLER	68
KAYNAKÇA	69
EKLER.....	76
Ek-1 Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu.....	76
Ek-2 Sosyodemografik Veri Formu.....	78
Ek-3. Beck Depresyon Ölçeği.....	79
Ek-4. Beck Anksiyete Ölçeği	80
Ek-5. Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği (Erkek Formu)	81
Ek-6. Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği (Kadın Formu)	83
Ek-7.Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (Erkek Formu).....	85
Ek-8. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (Kadın Formu).....	86
Ek-9.SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği	87
Ek-10.Beden İmajı Ölçeği- Vücut/Kişi İlişkisi Testi.....	90
Ek-11. Araştırmanın Yapıldığı Hastaneden Alınan Araştırma İzin Belgesi	92

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1.Sosyodemografik değişkenlerin betimleyici istatistikleri.....	42
Tablo 2. İleostomi/Kolostomi hastalarının hastalığa ilişkin bilgileri.....	44
Tablo 3. Ölçeklerin ve alt boyutlarının betimleyici istatistikleri	45
Tablo 4. Kontrol ve hasta grubu ile Golombuk-Rust ölçeği alt boyutlarının karşılaştırılması.	50
Tablo 5. Kontrol ve hasta grubu ile SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeği alt boyutlarının karşılaştırılması	51
Tablo 6. Kontrol ve hasta grubu ile Arizona Cinsel Yaşantılar ölçeği karşılaştırılması.	52
Tablo 7. Kontrol ve hasta grubu ile Beden İmajı Ölçeği - Vücut/Kişi İlişkisi Testi alt ölçeğinin karşılaştırılması	52
Tablo 8. Kontrol ve hasta grubu ile SF-36 alt boyutları karşılaştırılması.....	53
Tablo 9. Ölçekler ve ölçek alt boyutları arasındaki korelasyon analizi.	55

GENEL BİLGİLER

Adı ve Soyadı :Kader BAHAYI
Anabilim Dalı :Psikoloji
Program :Klinik Psikoloji
Tez türü ve Tarihi :Yüksek Lisans - 2015

İleostomi ve Kolostomi Ameliyatı Olan Hastaların Depresyon Anksiyete ve Cinsel İşlev Bozukluk Düzeylerinin Saptanması

ÖZET: Araştırmamızda İleostomi ve Kolostomi ameliyatı geçiren hastalarda depresyon anksiyete ve cinsel işlev bozukluk düzeyleri saptanmış ve elde edilen veriler istatistiksel olarak değerlendirilmiştir.

Çalışmaya, İleostomi ve Kolostomi ameliyatı geçiren 50 hasta ile örneklem grubu oluşturulmuştur. Katılımcılardan çalışmaya katılmaya gönüllü olanlara Bilgilendirilmiş Onam formu, Sosyo Demografik Veri Formu, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği, Yaşam Kalitesi Formu, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği, Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği, Beden Algısı Ölçeği-Vücut Kişi İlişkisi Testi uygulanmış ve ayrıca 50 kişilik sağlıklı kontrol grubuna da yukarıdaki testler uygulanarak bu iki grubun karşılaştırılması sağlanmıştır.

Araştırmaya katılanların sonuçları incelendiğinde hasta grubunun %84'ünün, kontrol grubunun ise %76'sının cinsel işlev bozukluğu olduğu, hasta grubun %94'ünde, kontrol grubunun ise %72'sinde orta düzey anksiyete belirtisi olduğu, hasta grubunun %48'i, kontrol grubunun %36'sının depresif belirtiler gösterdiği, hasta grubun %32'sinde, kontrol grubun %30'unda seyrek sıklıkta cinsel ilişkide buldukları, hasta grubun %16'sının, kontrol grubunun %34'ünün özsaygısının düşük olduğu, hasta grubunun %82'si fiziksel sağlık durumlarının kötü olduğunu, kontrol grubunun ise %28'inin fiziksel sağlığının kötü olduğunu, hasta grubunda bulunanların %80'i, kontrol grubunda bulunanların %48'i ruhsal sağlığının kötü olduğu gözlenmiştir.

Anahtar kelimeler: İleostomi, Kolostomi, Depresyon, Anksiyete, Cinsel Yaşam

GENERAL KNOWLEDGE

Name and Surname : Kader BAHAYI
Field : Psychology
Program : Clinical Psychology
Supervisor : Asistant Professor Doctor Eylem Özten
Degree Awarded and Date : Master's Degree –September 2015

Examining Depression, Anxiety Symptoms, and Sexual Dysfunctions among Ileostomy and Colostomy Patients

ABSTRACT: In our research, Ileostomy and Colostomy patients who have had surgery, depression, anxiety symptoms, and sexual function levels were examined and the data obtained were evaluated statistically.

In the study, 50 patients undergoing surgery with Colostomy and Ileostomy of the sample group was established. Those participants who volunteered to participate in the study were assessed with self-report measurement instruments Informed consent form, socio-demographic data form, Beck depression inventory, Beck anxiety Scale, the form of quality of life, Arizona sexual experiences scale, the Golombok-rust sexual satisfaction Scale, and Body image scale has been applied to healthy control group and patient group both of which consisted of 50 participants each. Based on the data collected from the participants through the instruments, the comparison of the scores of these two groups was provided.

When the scales are examined in terms of respondents, the results of the study indicated that the 84% of the patient group and 76% of the control group reported as having sexual dysfunctions. 72% of the control group and 48% of patients of the control group indicated mid-level of anxiety symptoms and 36% is indicated depressive symptoms. 32% of the control group and 30% reported as having rare sexual intercourse with their partners. 16% of the patient group and 34% of the control group reported as having low self-esteem 82% of patient group and 28% of the control group reported as having poor physical health conditions. 80% of the patient group and 48% of the control group indicated as having poor mental health conditions.

Keywords: Ileostomy, Colostomy, Depression, Anxiety, Sexual Life

GİRİŞ

Birçok hastalığın cerrahi tedavisinde stoma (kolostomi, ileostomi, vb) oluşturulması (barsak ya da idrar yolunun karına ağızlaştırılması) halen sıklıkla kullanılan bir yöntemdir. Tıbbi gereklilik ne olursa olsun ostomi açılması bireyin fizyolojik, psikolojik ve sosyo-kültürel açıdan çeşitli sorunlar yaşamasına neden olmaktadır. Ameliyat sonrası hasta beden imajında değişim, sızıntı, koku, sosyal destek alamama endişesi, cerrahi komplikasyonlar ve bakımın yarattığı sıkıntılar, sakat olma riski, arkadaşları ve aileleri tarafından reddedilme gibi durumlarla karşılaşmaktadır. Ameliyat sonrası yaşanan bu sıkıntılar sonucunda hastalarda anksiyeteler oluşmakta ve genellikle depresyona yönelmektedirler.

Somatik yakınmalar, düşük benlik algısı, zevk alamama, hüznün, güdülenme kaybı, konsantrasyon güçlüğü ve dikkat kaybının yaygın olarak görüldüğü depresyon, en fazla karşılaşılan, kendini yineleyen, tedavisi uzun ve maliyetli en önemli psikolojik bozukluklardan biridir. Kişinin kendini çökkün hissettiği, umutsuz, gelecek için karamsar düşünceler, geçmişe ilişkin yoğun pişmanlık ve suçluluk duygusu, ölüm düşüncesi ve kimi zaman intihar girişiminin olabildiği cinsel istek, uyku, iştah gibi fizyolojik bozuklukları içeren bir hastalıktır. Biyo-psiko-sosyal nedenleri olan bir duygudurum bozukluğu olan depresyon kimi zaman bedensel veya başka bir ruhsal hastalığa bağlı olmaksızın tamamen bağımsız olarak da ortaya çıkabilmektedir. Uygun tedavi yöntemlerinin kullanılması ile tedavi edilen bir hastalıktır.

Cinsellik, temel bir içgüdüdür. Cinsel işlevler, başta merkezi sinir sistemi, beş duyu ve genital organlar olmak üzere tüm beden katıldığı, onlarca hormon ve kimyasal maddenin karmaşık bir etkileşimi ile yürütülen bir süreçtir. İnsan türünün devamı ve sağlıklı genlerin yeni nesillere aktarılmasını sağlayan karmaşık bir eylemdir. Cinsel aktivite yalnızca neslin devamı için yapılan biyolojik bir işlev değil, insanlar arası duyguların iletişimine yarayan, zevk veren temel bir işlev olmakla birlikte; bireyin fiziksel, psikolojik ve sosyal yaşamının önemli bir parçasıdır.

Cinsel yaşantı; toplum değerleri, inanç sistemi, mitler gibi sınırlayıcı faktörlerin etkisi altında hapsolmuş durumda iken bireylerin bu sorun alanını hekimi ile kolaylıkla paylaşamaması doğaldır. Alanın sorgulanmaması, tedavi uyumunda sorunlar oluşturmaktadır.

Cinsel işlevin yerine getirilebilmesi için vücudun denge içinde çalışıyor olması gerekmektedir. Bu nedenle başta hastalıklar olmak üzere, kullanılan ilaç ve maddeler, gebelik, menopoz, ergenlik gibi dönemsel durumlar cinselliği etkileyebilmektedir. Sağlıklı bir cinsellik için, bedensel işlevlerin sağlam olması gerektiği gibi, sağlam bir ruhsal yapı da geliştirilmiş olmalıdır. Sosyal etkileşim ve öğrenilmiş davranış modelleri de cinselliği şekillendirmektedir. İçinde yaşanan toplum, aile, yakın çevre, kültürel özellikler gibi daha birçok faktörün de etkilediği cinsel sağlık, bireyin mutlu bir yaşam sürmesinde en önemli unsurlardan biridir.

Cinsel sorunların organik ve psikolojik bileşenleri vardır ve çok disiplinli değerlendirmeyi gerektirirler. İlişki çatışmaları, stresli yaşam olayları, yetersiz cinsel eğitim, yaşlanma, azalmış testosteron düzeyleri, tıbbi hastalıklar, bazı ilaçlar ve depresif bozukluklar gibi etmenler cinsel işlev bozukluğu oluşmasında rol alabilir. Depresyon eski Mısır çağlarından beri ayrı bir patoloji olarak tanımlanmıştır ve en sık görülen tıbbi hastalıklardan biridir. Depresif mizaç, azalmış istek veya haz, anlamlı miktarda kilo kaybı veya kilo alma, uykusuzluk veya aşırı uyuma, psikomotor ajitasyon veya retardasyon, halsizlik veya enerji kaybı, değersizlik hissi, düşünme ve odaklanma yetisinde azalma, kararsızlık, yineleyici ölüm düşünceleri, intihar düşüncesi, intihar girişimi veya özgül intihar planları gibi depresif belirtilerin karakteri büyük oranda hastalığın şiddetine bağlıdır. Cinsel işlev bozuklukları sıklıkla depresyonda bulunur. Depresif bireylerde azalmış cinsel istek en çok bildirilen bozukluk olmasına karşın, kadında vajinal kuruluk ve erkekte sertleşme bozukluğu ile sonuçlanan uyarılma zorlukları ve orgazm yokluğu veya gecikmesi de yaygın rastlanan sorunlardır.

Cinsel işlev bozuklukları, geç boşalma, sertleşme bozukluğu, kadında orgazm bozukluğu, kadında cinsel ilgi/uyarılma bozukluğu, cinsel organlarda-pelviste ağrı/İçe girme bozukluğu, erkeklerde düşük cinsel istek bozukluğu, erken boşalma,

maddenin/ilacın yol açtığı cinsel işlev bozukluğu olarak teşhis kriterleri temel alınarak incelenmektedir. (DSM 5, 2013). Cinsel işlev bozuklukları ayrıca, cinsiyetinden hoşnut olmama ve cinsel sapkınlık bozuklukları (Parafililer) olarak incelenmektedir (DSM 5, 2013).

Cinsel işlev bozuklukları; psikolojik, nörolojik, vasküler ve endokrin faktörlerin etkili olduğu, mekanizmasının anlaşılabilmesi için çok yönlü bir bakış açısına ihtiyaç duyulan karmaşık bir alandır. Cinsel işlev bozukluğunun ortaya çıkma sebepleri ve etiopatogenezi nasıl şekillenirse şekillensin uzun dönemde uyum sorunlarına ve işlevsellik kaybına neden olmaktadır. Cinsel işlev bozukluğu ile duygudurum bozuklukları arasındaki ilişki araştırılması gereken konuların başında gelmektedir.

Depresyon morbiditesinin duygusal değişiklikler ile sınırlandırılmayacağı, birçok psikofizyolojik işlevleri etkilediği bilinmektedir. Bunlardan en önemlilerinden biri cinsel işlevdir. Cinsel işlev bozukluğunun depresyondaki klinik tabloyu ağırlaştırdığı ve yaşam kalitesini bozduğu bilinmektedir.

Bu araştırmanın amacı İleostomi ve Kolostomi ameliyatı olan hastaların depresyon anksiyete ve cinsel işlev bozukluk düzeylerinin saptanması ve bu değişkenler arasındaki ilişkinin araştırılmasıdır. Bu araştırma, bu konuda sınırlı sayıda çalışma olması dolayısıyla önem arz etmektedir ve gelecekte yapılacak çalışmalara katkı sağlayacaktır.

BİRİNCİ BÖLÜM

GENEL BİLGİLER

1.1.STOMA VE STOMA TÜRLERİ

Stoma Yunanca' da “açıklık” ya da “ağız” anlamına gelen bir kelimedir. Barsak stoması bağırsağın karın duvarına ağızlaştırıldığı yapay bir açıklıktır. Her yaş grubunda uygulanabilen stomalar geçici ya da kalıcı olabilir. Kalıcı olanlar hayat boyu görevini yaparken geçici stomalar adından da anlaşılacağı gibi stoma açılmasını gerektiren durum ortadan kalktıktan sonra kapatılır.

Stoma tıkanan bir kolon segmentinin proksimaline dekompresyon amacıyla da yapılır. Defekasyon görevini gerçekleştirir, tıkalı barsak segmentini boşaltır. Saptırıcı stoma ile distalde yapılan bir anastomozun geçici bir süre dışkı akımından korunması sağlanır. (Sümer, 2002:1453-1470; Çelik, 2004:827-843; Yeşilkaya, 1996:1190-1200)

Kayıtlı ilk kolostomi 1776 yılında Pillore adlı bir Fransız cerrahı tarafından uygulanmış olan çekostomidir. Bundan sonra da sporadik olarak değişik kolostomiler bildirilmiştir. Tam olarak başarılı kabul edilebilecek ilk kolostomilerden biri 1793'de Duret tarafından 3 günlük anüs imperforatuslu bir bebeğe uygulanmış olan kolostomidir. Bu hasta 45 yaşına kadar yaşamıştır. Bagetle desteklenmiş loop kolostomi 1884'de Maydl tarafından sigmoid kolon rezeksiyonunu takiben distal ucun kendi üzerine gömülüp proksimal ucun uç stoma olarak karın duvarına ağızlaştırıldığı Hartmann prosedürü 1881'de Schitininger ve 1923'de Hartmann tarafından abdomino perineal rektum amputasyonu sonrası uç kolostomi de 1908'de Miles tarafından bildirilmiştir.

İlk ileostomi 1879'da tıkaçıcı bir sağ kolon tümörü nedeniyle Baum tarafından yapılmıştır. Başlangıçta ileumun yaklaşık 5 cm'lik bir segmentinin insizyonun alt köşesinden dışarı alınmasından ibaret olan bu işlem sonrasında direkt atmosferik şartlara maruz ileum serozasında ortaya çıkan inflamasyon önemli irritasyona neden

olarak erken dönemde ciddi sıvı ve elektrolit kayıplarına yol açmıştır. Brooke tarafından ortaya atılan yöntem ileum segmentinin uç kısmının kendi üzerine katlanması ile serozanın açıkta kalmasını önleyerek bu sorunları ortadan kaldırmış ve modern ileostomi tekniğinin temelini oluşturmuştur.

Stomaların sık uygulanmaya başlaması sonucu stoma bakım sorunları da sıklaşmaya başlamıştır. Teknikteki gelişmelere paralel olarak 1951'de New York'ta kurulan "ileostomi kulübü", "enterostomalterapi" kavramının gündeme gelmesine yol açmış, böylece hastaların stoma sonrası bakım, eğitim ve rehabilitasyonu ile uğraşan özelleşmiş tıbbi personelin yetiştirilmesi amaçlı ilk adımlar atılmıştır. Bu arada, her geçen gün stoma bakımını kolaylaştırmaya ve hastaların yaşam kalitesini yükselterek günlük faaliyetlerine bir an önce dönmelerini sağlamaya yönelik çeşitli stoma gereç ve aksesuarları tasarlanmış ve kullanıma sunulmuştur. Ülkemizde 80li yılların başında stomalı hastalar bellerine kemerle bağlı stoma torbaları ile yaşamak ve her türlü sorunlarını birkaç ilgili hekimin yardımıyla kendi başlarına çözümlmek zorunda iken; günümüzde bu hastalar konu üzerinde eğitim ve tecrübesi olan teknisyenler ve gelişmiş aksesuarlar sayesinde mümkün olan en üst düzeyde yaşam kalitesine kavuşmuşlardır (Menteş, 2001:1-5).

1.1.1.Stoma Türleri

Barsak stomaları 2'ye ayrılmaktadır (Çelik, 2004:827-843; Korkut vd, 2005:619-1634):

1 İleostomi

2.Kolostomi

1.1.1.1.İleostomi

İleostomi ileumun uç veya loop şeklinde karın duvarına ağızlaştırılmasıdır. Normal bir insanda ileumdan kolona geçen günlük kimus hacmi 500-800ml'dir. İleostomi' 24 saat boyunca sürekli gaz ve dışkı deşarjı olması demektir. Debi yemeklerden sonraki 1-2 saat süresince bir miktar artar. Normal çalışan bir ileostomiden gelen dışkıda sindirilmemiş gıda bulunmaz.

Terminal ileum her ne kadar sindirim işleminin büyük oranda bittiği bir kesim olsa da aktif pankreatik enzimler içerir. İleostomi çevresindeki cilde temas eden bu enzimler ciltte ciddi irritasyona yol açabilir ve önemli bir morbidite nedeni olurlar.

1.1.1.1.1.İleostomi Tipleri

1.1.1.1.1.1.Uç İleostomi

Genelde ülseratif kolit ya da familyal polipozis gibi nedenlerle yapılan total prokto kolektomi bazen de sınırlı kolon rezeksiyonları sonrası uygulanır. Anüsün çıkarıldığı total proktokolektomilerde yapılan stoma zorunlu olarak kalıcıdır. Sınırlı bir kolon rezeksiyonu yapılmış ve özellikle anal kanal ve distal rektum yerinde bırakılmışsa stomanın sonradan kapatılarak gastrointestinal devamlılığın sağlanma olanağı mevcuttur.

Uç ileostomiye diğerlerinden ayran özellik stomanın ciltten yaklaşık 2- 2.5cm kadar dışa taşması gereğidir. Stomanın çevresine özellikle ileostomi için tasarlanmış açıklığa, stomanın çapına göre ayarlanabilen bir torbanın yapıştırılması önemlidir. Bu iki faktör bir araya geldiğinde sıvı ya da yarı sıvı ileostomi içeriğinin peristomal cildi tahriş etmesi önlenir. Uç ileostomi gerçekleştirilirken yaklaşık 4-6cm' lik bir ileum kesimi ciltten dışarıya alınır. Daha sonra dört kadrandan üçlü emilebilir dikişler geçilir. Bu dikişler önce barsağın uç kısmından tam kat sonra cilt seviyesinde barsağın seromüsküler katmanından ve nihayet dermadan geçilerek stomanın uç kısmının kendi üzerine katlanması sağlanır (Sümer, 2002:1453-1470; Yeşilkaya, 1996:1190-1200).

1.1.1.1.1.2.Loopİleostomi

Loopileostomi genellikle distaldeki riskli bir anastomozun geçici bir süre dışkı akımından uzak tutulması amacıyla uygulanır. Bu anastomoz total prokto kolektomi sonrası yapılan ileal poş anal anastomoz, alçak yerleşimli bir rektum kanserine yapılan ultra-low-anterior rezeksiyon sonrası alçak kolorektal veya koloanalanastomoz olacağı gibi riskli bir ileo-kolik anastomoz da olabilir.

Loop ileostomi için belirlenen yerde, karın duvarında oluşturulacak açıklık uç ileostomiye göre daha büyükçe olmalıdır çünkü bu açıklıktan bir yerine iki urve

gececektir. İleumun mümkün olduğunca distal kesiminde, kolaylıkla karın duvarı dışına gelebilecek ve tespitsiz halde yerinde kalabilecek bir urve seçilmelidir (Korkut vd, 2005:619-1634; Erkoçak vd, 2003-307-329).

1.1.1.1.3.Uç-Loop İleostomi

Loop ileostominin sık yapılmayan bir şekli de uç loop ileostomidir. Bu yöntemde ileum urvesi lineer staplerle kesilip ayrılmakta, proksimal uç Brooke tipi olgunlaştırılırken distal ucun küçük bir kısmı kesilip açılıp, getirici urvenin yanında cilde dikilerek olgunlaştırılmaktadır. Amaç saptırcılığın (gaita geçişinin engellenmesi) tam sağlanmasıdır ancak klasik loop ileostomiye belirgin bir üstünlüğü gösterilememiştir (Sumer, 2002:1453-1470).

1.1.1.1.4.Loop-Uç İleostomi

Uç ileostomi uygulanırken karın duvarı dışına rahatça gelebilecek ve herhangi bir tespit olmasa dahi içeriye kaçmayacak serbestlikte bir barsak urvesi gerektiği daha önce de belirtilmiştir. Bazen hastanın karın duvarının ve cilt altı dokusunun kalın oluşu nedeniyle, bazen de ileum mezosunun anatomik özellikleri nedeniyle hazırlanan ileumun uç kısmının gerginlik yaratmadan dışarıya alınması olanaksız olabilir. Bu gibi durumlarda genellikle ileumun uç kısmının 5-10 cm proksimali daha mobil olabilmektedir. Zorlayarak, gergin bir uç ileostomi yapmak yerine, bu vakalarda, ileumun ucunun stapler ya da elle dikişlerle kapatılması ve proksimaldeki göreceli olarak daha mobil olan urvenin loopileostomi şeklinde karın dışına alınarak olgunlaştırılması doğru olur. Yapılan bu işlem gerçekte fonksiyonel bir uç ileostomidir. Ayrıca, doppler akımölçer ile yapılan çalışmalar stoma ya da anastomoz için prepare edilen barsak duvarlarında, uç kısımların kanlanmasının her zaman yan duvar kanlanmasından daha az olduğunu göstermektedir. Loop-uç ileostomi için loop şeklindeki ileumun yan duvarı kullanılmış olacağından iskemi riski daha düşük olmaktadır (Sumer, 2002:1453-1470).

1.1.1.1.1.5.Kontinent İleostomi

Kock tarafından 1969'da tarif edilen bu yöntem özellikle total prokto kolektomi uygulanan ülseratif kolitli hastalarda ileostominin kontrollü olarak boşaltılmasını sağlamayı amaçlamaktadır. Temel olarak terminal ileumda bir poş oluşturulması ve bu poşun içine invajine edilen ileum ile supap (nipplevalve) meydana getirilmesi esasına dayanmaktadır. Başarılı olduğunda hastalar belirli aralıklarla stomalarını kateterize ederek boşaltmakta ve torba kullanmak zorunda kalmamaktadır. Komplikasyon oranları merkezler arasında büyük farklılıklar göstermektedir ve %60'ın üzerine çıkabilmektedir. Günümüzde restoratif prokto kolektomi tekniğinin rutin uygulamaya girmesi ile kullanımdan hemen tamamen kalkmıştır. Sadece birkaç merkezde restoratif prokto kolektomi sonrası ile poşlarında ciddi sorunlar ortaya çıkan hastalara uygulanmaktadır (Menteş, 2001:1-5).

1.1.1.2.Kolostomi

Kolonun çeşitli segmentlerinin geçici ya da kalıcı olarak karın duvarına ağızlaştırılması işlemidir. Genel olarak günlük sıvı kaybı ileostomiye oranla daha azdır. Ancak saptırıcı amaçlarla geçici olarak yapıldığında ileostomiye belirgin bir üstünlüğü gösterilememiş olup günümüzde bu tür endikasyonlarda ileostomi tercih edilmektedir (Erkoçak, 2003:307-329).

1.1.1.2.1.Kolostomi Tipleri

1.1.1.2.1.1.Uç Kolostomi

Yapılış endikasyonları temel olarak uç ileostomi ile benzerlik gösterir. Teknik olarak da aynı prensiplere bağlı kalınarak gerçekleştirilir. Genellikle seçilen segment sigmoid kolon veya inen kolondur. Abdomino perineal rektum amputasyonu sonrası yapıldığında kalıcı, Hartmann ameliyatı sırasında yapıldığında ise geçici bir stomadır.

Uç kolostomi olgunlaşmasında klasik dikişler kullanılabildiği gibi sirküler stapler de kullanılabilmektedir. Ancak gerek mukokütan uyumun istenildiği gibi gerçekleştirilememesi, gerekse elle konulan dikişlere bir avantajı olmaması nedeniyle staplerin ekstra masrafını kabul etmek mantıklı görünmemektedir. Kolostomi içeriğinin ileostomideki gibi sıvı olmaması nedeniyle cilt seviyesinden dışa taşma

oluşturulması gerekmekte, matürasyon kolon ve ciltten geçirilen basit dikişlerle cilt seviyesinden gerçekleştirilmektedir (Yeşilkaya, 1996:1190-1200).

1.1.1.2.1.2. Loop Kolostomi

Loop transvers kolostomi en sık kullanılan geçici stoma türüdür. Birçok araştırıcı loop kolostomilerin ilk üç ayda tam saptırıcı (Distale dışkının kaçmasını tamamen engellemek) olduğunu belirtmektedir. İleostomilerde de belirtildiği gibi loop stomaların tam saptırıcılıklarında en önemli faktör stomanın arka duvarının karın duvarı dışında olmasıdır. Bunu sağlamak için çeşitli teknikler önerilmektedir. Basit loop kolostomilerde üç ay içinde kısmi bir batın içine kaçma meydana gelmekte ve bu kaçma 3. aydan sonra, stomanın tam saptırıcılığını ortadan kaldırmaktadır.

En sık uygulanan loop kolostomi, bir baget üzerinden yapılan tiptir. Sıklıkla transvers kolonun sağ tarafı seçilmektedir. Karın sağ üst kadranda cilde yapılan yaklaşık 6 cm'lik transvers kesi ile karına girilip transvers kolon bulunmakta ve gerekirse omentumdan kısmen ayrılmaktadır. Karın dışına alınan kolon urvesinin hemen mezenterik kenarına yakın olarak bir cam ya da plastik baget geçirilmektedir. Bu baget hem kolonu yerinde tutmakta hem de arka duvarı karın dışına çekerek stomanın tam saptırıcılığını sağlamaktadır. Bu aşamaya kadar olan adımlar "dışa alma" olarak adlandırılmaktadır. Kolonun acil dekompresyonu gerekmiyorsa işlem bu aşamada sonlandırılmakta, kolon urvesi 48 saat sonra uzunlamasına açılarak kolostomi gerçekleştirilmektedir. Bu süre zarfında karın içinde periton ile kolon urvesi arasında ki boşluk epitelize olarak kapanmakta, kolostomiden içeriye sızabilecek dışkının periton boşluğuna ulaşması önlenmektedir. Kolonun acil dekompresyonu gerekiyorsa, karın duvarının aponevrotik tabakaları ile (rektum ön kılıfı) kolonun seromüsküler tabakaları arasına "karantina" dikişleri konmakta ve daha sonra kolostomi olgunlaştırılmakta yani cilde dikilerek tespit edilmektedir. Her iki durumda da baget 10.günde çıkarılmaktadır.

Loopkolostomide baget kullanılması oldukça basit bir işlem olmasına rağmen önemli bir dezavantaj taşımaktadır. Baget hemen daima kolostomi torbasının adaptasyonunu güçleştirmektedir. Bunun önlenmesi amacıyla önerilen yöntemde baget kolostominin

bir yanından yaklaşık 4 cm uzaktan cilt altına sokulur ve bu planda kolostomiye doğru ilerletilerek mezo içinden karşı tarafa doğru geçirilir. Karşı tarafta kolostomiden yine 4 cm uzaktan cilt dışına çıkarılır. Böylece kolostomi çevresinde herhangi bir engel içermeyen 4 cm genişliğinde bir deri şeridi oluşturularak torbanın adaptasyonu kolaylaştırılır (Erkoçak, 2003:307-329).

1.1.1.2.1.3.Çekostomi

Çekostomi, akut kolonik tıkanıklıkta çekum volvulusunda toksik dilatasyonda ya da ogilviesendromu (Kolonik Psödoobstriksiyon) gibi paralitik dilatasyonlarda kullanılabilen bir stomadır. Saptırıcı özelliği yoktur; dekompresif işlem görür. Çekumu klasik stomalardaki gibi karın duvarına ağızlaştıran teknik günümüzde terk edilmiştir. Bunun yerine tüp çekostomi tercih edilmektedir. Tüp çekostominin en önemli avantaj işlevi sona erdiğinde tüpün çekilmesi ile stomanın ikinci bir cerrahi işlem gerektirmeden kendiliğinden kapanma şansının yüksek oluşudur.

Çekostomi, çekumun karın duvarına en yakın yerine karın duvarı merkez alınarak 2 cm çıkıntı yapması sağlanarak çift burs dikiş(kese ağzı dikişi) konulur ve bu dikişlerin merkezinde açılan delikten 30 F ya da daha geniş bir kateter sokularak yapılır. Burs dikişler bağlanıp kateterin giriş yeri içe döndürüldükten sonra bu bölge peritona 3-4 dikişle tespit edilir. Bu işleme apendektomi eklenir. Sıklıkla yapılan bir hata apendektomi yapılarak kateterin apandiks güdüğünden sokulmasıdır. Anatomik olarak apandiks güdüğü aşağıda ve içte kaldığından bu bölgenin karın duvarına gerginlik oluşturmadan güvenli bir şekilde tespiti mümkün olmaz. Bu da çekostominin karın duvarından ayrışmasına çekum içeriğinin serbest periton boşluğuna akmasına ve peritonite neden olur. Ayrıca apandiks mukozası ile örtülü bir kanal oluşturulduğundan tüp çekildikten sonra fistül gelişme riski yüksektir. Bu nedenle çekostomi için apandiks güdüğü kullanılmamalıdır (Korkut vd, 2005:619-1634).

1.1.1.2.1.4.Gizli kolostomi

Kolorektal kanser nedeniyle ameliyata alınan ve tümörü çıkarılamayan ancak pasajın tam tıkanmamış olduğuna karar verilen hastalarda cerrah bir seçim yapmak zorunda kalmaktadır. Cerrah ya hemen gerekliliği kesin olmayan bir stoma yaparak hastanın yaşam kalitesini kısmen de olsa bozacak veya stoma yapmadan ameliyatı sonlandırarak ileride zorunlu olacak ikinci bir girişim ihtiyacını sürdürecektir. Böyle bir durumda karar vermekte güçlük çekildiğinde uygulanabilecek yöntem "gizli kolostomidir". Bu yöntemde kolon urvesi batin dışına alınmakta ancak lümeni açılmadan cilt altına gömülü olarak bırakılmaktadır. Hastada tam tıkanma ortaya çıktığında bu bölge hasta yatağında lokal anestezi altında açılarak kolonun dekompresyonu sağlanabilmektedir (Çelik, 2004:827-843; Yeşilkaya, 1996:1190-1200).

1.1.1.2.1.5.Kontinent Kolostomiler

Kolostomiler, özellikle sol kolon seviyesinden yapıldıklarında, ileostomilerin tersine, sürekli deşarj halinde olmazlar. Bu nedenle, hastaların belirli aralıklarla kolostomilerinden lavman yapmaları koşuluyla, torba taşımaktan kurtulmaları mümkündür. Buna ek olarak çeşitli tıkaç sistemleri geliştirilmiştir. Bu sistemlerden biri manyetik tıkaç sistemidir. Kolostomiye saracak şekilde cilt altına implante edilen bir mıknatıs ve manyetik bir kapaktan oluşan sistemde, kapakta gazın çıkması için filtreli bir açıklık da bulunmaktadır. İnfeksiyon, bası nekrozu ve stoma çevresi (parastomal) fitik gibi komplikasyonlara yol açabilen bu sistem, hastaların yaklaşık yarısında uzun süreli olarak kullanılabilir (Korkut vd, 2005:619-1634).

1.1.1.2.1.6.Divine Kolostomi

Tam saptırcılığın sağlanması amacıyla stoma yapılacak kolonun end-loop kolostomideki gibi kesilip ayrıldıktan sonra karının iki ayrı yerinden uç stoma (proksimal uç) ve müköz fistül (distal uç) şeklinde karın dışına alınmasıdır. Karın duvarında iki ayrı stomanın oluşturulduğu bu yöntemin saptırcılık açısından loop kolostomiden üstün olmadığı saptandığından ve devamlılığın sağlanması için daha

sonra bir laparotomiye gereksinim duyulacağından dolayı günümüzde artık kullanılmamaktadır (Sumerr, 2002:1453-1470).

Laparoskopik Stoma Oluşturulması

Günümüzde laparoskopik yöntemler hemen her türlü ameliyata uyarlanabilmektedir. Stomaya gerek duyulan bir ameliyatın laparoskopik olarak gerçekleştirildiği durumlarda, stomaların da laparoskopik olarak yapılması mümkün olmaktadır. Laparoskopik stoma oluşturulmasında genel stoma kurallarının tümü geçerlidir. Usulüne uygun olarak hazırlanan urve, uygun yerden karın duvarı dışına alınıp elle veya sirküler staplerle olgunlaştırılmalıdır (Sumer, 2002:1453-1470).

Görüldüğü gibi, stomalı hastalarda karın ön duvarında gaita çıkışını sağlayan normalde bulunmayan bir açıklığın bulunması, hastada kendi vücudunda bir şekil bozukluğu bulunduğu algısı oluşturabilir. Ayrıca bu stomaların büyük oranda inkontinen yapıda olmaları sosyal hayatlarında çeşitli problemler yaratabilmektedir. Bu durumun özgüven eksikliği ve düşük benlik saygısına yol açması muhtemeldir. Ayrıca çıplak vücut ile daha belirgin olan stomalar yine bu hastaların cinsel hayatlarını olumsuz etkileyebilir. Bu nedenle bu çalışmada İleostomi ve kolostomi ameliyatı olan hastalarda depresyon anksiyete ve cinsel işlev bozukluk düzeylerinin saptanması amaçlanmıştır ve bazı psikolojik sorunlar ortaya çıkabileceği düşünülmüştür. Bu sorunların başında depresyon, anksiyete ve cinsel işlev bozukluklarının olabilmesi mümkündür.

1.2. Depresyon kavramı

1.2.1. Depresyon Tanımı

Depresyon insanlık tarihi boyunca her zaman vardı. Eski uygarlıkların kitaplarında depresif hastalıkların tanımları bulunabilir. Eski Ahid'de Kral Saul'un, depresyonun klasik belirtilerini gösterdiği tanımlanmakta, "şeytan ruhlar" tarafından rahatsız edildiğine değinilmekte ve sonunda intihar ettiği bildirilmektedir. Eski

İngiliz yazılarında yer alan "melankoli" sözcüğü, yüz yıllardır duygudurum bozukluklarının karşılığı olarak kullanılmaktadır. İngiliz yazarlar Chaucer ve Shakespeare "melankoli" konusuna yapıtlarında yer vermişlerdir. Depresyonun en eski tanımları MÖ dördüncü yüz yılda yaşamış olan, "tıbbın babası" olarak bilinen, Hippocrates'e kadar dayanmaktadır. Hippocrates, mental hastalıkların, olağanüstü güçler nedeniyle değil, doğal nedenlerle oluştuğuna inanmaktaydı. Melankoliyi tanımlarken dalaktan fazla üretilen siyah safradan oluştuğunu ileri sürmüştür. "Melan" siyah, "koli" ise safra karşılığı olup melankoli böylece adlandırılmış oluyordu. Depresyonla baş edebilmek için günümüzde de kısmen de olsa kullanılan gevşeme teknikleri kullanarak ve sağlıklı yaşam stratejileri geliştirerek, organizmanın dengesinin yeniden kurulmasını önermiştir (Aydın, 2004:3).

Depresyon, insanın yaşama olan istek ve zevkinin kaybolduğu, kişinin kendisini derin bir keder içinde hissettiği, geleceğe ilişkin kötümser, karamsar düşünceler, geçmişe ilişkin yoğun pişmanlık, suçluluk, duygu ve düşüncelerinin taşındığı, bazen ölüm düşüncesi, bazen özkiyım girişimi ve sonuçta ölümün olabildiği, uyku, iştah, cinsel istek vb. ilgili fizyolojik bozuklukların olduğu bir hastalıktır. Ayrıca depresyonda dünyaya karşı ilginin azalması ve kaybı, diğer insanlara yatırım yapma veya bağlanma kapasitesinin kaybolması; kendini ayıplama, kınama, kendine serzenişte bulunma sitem etme ve kendini aşağılama, hor görme gibi duygularla birarada olan ciddi benlik saygısı ve kendilik değeri düşmesi saptanır (Vamık, Volkan, Çevik, 1993:109-122).

Depresyon; normal, geçici, anlık bir emosyondan bir hastalığın herhangi bir belirtisi ya da tam anlamıyla bir psikiyatrik bozukluk olarak ele alınmaya kadar birçok şeyi kapsayabilen bir kavram olarak kullanılabilir. Bazen günlük düş kırıklıklarının bir yansıması, doğal yaşantı, bir uyum yanıtı veya insan varlığının ölümle yüzyüze geleceği ontolojik durumuna evrensel bir tepki olarak ortaya çıkabilir. Bazı varoluşsal krizler ağır depresyonu tetikleyebilir. Çoğu afektif dalgalanmalar normaldir, göreceli olarak iyi, geçici ve geri dönüşlüdür. Depresyon, kişinin kendisini nasıl hissettiğini, nasıl düşündüğünü ve nasıl davrandığını değiştiren tıbbi bir durumdur (Köroğlu, 2006:11).

Depresyon, bebeklikten yaşlılığa; hayatın her döneminde olur. Bebeklikte, hastanede yatırılan bebeklerde anne yoksunluğuna bir tepki olarak anaklitik depresyon, gençlik döneminde intihar riski yüksekliği ve karmaşık belirtilerle birlikte, erişkin ve yaşlılık döneminde de yine kendilerine özgü değişik belirtilerle ortaya çıkar. Mizacın elemli oluşu, uyku bozuklukları, intihar düşünceleri gibi temel belirtiler yaşla değişmez. Depresyonu kısaca kişide kalıtsal, çevresel ya da hormonal bozukluklar sonrasında gelişen çökkünlük hali olarak tanımlayabiliriz (Adasal, 1973:547) .

Depresyon bir duygu durum bozukluğudur. Başlı başına bir hastalık olarak görülebildiği gibi alkol, psikoaktif madde kullanımı, tedavi amaçlı ilaçların kullanımı, metabolik hastalıklar, kanser gibi sorunlara ikincil olarak da gelişebilir.

Depresyonlar modern psikiyatride birbirine karşıt görüş ve açıklama modellerinin en sık yapıldığı konuların başında yer almaktadır. Depresyon terimi genellikle bir duygu durum, belirti ve belirli bir hastalık gibi oldukça farklı anlamlarda kullanılmaktadır. İlaç tedavisi ve psikoterapi ile elektroşok gibi değişik tedavi yöntemlerinin depresyon tedavisinde oldukça başarılı sonuçlar vermesi, bu konuda yeni kuram ve modellerin, araştırma eğilim ve yöntemlerine ilişkin varsayımların ortaya atılmasına yol açmıştır. Genetikçiler, klinik ve deneysel psikologlar, psikanalistler, psikiyatristler ve farmakologlar gibi farklı disiplinlerden gelen araştırmacılar, depresyon konusunu, araştırmaları için çok çekici bulmaktadırlar.

Depresyon oldukça yaygın bir hastalıktır. Herhangi bir zamanda depresif belirtiler gösterenlerin oranı yaklaşık %15-20'dir. Bu oran içinde yer alanların en az %12'sinin yaşamlarında herhangi bir zamanda tedavi gerektirecek kadar ağır depresyonlu olduğu saptanmaktadır. Yetişkin nüfusun yaklaşık % 20'si yaşamlarının bir döneminde depresif bir hastalık geçirmeye yatkındır. Yapılan çalışmalar, yüksek prevalans hızının yanısıra, depresyonun son 25 yılda 10-20 kat arttığını göstermektedir. Depresyonlu hastalar psikiyatri servislerinde yatan hastaların yaklaşık %75'ini oluşturmaktadır. Ülkemizde bu yatış oranının biraz daha düşük olduğu söylenebilir. Yine yapılan araştırmalara göre yaşam boyu depresyon geçirme

riski erkeklerde %15 dolayındadır. Kadınlarda bu oran %25'e kadar çıkmaktadır ve hemen hemen tüm toplumlarda depresyona kadınlarda iki kat daha fazla rastlanmaktadır (Özcan, Özüğurlu ve Bahadır, 1989:232).

Basit bir üzüntünün ötesine geçmiş olan depresif duygulanıma düşünce, davranış ve biyolojik işlev bozuklukları da eşlik eder ve bu şekildeki depresif duygu durum bozukluğu hemen her zaman kişilerarası, sosyal ve mesleki işlevsellikte bozulma ile sonuçlanır (Köroğlu, 1993:19).

Depresyon duygusal, zihinsel, davranışsal ve bedensel bazı belirtilerle kendisini gösteren bir durumdur. En dikkat çekici belirtisi çökkün ruh hali ile ilgi ve zevk almada belirgin azalmadır. Depresyondaki kişi duygusal açıdan mutsuz, karamsar ve ümitsizdir. Eskiden en sevece yaptığı işler bile artık zevk vermez olmuştur. Kişi kendini hüznü ve yalnız hisseder. Kendisine ve çevresine ilgisi azalır. Yoğun suçluluk duyguları olabilir. Herkese yük olduğunu düşünüp gereksiz yere sorumluluklarını yerine getirmediğini düşünür. Genellikle iç sıkıntısı, daralma, huzursuzluk ile birlikte. Bazen kendisini, tüm duygularını yitirmiş gibi hissedebilir.

Depresyon terimi ilk olarak 17' inci yüzyılda "Melankolinin Anatomisi" adlı kitabın yazarı Robert Burton tarafından kullanılmıştır. Bir din adamı olan Burton'un bugünkü depresyon kavramı ile eş anlamlı olarak kullandığı melankoli hastalığında, bugün bile geçerliliğini önemli ölçüde koruyan şu faktörlerin rol oynadığını ileri sürmüştür: Çocukluk çağında maruz kalınan yoksunluklar ve engellenmeler, ailevi yatkınlığı olan bireylerin bilinçaltında yer ederler ve bunlar yetişkin yaşamdaki cinsel sorunlarla aktive olduklarında melankoliye neden olurlar.

1.2.2. Depresyonun Sebepleri

Psikolojik, fiziksel, sosyal, ailesel ve kalıtsal risk faktörlerinin yanı sıra hiçbir neden olmaksızın depresyon başlayabilir. Depresyona sebep olan risk faktörlerini detaylı olarak aşağıdakilerle özetleyebiliriz (Köroğlu, 2006:26)

- **Yaş:** Yaşın ilerlemesiyle birlikte ortaya çıkma olasılığı artar. Otuz-kırk yaşları arasında görülme sıklığı çok yükselir (Köroğlu, 2006:26).
- **Cinsiyet:** Genelde kadınlarda, erkeklere göre, iki kat daha fazla görülür. Ancak 55 yaşının üzerindekielerde bu oran tersine döner ve erkeklerde daha sık görülür (Köroğlu, 2006:26).
- **Toplumsal Kesim:** Yoksulluk ve işsizlik durumlarında depresyon daha sık görülür (Köroğlu, 2006:26)
- **Evlilik Durumu:** Boşanmış ya da mutsuz bir evliliği olan bireylerde çok daha sık görülür. Eşleriyle yakın ve güvenli bir ilişkisi olmayan kadınların, önemli bir stres karşısında depresyon geçirme olasılıkları, böyle bir ilişkisi olanlara göre, dört kat daha fazladır (Köroğlu, 2006:26).
- **Stres:** Çoğu olguda (yaklaşık % 80'inde) son zamanlarda geçirilmiş stres yaratan bir olay (bir yitim, bir başarısızlık...) bulunur. Kalıtsallık Birinci derece akrabalarda ortaya çıkma olasılığı yaklaşık iki kat daha fazladır (Köroğlu, 2006:26).
- **Aile Öyküsü:** Küçük yaşlarda anneyi yitirme, ortaya çıkma olasılığını artırır (Köroğlu, 2006:26). Eneç-Can ve ark. (2005) yaptıkları araştırma doğrultusunda ilk çocuk olarak dünyaya gelmek ve cinsiyetin ilk çocuğu olarak dünyaya gelmek ile depresyon arasında ayrıca anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir.
- **Bedensel Hastalık:** İleri yaşlarda, başlıca ortaya çıkaran etken bedensel bir hastalıktır. Yaşlılarda, bedensel hastalıklar, depresyon ortaya çıkma olasılığını altı kez artırır. (Köroğlu, 2006:26).
- **Genetik Faktörler:** Aile üyelerinde ve/veya yakınlarında depresyon öyküsü olması, kişilerde depresyon görülme riskini arttıran bir faktör olarak saptanmıştır. Eneç-Can ve ark. (2005) yaptıkları çalışmada, deney

grubundaki yetişkin katılımcıların %38.8'i ailesinde depresyon öyküsü bulunanlardan oluşmaktadır. Araştırmanın kontrol grubunda ise %15.2'lik kısım ailesinde depresyon öyküsü olduğunu bildirmiştir. Araştırmanın sonucu ailenin depresyon öyküsü tetikleyici bir faktör olduğunu savunmaktadır.

1.2.3. Depresyonun Belirleyicileri

Depresyon, kişilerin kendi ifadeleri doğrultusunda veya başkalarının gözlemediği ölçüde görülen çökkün duygudurum olarak tanımlanabilir (DSM 5, 2013).

Depresyon, derin üzüntülü bir duygulanım ile birlikte durgunluk, değersizlik, güçsüzlük, isteksizlik, sürekli bir mutsuzluk, karamsarlık duygu ve düşüncelerini içeren, bunun yanı sıra konuşma ve hareketlerde yavaşlama, iştahsızlık, uykusuzluk, kabızlık ve çeşitli ağrılar gibi fiziksel belirtiler, intihar düşüncesi ve girişimi ile seyreden bir duygu durum bozukluğudur. Çocukluk döneminde seyrek görülen depresyonun ergenliğe geçiş ile birlikte arttığı bildirilmektedir. Depresyonun belirtileri özellikle erken ergenlik döneminde tipik olmayabilir. Erken ergenlik döneminde depresyonun klasik belirtileri olan yaşam aktivitelerine karşı ilginin azalması, üzgün ve ümitsiz ruh hali, kendini değersiz bulma ve intihar uğraşları nadiren görülmektedir. Ergende depresyon belirtilerinin süresinin on beş günü geçmesi ve tabloya uyku bozuklukları, iştahsızlık, kilo kaybı gibi bozuklukların eklenmesi ile depresyondan şüphelenilebilir (Güney, 1998:41).

Depresif belirtiler "yaşamın cilvesi" de denebilecek üzüntü, mutsuzluk, isteksizlik gibi gündelik mizaç ve duygulanım dalgalanmalarından, gerçeği değerlendirme yetisinin bozulduğu psikotik tablolara kadar geniş bir yelpaze içinde ortaya çıkar. Ancak tedaviyi gerektirecek düzeyde depresyon, genellikle günlük olaylara bağlı mizaç değişimlerden ayrı bir ruhsal bozukluk türüdür (Güleç, 1991:4). Depresyon, tanı kriterleri kılavuzunda sınıflandırıldığı üzere, bunaltıcı, karma, melankolik, atipik, psikotik ve mevsimsel olmak üzere, ruhsal, fiziksel, sosyal ve duygusal belirleyiciler ile ele alınmaktadır (DSM 5, 2013).

1.2.3.1. Bunaltıcılık

Bunaltıcı özellikler, yeğin depresyon veya süregiden depresyon döneminde kişilerde görülebilen belirtiler olarak nitelendirilebilir (DSM 5, 2013):

- Bunalma veya gerginlik hissi
- Hiçbir şekilde sakin kalamama ve huzursuzluk hissi
- Odaklanma güçlüğü
- Hissedilen kaygıdan ötürü sürekli olarak kötü bir şey olacağından endişe duyma
- Kontrolü kaybedecekmiş gibi hissetmek

1.2.3.2. Karma

Yeğin depresyon döneminde kişinin neredeyse her gün hissettiği ve mani/hipomani nitelikleri sergilediği belirtiler şu şekilde listeleyebiliriz (DSM 5, 2013):

- Taşkınlık hissi
- Özsaygıda aşırı düzeyde artış ve büyüklük hissi
- Normalinden çok daha fazla ve hızlı konuşma
- Düşüncelerin hızlıca zihinden geçmesi ve adeta yarış halinde olması
- İşlevsellikte (okul, iş, sosyal ortam, cinsel aktivite gibi) aşırı düzeyde artış
- Uyku ihtiyacında azalma

1.2.3.3. Melankolik

Melankolik özellikler görülen depresyon vakalarında, kişinin en ağır döneminde görülen belirtiler arasında,

- Hayatındaki, neredeyse tüm faaliyetlerden keyif alamama
- Genelde keyif duyulabilecek çevresel uyaranlara karşı tepkisiz kalmak
- Umutsuzluk hissi
- Boşluk hissi

- Özellikle sabah saatleri hissedilen bunaltı
- Sabahları kişinin normalde uyandığı saatten en az iki saat daha erken uyanması
- Belirgin düzeyde psikomotor ajitasyon veya hareketlerde gözle görülür yavaşlama
- Yeme isteğinde belirgin düzeyde azalma ve buna bağlı görülebilecek kilo verme
- Suçluluk hissi

Huzursuzluk, tedirginlik, zihinsel etkinliklerde ve bedensel aktivitelerde belirgin bir yavaşlama, bağımlılık yapan maddelere karşı düşkünlük (psikoaktif madde kullanımı gibi), kişilerarası ilişkilere aşırı bağımlılık, intihar girişimi gibi kendisine yönelik kıyıcı yıkıcı eylemler, kendini ihmal etme ve aşırı bakımsızlık, intihar girişimleri ve intihar görülebilir. İntihar bir hastalık belirtisi olarak, önceleri, hayatın yaşanmaya değer olmadığı duygusu ile başlar. Giderek, hasta “derin bir uykuya dalsam, hiç uyanmasam”, ya da “aniden ya da bir kaza ile ölüversem” diye hissedebilir. Ardından intihar üzerine genel düşünce ve tasarılar gelir (Güleç, 1991:6).

Zihinsel işlevlerde yetersizlik, yaptıklarını ve tüm yaşamını değersiz görme, kendini küçümseme ve suçlama, gelecek için kaygılar ortaya çıkabilir. Giderek, kendini günahkâr görme, 'komada hatta ölü olduğu' biçiminde gerçek dışı düşünceler gelişebilir (Lipowski, 1990; 31:13-2).

1.2.3.4. Atipik

Atipik belirleyiciler, özellikle yeğin depresyon geçiren bireyin gün içerisinde çoğunlukla sergileyebileceği davranış ve duyguduruma yönelik belirtileri kapsar (DSM 5, 2013):

- Tepkisellik
- Belirgin ölçüde yeme isteğinde artış ve buna bağlı kilo alımı

İştahsızlık veya aşırı yemek yeme: Hasta başlangıçta her zamankinden daha az yemeğe başlar. Orta derece depresyonda yeme isteği hemen tümüyle kaybolmaya

başlar. Ciddi depresyonda hasta yemek yiyebilmek için kendini zorlar veya başkalarının zorlandığı halde yiyemez. Birkaç hafta içinde kilo kaybı görülür.

- Aşırı düzeyde uyku hali ve uyuma isteği (günde 10 saatten fazla veya kişinin normal uyku süresinden 2 saat fazla olmak üzere)

Uyku bozuklukları: Hafif depresyonda hasta sabahları eskiye oranla daha erken uyanır ve genellikle rahatsız bir uyku uyduğunu bildirir. Bazı hastalar ise, alıştıklarından daha fazla uyumaya başladıklarını ifade ederler. Orta derece depresyonda hasta alışıldandan birkaç saat erken uyanır, bazı hastalar bu durumun tersi olarak on iki saate kadar varan aşırı uyku eğilimindedirler. Ciddi depresyonda hasta genellikle yattıktan dört-beş saat sonra uyanır ve tekrar uyuyamaz.

- Kişinin el, kol ve bacak gibi uzuvlarını kaldıramayacak kadar ağırlaşmış hissetmesi

Yorgunluk ve enerji kaybı: Hafif depresyonda hasta alışıldagelenden daha kolay yorulur. Orta derece depresyonda hasta genellikle yorgundur. Ciddi depresyonda hasta herhangi bir şey yaptığında kendini çok yorgun hisseder.

- Kişinin toplumsal olarak veya işi ile ilgili uzun süreli olarak işlevini yitirdiğini hissetmesi ve buna bağlı duyarlılık sergilemesi

1.2.3.5. Psikoz

Depresyonun psikoz belirtileri gösteren halinde sanrılar veya varsanılar söz konusudur (DSM 5, 2013).

1.2.3.6. Mevsimsel

Mevsimplere göre değişiklik gösterebilen depresyon belirtileri yeğin depresyon döneminde belirleyici olarak kullanılmaktadır (DSM 5, 2013):

- Yılın belli dönemlerinde sakinleşme (örneğin ilkbahar aylarında depresyon belirtilerinin ortadan kalkması gibi).
- Kişinin yeğin depresyon süreci içerisinde en az iki kez olmak üzere mevsim geçişlerine bağlı depresif duyguduruma geçişi gözlenir

- İştahsızlık veya aşırı yemek yeme,
- Çok uyuma ya da uykusuzluk şeklinde ortaya çıkan uyku bozuklukları,
- Yorgunluk ve enerji kaybıdır (Batlaş ve Batlaş, 2000:131-132).

1.2.5. Depresyonun Bileşenleri

Depresyonun bilişsel bileşenleri kişinin duygudurumunu etkileyen bilişsel çarpıtmaları ve düşünce kalıplarını oluşturur. Öncelikli olarak kişinin kendisi, deneyimleri ve geleceğe yönelik hissettikleri depresyonun bilişsel ayağını oluşturur (McGinn, 2000)

1. **Olumsuz Üçlü:** Kişinin kendine, çevresine ve geleceğe yönelik olumsuz değerlendirmeler' de bulunması.
2. **Olumsuz Düşüncelerin Otomatik Olarak Ortaya Çıkması:** Kişi daha önceden plan yapmadığı ve düşünmediği halde bu olumsuz düşünceler otomatik olarak ortaya çıkar (gundempsikiyatri.com/depresyon.htm).
3. **Bilgi İşlemede Ve Algılamada Sistemik Hataların Olması:**
 - Seçici Olarak Olumsuz Odaklanma ve Olumlu Şeyleri Gözden Kaçırma,
 - Olumsuz Olayları Abartma,
 - Olumlu Olayları Küçümseme,
 - Olumsuz Olaylardan Yola Çıkararak Aşırı Genellemelerde Bulunma,
 - Ya Hep Ya Hiç Tarzında Düşünme,
 - Olaylardan Keyfi ve Kendine Göre Çıkarsamalarda Bulunma.
4. **İşlevsel Olmayan Şemalar:** Bu işlevsel olmayan şemalar çocukluk döneminde başlayan ve yaşam boyu gelişen oldukça güçlü sayılılardır.

Örneğin, kişinin ne kadar başarılı olursa olsun, kendini değerli hissedebilmesi için başkalarının onayının gerektiğine inanması. Kişinin kendini başarılı görmek için

her alanda başarılı olmak gerektiği hissine kapılması. Bu tür düşünce ve inançlar sürekli olarak bilişsel çarpıtmalarla desteklenmektedir.

1.2.6. Depresyona Kuramsal Yaklaşımlar

1.2.6.1. Psikanalitik Kuram

Psikanalitik kuramlarda depresyon, kayıp yaşantısına tepki olarak yorumlanır. Kaybın niteliği ne olursa olsun (sevilen birinin kaybı, statü kaybı, bir grup arkadaş tarafından sağlanan manevi desteğin kaybı), depresif kişi ona şiddetle tepki gösterir, çünkü hali hazır durum, çocuklukta meydana gelen daha önceki bir kaybın (ana baba sevgisi kaybının) tüm korku ve hislerini geri getirir. Herhangi bir nedenle, çocuklukta bireyin sevgi ve ilgi ihtiyaçları karşılanmamıştır. Daha sonraki yaşamda oluşan bir kayıp, bireyin ilk kaybın meydana geldiği zamanki çaresiz ve bağımlı hale gerilemesine neden olur. Dolayısıyla depresif kişinin davranışının bir kısmı bir sevgi yakarışını, bir çaresizlik gösterisini, sevecenlik ve güven çağrısını temsil eder (Atakay, 1995:625).

Freud, depresyon psikolojisini, yas tutmanın abartılmış ve patolojik bir ifadesi olarak görmüştür. Yas tutmada ve depresyonda başlıca faktör, böylesine bir sevgi yatırımı yapılan ve sevilen bir kişinin kaybını kabul edemeyiştir. Freud'a göre, her iki durumda da dünyayla ilgisinin kesilmesi, artık başka bir objeye sevgi yatırımı olanağı kalmamasından kaynaklanır (Kozacıoğlu ve Ekberzade, 1995:165-173).

Alexsander 'a (1963) göre; nefret, sevgi ve suçluluk duygulanımı, karmaşık bir halde bileşimi, ambivalans ilişkilerinin temelidir. O halde, ambivalans depresyonun temel dinamik faktörlerinden biridir. Yine Alexsander'a göre depresyona yatkınlık, ölümün ardından duyulan yas kadar evrenseldir (Kozacıoğlu ve Gördürür, 1995:165-173).

Abraham'a göre, depresyona yatkın kimselerin hemen hepsinin çocukluklarında frustrasyonlar yer almıştır. Frustrasyonlara depresyona benzer bir

mekanizma ile tepki göstermişlerdir. Çocukluktaki güçlüklerle karşı gösterilmiş bu belirleyici tepkiler daha sonraki depresyonlar için bir temel oluşturur (Kozacıoğlu ve Gördürür, 1995:165-173).

Depresyon olayında bireyin değerinin (Self esteem) kaybolması söz konusudur. Bu kaybı depresif kişi subjektif olarak iki şekilde değerlendirir. Birincisi; eğer kendi değerinin azalması, kaybolması dıştan gelen ve kişiyi ruhsal yönden destekleyen, besleyen bir kaynağın kaybına bağlı ise "her şeyi kaybettim, dünya şimdi bomboş" diye düşünür. İkincisi; eğer kendi değerinin kaybı, introjekte ettiği (işselleştirdiği) süper egodan gelen kaynakların kaybına bağlı ise (yani cezalandırılma vicdan söz konusu ise) "her şeyi kaybettim, çünkü hiç birini hak etmiyorum, hiçbir şeye layık değilim" diye düşünür. Kişinin bu olumsuz düşüncelerine, üzüntü, hareketsizlik, kendini suçlama, mutsuzluk ve intihar düşünceleri gibi pek çok belirti de eşlik etmektedir. Bunların sonucu olarak, olumsuz düşünceler, hoş olmayan etkiler ve kendini yenik düşüren motivasyon birbirlerini güçlendirici bir etkiye sahip olur. (Beck, 1976).

Nemiah' a göre ise, depresyon daha önce olmuş olan ve hoşnutsuzluk yaratan bir duruma karşı gösterilen tepkidir. Nemiah' a göre, depresyonun karakteristikleri şunlardır: Depresyon ortaya çıktığı andan itibaren acı ve ızdırap vericidir. İnsanlardan kopma ve emosyonel ilişkilerin kaybı korkusu, kişide yalnızlık, çevreden kopma ve soyutlanma duygularını yaratır (Kozacıoğlu ve Gördürür, 1995:165-173).

Dolayısıyla, depresyonun psikanalitik kuramları; kayıp, dış onaya aşırı derecede bağımlı olma ve öfkenin işselleştirilmesi üzerine odaklanır. Bunların depresif bireylerin sergilediği davranışlardan bazılarına mantıklı açıklama getirdikleri söylenebilir, ancak kanıtlanmaları ve rtlmeleri zordur (Atakay, 1995:625).

Psikanalitik benlik psikolojisi kuramcılarında Bibring'in yaklaşımına göre, benliğin rahat ve değerli olabilmesi için amaçladığı, gerçekleştirmeye çalıştığı zsever (narsistik) emeller karşısında çaresiz ve güçsüz olduğunu farketmesi sonucunda depresyon oluşur. Umutsuzluğa eğilimli kişi, gelecek için belirli bir

bilişsel örüntüye sahiptir ve bu örüntü geleceğin hiçbir iyi olasılığı içermediğini yineler. Kişi geleceği hakkında düşünmeye başladığında bu bilişsel yapı uyarılır ve kişi hoşlanmadığı deneyimlerin etkisi ile umutsuzluğun tipik duygusal ve motivasyonel belirtilerini göstermeye başlar (Beck ve Rush, 1978). Depresyon bir kez oluştuğunda olumsuz otomatik düşünceler giderek daha çok ve daha yoğun meydana gelir ve işlevsel inançlar giderek azalır. Böylece kısır döngü oluşur (Hawton, Salkovskis, Kırk ve Clark, 1989).

1.2.6.2. Öğrenme Kuramları

Öğrenme kuramları, depresyonu daha önceki deneyimlerden ziyade, şu anda bireyin hayatında olup bitenler üzerinde odaklanarak açıklamaya çalışır. Öğrenme kuramı çerçevesinde, depresyonun nedenlerine dair iki ana yaklaşım vardır. Biri pekiştirmeyi, diğeri bilişsel faktörleri vurgular.

Pekiştirme yaklaşımı, kişilerin, sosyal çevreleri, fazla uyumlu pekiştirme sağlamadığı zaman depresif hale geldikleri varsayımına dayanır. Depresyona yol açan olayların birçoğu (sevilen birinin ölümü, bir işte başarısızlık ve sağlığın bozulması gibi) alışılmış pekiştirmenin azalmasını içerir (Atakay, 1995:625).

Depresyona bilişsel yaklaşımlar ise, kişilerin ne yaptıklarına değil, kendilerini ve dünyayı nasıl gördüklerine odaklanır. Bilişsel kuramlardan biri depresyona eğilimli bireylerin, olayın olumsuz ve kendini eleştiren bir bakış açısından değerlendiren genel bir tavır geliştirmiş olduklarını öne sürer. Bu kişiler, başarmayı değil başarısız olmayı beklerler ve performanslarını değerlendirirken başarısızlıkları abartmaya veya başarıları küçültmeye eğilimlidirler. Ayrıca işler ters gittiği zaman şartları değil de kendilerini suçlama eğilimlidirler. Bu görüşe göre, daha çok olumlu pekiştirme alabilmeleri için depresif bireyleri sosyal olarak daha aktif olmaya teşvik etmek, kendi başına yararlı olmayacaktır; onlar kendilerini eleştirmek için yeni fırsatlar bulacaklardır.

Beck, depressif bireylerde sık rastlanan kognitif hataların üç alanda ortaya çıktığını söylemiştir. Bunlar; kişinin kendi benliğine, geleceğine ve dünyaya karşı olumsuz bakış açısıdır (Köroğlu, 1993:27-29). Olaylar, çok iyi-çok kötü gibi iki uçta

algılanır. Bu kutuplaşmış düşünme sisteminde olaylar “siyah” ve “beyaz” olarak etiketlenir (Corey, 2008)

Bu olumsuz kavramlar (Beck'e göre "Şemalar") giderek olumsuz yargılara, düşüncelere ve tutumlara neden olur. Kişi her olayda önce olumsuz yönleri algılar ve düşünür (Öztürk, 1994:226).

Beck'e göre, olumsuz otomatik düşünceler, kognitif hatalar ve depresif semptomlar bir geri bildirim sistemi içinde birbirlerini besleyerek depresyonun sürmesine, hatta şiddetinin artmasına neden olurlar (Kozacıoğlu ve Gördürür, 1995:165-173).

A.T.Beck'in bu görüşlerine karşı olan bazı araştırmacılar, depresif bozukluğu olan kişilerin kendilerine ilişkin algılamalarında çarpıtma olmadığını tersine ruhsal bozukluk göstermeyen kişilere oranla daha gerçekçi değerlendirmeler yaptıklarını öne sürmektedir. Depresif bozukluk gösterenlerin kendilerini başarısız olarak değerlendirmelerinin normal olduğunu, çünkü bozukluğun sonucu hareketlerinde yavaşlama olduğu, ilgi azlığı, güdülenme güçlüğü ve dikkat dağınıklıkları nedeni ile edimlerinin gerçekten düşük olduğunu belirtmişlerdir.

Depresyona bir başka bilişsel yaklaşım öğrenilmiş çaresizlik kavramına dayanır. Seligman tarafından geliştirilen bu kurama göre, kişiler hareketlerinin ne zevk ne de acı getirmede hiçbir şekilde etkili olmadığına inandıkları zaman depresif hale gelirler. Depresyon kişinin kendi çaresizliğine olan inancıdır. Öğrenilmiş çaresizlik kavramı hayvanlarla yapılan deneylerden doğmuştur. Hayvanlar, kaçamadıkları travmatik şartlara (elektrik şoku ya da şiddetli gürültü) maruz bırakıldıklarında; apati, iştah azalması, cinsel güç kaybı ve normal saldırganlığın azalması gibi depresyon belirtileri geliştirirler. Bu semptomlar, kaçınabildikleri ya da uygun bir tepkiyle durdurabildikleri travmatik şartlara maruz bırakılan hayvanlarda görülmemektedir. Seligman, ilk olarak kişinin hayatındaki önemli olayları değiştirmek ya da etkilemekte tekrar tekrar başarısız olma deneyimlerinin depresyona yol açtığını öne sürmüştür. Daha sonra ise çaresizlik kuramını, bireyin kontrol edemeyeceği durumların özel yorumunu da içerecek şekilde değiştirmiştir.

Kontrol edilemeyen sonuçların kendileri değil de, kişilerin bu sonuçlara getirdiği nedensel açıklamalar depresyon derecesini belirler (Atakay, 1995:625).

1.2.6.3. Biyolojik Kuramlar

Afektif bozukluklarda önemli bir rol oynadığına inanılan iki nörotransmitter, norepinefrin ve serotoninidir. Yaygın olarak kabul edilen bir hipotez depresyonun bu transmitterlerden birine ya da her ikisine birden eksiklikle ilgili olduğudur. Depresif olgularda yüksek oranda (%45,8) hormonal değişiklik ve cinsel istek azalması olan depresiflerde, depresif kontrollere göre, TSH, LH, FSH düzeylerinde azalma bulunmuştur. Azalmış cinsel istek tanımlayan grup yüksek Beck depresyon ölçeği puanı ve hormonal değişiklik göstermiştir. Hormon düzeyi ve cinsel istek azalmasının santral sinir sistemindeki bir etki sonucu oluştuğu vurgulanmıştır.

Lityum tedavisi ve korumasına iyi yanıt verenlerde kalıtsal etkenlerin daha ağırlıklı olduğu düşünülmektedir. Az ya da çok, kalımsal geçişin nasıl ve ne yolla olduğu aydınlatılamamıştır. Tek gen üzerinde moleküler genetik çalışmalar henüz bir sonuç vermemiştir.

Depresyonun sağaltımında ilaçların etkinliği anlaşıldığından beri biyokimyasal araştırmalar büyük hız kazanmıştır. Depresyonda biyokimyasal değişikliklerin olduğu yadsınamaz; ancak bu değişikliklerin bir neden mi yoksa bir belirti ya da sonuç mu olduğu daha uzun süre tartışılacakmış gibi görünmektedir. Tek yumurta ikizlerinde eş hastalanma oranı belirgin derecede yüksek bulunmuştur.

Son zamanlarda duygulanım bozukluklarında nörotransmitter etkinliğinin niceliğinden çok reseptörlerin sayısı ve duyarlılığı üzerinde durulmaktadır. Gece - gündüze ve mevsime bağlı değişmelerle etkilenen salgılanma ve beden saati düzensizlikleri görüşü son yıllarda sağaltım alanında da yeni uygulamalar getirmiştir. Sirkadyen ritmin duygudurum bozuklukları üzerinde rolü tespit edilen bir süreç olması ile birlikte işleyişini etkileyen melatonin hormonunun biyolojik saati düzenlemesi Salva ve ark. (2011) tarafından yapılan araştırma ile desteklenmiş ve melatoninin antidepresan nitelikleri barındırdığı sonucu ortaya çıkmıştır.

1.2.7.Kanser Psikolojisi

Değişen doğal denge ve sosyal yapının beraberinde getirmiş olduğu sağlıksız beslenme, zararlı alışkanlıklar, stresli yaşam tarzı doğrultusunda günümüzde sıkça karşılaşılan bir hastalık türü olan kanser sonrasında bireylerde karar alma bunalımları, değişime ayak uydurma baskısı, çevresel uyum sağlama ve bireyin yeterlilik düzeyini aşan durumlarla karşılaşması sonucunda psikolojik rahatsızlıklar baş göstermektedir. Psikolojik sorunların gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde her sosyoekonomik düzeyde, her ırkta ve her kültürel grupta görüldüğü bilinmektedir (Ocaktan; Özdemir; Akdur, 2004: 63-73).

Hastalarda kanser tanısı konulduğu andan itibaren belirli psikolojik sorunlar ortaya çıkmaktadır. Hastalığın mevcudiyeti ile birlikte zorlu tedavi süreci ile gerçekleşen maddi ve manevi kayıplar, hastalarda fiziksel bütünlüğün bozulması, fiziki şekil bozuklukları günlük hayatın gerekliliklerini yerine getirmede bazı aksaklıklar meydana getirmektedir.

Hastalarda oluşan psikolojik rahatsızlıklar şu evrelerle gerçekleşmektedir:

- Hastalık kabul edilmez ve inanma güçlükleri başlar.
- Hastalığın yarattığı kaygı, korku ve panik neticesinde hastalık reddedilir.
- Hastalığa karşılık kızgınlık ve isyan duyguları beslenir.
- Ölüm korkusu sebebiyle tepki gösterilir.
- Hastalığı kabullenme ve uyum göstererek yeni hayata alışma süreci başlar.
- Gerekli güven ve destek yardımı aranır.

Hasta bireylerde tanı aşamasında gelişen evreler:

- Şoke olma,
- İnanamama,
- İnkâr,
- Kaygı,
- Kızgınlık,
- İsyân,
- Depresif mizaç

özellikleri ile normal seyirde gelişmektedir. Bazı durumlarda uyumu bozacak şekilde tedaviyi reddetme ve ölümü kabullenme gibi durumlarla da karşılaşmaktadır.

Hasta bireylerde tedavi aşamasında gelişen evreler;

- Cerrahi müdahalenin geciktirilmesi,
- Cerrahi dışı tedaviler,
- Bedende fiziksel değişiklikleri kayıp olarak nitelendirmek,
- Işın veya kemoterapi tedavisinden kaçınma,
- Terk edilme kaygısı,
- Tedavi sürecinin yan etkilerine karşı korku duyma,
- İzolasyon eğilimi,
- Depresif duygu durumu,
- Fiziksel değişimlere yönelik yas durumu, olarak gelişmektedir.

Tedavi sonrası gelişmeler;

- Tedavi sürecinin gerektirdiği şekilde yaşamaya alışma,
- Hastalığın nüksetme korkusu,
- İnanamama,
- Kaygı,
- Kızgınlık,
- Depresif duygu durumu,

gibi belirtiler görülebilmektedir.

Hastalık süresince yaşanan psikiyatrik sorunlar aşağıdaki şekildedir:

1. Anksiyete; gerçekleşmesi tahmin edilemeyen olay ve durumlar sonucunda kişilerin fizyolojik ve psikolojik olarak verdiği tepkilerdir

(Korkmaz, 2007). Anksiyete ruh sağlığı kapsamında bir rahatsızlık olmasının yanı sıra alışılmışın dışında gerçekleşen durumlara bireyin alışma sürecini de ifade etmektedir(Albono; Chorpita; Barlow, 2003: 279-329). Anksiyete pek çok psikolojik bozukluğun temel boyutunu oluşturmaktadır. Anksiyete günlük yaşamda her insanın karşılaşabileceği bir durumdur. Ancak uzun süreli gerçekleşmesi sonucunda kişilerde anksiyete bozukluğu ortaya çıkabilmektedir (Davidson; Neale, 2004).

2. Depresyon; aşağı çekmek, kederli olmak ve durgunlaştırmak anlamına gelen depresyon kelimesi, mutsuzluk, yalnızlık, kendini suçlamaya bağlı olumsuz benlik algısı, kendine güvensizlik, değersizlik duygusu, yaşama karşı ilgisizlik, sosyal yasamdan çekilme, iştahsızlık, uykusuzluk, cinsel istekte azalma, ölüm ve intihar düşünceleri ile ortaya çıkan çökkünlük hali olarak da ifade edilmektedir (Beck; Alford, 2009).

3. Kişiler Arası Duyarlılık; bireylerin kişiler tarafından önemsenmediği düşüncesi ile kolaylıkla incinme ve kırılma, kendini diğerlerinden daha aşağı görme, aşağılanma korkusu ile yanlış bir şeyler yapmamaya zen gösterme gibi günlük hayatına yansıyacak şekilde problemler yaşanmasına yol açan bir durumdur (Boyce; Parker; Barnett; Cooney; Smith, 1991: 106-114).

4. Somatizasyon; psikolojik sıkıntının bedensel belirtilerle kendini göstermesidir (Sayar; Ak, 2001: 266-271).Stres, kaygı ve çeşitli duygusal uyarılmalar bedenin kimyasını, organların işleyişini ve bağışıklık sistemini etkilemektedir. DSM-5 somatizasyonu somatoform bozukluklar altında vermiştir. Somatoform bozukluklar; konversiyon bozukluğu, ağrı bozukluğu, hipokondriazis ve vücut dismorfik bozukluğunu da içine alan; temelde nedeni açıklanamayan bedensel belirtiler ve somatik yakınmalarla tanılanan bir gruptur. Somatizasyon bir bozukluk olduğu kadar bir rahatsızlığın seyrinde

ortaya çıkan belirtiler olarak da tanımlanabilir (Holder; Wise, 2001: 1-7).

5. Hostilite; öfke ve düşmanlık duyguları ve bu duygular doğrultusunda saldırganlığa yönelme olarak tanımlanmaktadır (Budak, 2003).

6. Obsesif Kompulsif Bozukluk; obsesyonların veya kompulsiyonların tabloya hakim olduğu psikiyatrik bir bozukluktur (Soykan, 2003: 19-27).

Obsesyon, kişinin istem dışı olarak engelleyemediği sıkıntı yaratan, yineleyici düşünce, dürtü ya da tasarımlardır.

Kompulsiyon (zorlantı) ise obsesyonla (takıntı) aynı özellikleri gösteren yineleyici davranışlar ya da zihinsel eylemlerdir.

7. Fobik Anksiyete; korku ve kaçınma davranışlarının temel olduğu fobilerdir. Panik ataklara sebep olabilmektedir (Işık; Taner, 2006: 239-277).

8. Paranoid Düşünceler; kişilerin başkalarının davranışlarını kötü niyetli olarak yorumlayıp, sürekli bir güvensizlik ve kuşkuculuk içinde olmalarıdır (Foa; Kozak; Goodmann, 1995: 990-996).

9. Psikotizm; gerçeği değerlendirmede, şuurda, iç görüde, idrak ve algılamada meydana gelen ileri derecede bozulma, gerçekleri kabullenememe durumudur (Foa, Kozak, Goodmann; 1995: 990-996).

1.3. Cinsel İşlev Bozuklukları

Cinsellik, sosyal kurallar, değer yargıları ve tabularla belirlenmiş, biyolojik, psikolojik ve sosyal yönleri olan özel bir yaşantı olarak tanımlanabilir (Aydın, 2002). Cinsel işlev bozukluğu, cinsel istek, uyarılma, orgazm sorunları ve cinsel yanıt döngüsüne temel oluşturan fizyolojik süreçlerde meydana gelen ve buna bağlı olarak cinsel ilişki kurmada ortaya çıkan güçlükleri kapsamaktadır. Cinsel yaşamdan tatmin

olmama ve bunun sürekli ya da tekrarlayıcı olmasıdır. Cinsel işlev bozukluğu genellikle cinsel yanıt sürecinin ilk üç evresinde yaygın olarak görülmekte ve duygusal sağlık, eş ile ilişki, kişiler arası ilişki ve yaşam kalitesini etkileyebilmektedir (Youngkin, 2004; Aydın, 2002; McCabe, 2005:379-388).

Sağlıklı cinsel işlev için gerekli temel öğeler şunlardır (Aydın, 2002):

- Sağlıklı anatomik ve fizyolojik yapı
- Uygun fiziksel ve duygusal cinsel uyarın
- Uyarının algılanmasını önleyen etkenlerin olmaması
- Cinselliği olumlu yönde etkileyen etkenler

Cinsel işlev bozukluğu yaygınlığı erkeklerde % 10-52, kadınlarda % 25-63 arasında değişmektedir (Laumann vd, 1999:537-544; Lau, 2005:1271-1281).

DSM-5 kriterleri kapsamında cinsel işlev bozukluklarının alt sebepleri şunlardır:

- Yaşam boyu (ilk cinsel etkinlikten bu yana) edinilmiş deneyimler,
- Partnerin cinsel problemleri ve cinsel sağlığı,
- İlişki esnasında zayıf iletişim, ilişkide çatışma,
- Bireyin geçmişte istismara maruz kalma vb. sebeplerle yaşadığı depresyon, korku,
- Kültürel/dinsel etkenler kapsamında cinselliğe yönelik kısıtlamalar.

1.3.1. Cinsel İşlev Bozukluklarının Sınıflandırılması

Günümüzde de geçerli olan cinsel işlev bozukluklarının sınıflandırmaları, tanısı ve sağaltımı 1954 yılında Master ve Johnson'ın A.B.D'de Washington Üniversitesinde başlattıkları çalışmalara dayanmaktadır. Bu çalışmalar ile Master ve Johnson, evrensel bir cinsel yanıt döngüsü tanımlamışlar ve bu döngüde cinsel anatomi, fizyoloji aynı zamanda psikolojik ve sosyolojik verilerin de önemini vurgulamışlardır. Bu tanı sistemleri, Master ve Johnson tarafından tanımlanan bir evrensel ve biyolojik döngüye dayanarak "normal cinsel yanıt döngüsünden" olan sapmaları "cinsel işlev bozukluğu" kapsamına almaktadır. Master ve Johnson'ın

tanımladığı cinsel yanıt döngüsünde dört evreden söz edilir. Bunlar; istek, uyarılma, doyum ve gevşeme (Gerald-Neale-Davison, 1997).

DSM 5 tanı kriterlerine göre cinsel işlev bozuklukları şu şekildedir (DSM 5, 2013):

- Geç boşalma
- Sertleşme bozukluğu
- Kadında orgazm bozukluğu
- Kadında cinsel ilgi/uyarılma bozukluğu
- Cinsel organlarda-pelviste ağrı/İçe girme bozukluğu
- Erkeklerde düşük cinsel istek bozukluğu
- Erken boşalma

1.3.1.1. Geç Boşalma

Kişilerin cinsel etkinliklerinin %75-%100'lük bir kısmında en az altı ay boyunca seyreden,

- Boşalmada belirgin ölçüde gecikme
- Belirgin ölçüde boşalma sayısının azalması
- Boşalmanın gerçekleşmemesi

1.3.1.2. Sertleşme Bozukluğu

Her cinsel etkinlikte veya yaklaşık %75-%100'lük kısmında erkeğin en az altı ay boyunca görülen,

- Cinsel etkinlik esnasında sertleşmeyi sağlamakta belirgin ölçüde zorluk yaşaması
- Cinsel etkinliğin sonlandırılmasına dek sertleşmeyi sürdürmede zorluk yaşama
- Sertlik düzeyinde belirgin ölçüde azalma

Sertleşme bozukluğu; tatminkâr cinsel performans için yeterli seviyede ereksiyonun oluşturulamaması veya sürdürülememesi şeklinde tanımlanmaktadır. Sertleşme bozukluğu; erkek cinsel sorunlarında ilk sırada yer alan, herhangi bir cinsel etkinliği başlatmak veya sürdürmek için yeterli ereksiyonu sağlamada güçluktur (Türkiye Klinikleri J Psyciatry, 2009: 28-33). Erişkin erkeklerde % 52 - % 67 oranında görülmektedir (Mallis, 2006:442-449). Sertleşme bozukluğunun risk faktörleri; ileri yaş, kalp ve damar hastalıkları, dislipidemi, diyabet, hipertansiyon, renal ve psikiyatrik bozukluklar gibi hastalıklar, kronik hastalıklar, bazı ilaçlar (vazodilatör, antihipertansif, hipoglisemik, kardiyak), spinalkord yaralanmaları, sedanter yaşam, şişmanlık, anksiyete, stres, duygusal problemler, sigara ve alkol kullanmadır (Lewis, 2005:64).

1.3.1.3. Kadında Orgazm Bozukluğu

Her cinsel etkinlikte veya yaklaşık %75-%100'lük kısmında kadınlarda en az altı ay boyunca görülen,

- Orgazmın belirgin ölçüde azalması
- Orgazmın gerçekleşmemesi
- Orgazma yönelik hissiyatın oluşamaması

Ayrıca, kadında orgazm yokluğu, erkekte orgazm yokluğu olarak ele alınan orgazm ile ilgili bozukluklar, heyecan döneminin sonunda kendini gösteren yoğun haz duygusu olarak tanımlanabilir. Bu aşamada erkeklerde boşalma görülürken kadınlarda vajinanın 3. dış duvarlarında kasılmalar görülür. Her iki cinste de genel bir kas gerilimi ve istemsiz pelvis hareketleri gözlemlenmektedir. Anorgazmi olarak tanımlanan ve normal bir cinsel uyarılma dönemini izleyerek inatçı ve tekrarlayıcı biçimde orgazmın gecikmesi ya da olmamasıdır (Ralph, 2005: 1181-1186).

Orgazm bozukluğu (anorgazmi); kadının cinsel uyarılma evresinden sonra sürekli ya da tekrarlayıcı bir biçimde orgazmın olmaması ya da gecikmesi olarak tanımlanmaktadır. Orgazm bozukluklarının görülme sıklığı % 18 - 41 arasında değişmektedir. Orgazm zorluğu yaşayan kadınların, cinsel yönden kendilerine daha

az güvendikleri, uyarılma ve orgazmın fizyolojik belirtilerinin daha az farkında oldukları belirtilmektedir (Holmes, 1998:105-112).

Çözülme: Master ve Johnson'a göre bu son aşamada genellikle orgazmı izleyen bir rahatlama ve kendini iyi hissetme hali ortaya çıkar. (Gerald-Neale-Davison, 1997).

1.3.1.4. Kadında Cinsel İlgi-Uyarılma Bozukluğu

Kadında cinsel uyarılma bozukluğu, Master ve Johnson'a göre ilk aşama olan heyecan, cinsel organlardaki ve ayrıca kadınlarda göğüslerdeki kan akışının artması şeklindeki fizyolojik değişikliklerle bağlantılı olarak ortaya çıkan cinsel zevkin öznel olarak yaşanmasıdır. Hücrelerdeki kan akışının artması ile erkekte sertleşme, kadınlarda ise göğüslerin büyümesi ve vajinada ıslaklığın artması beklenmektedir.

DSM 5 kriterler kapsamında kadınlarda cinsel uyarılma bozukluklarının sebepleri şu şekildedir:

- En az 6 ay süreli cinsel ilgi/uyarılma yokluğu söz konusudur ,
- Cinsel etkinlikte bulunma isteği az ya da hiç yoktur,
- Erotik düşünce veya fanteziler az ya da hiç yoktur,
- Cinsel etkinliği başlatmama ya da partnerin başlatma çabalarını nadiren kabul etme veya hiç kabul etmeme,
- Cinsel etkinlik sırasında (cinsel ilişkilerin neredeyse tümünde) (veya cinsel ilişkilerin en az %75 ve daha fazlasında) cinsel heyecan/hazzın az olması ya da hiç olmaması,
- İsteğin içsel veya dışsal bir cinsel/erotik uyararla (örn. yazılı, sözel, görsel, vb.) nadiren tetiklenmesi veya hiç tetiklenmemesi
- Genital ve/veya genital olmayan hislerin az olması ya da hiç olmaması.

Kadınlarda cinsel işlev bozukluğu; cinsel yanıt sürecindeki bir veya birden fazla evreyi bozan rahatsızlık veya cinsel aktivite ile ilgili ağrı olarak tanımlanmaktadır. Cinsel işlev bozukluğu kadınların fiziksel ve duygusal sağlığını, yaşam kalitesini, benlik saygısını ve kişiler arası ilişkilerini önemli şekilde

etkileyebilmektedir. Kadınlarda cinsel işlev bozukluğu yaygın olarak (% 20-50) görülmektedir (Salonia vd, 2006:44-52; Basson, 2000:888-893).

Kadınlarda cinsel işlev bozukluğuna anatomik, fizyolojik, biyolojik, psikolojik ve sosyokültürel faktörler neden olabilmektedir. Fizyolojik faktörler; nörolojik problemler, kronik hastalıklar, kardiyovasküler hastalıklar, kanser, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, ürogenital bozukluklar, ilaç tedavileri, hormonal bozukluklardır. Psikolojik faktörler; depresyon, anksiyete, beden imajı, benlik saygısı, olumsuz duygular, stres, alkol ya da madde bağımlılığıdır. Sosyokültürel faktörler; yaş, eğitim düzeyinin düşük olması, sosyal tabular, cinsellikle ilgili yanlış inanışlar, ailesel, kişisel ve dini çatışmalardır (Yadav vd, 2001:5-11).

Kadınlarda cinsel uyarılma bozukluğu; sürekli ya da tekrarlayıcı bir biçimde cinsel uyarılmanın gerçekleşmemesi, cinsel heyecanın yeterince sürdürülememesidir. Cinsel uyarı olmadan yeterli lubrikasyon, vajenin balonlaşması ve uterusun yukarı çekilmesi gerçekleşmemektedir. Kadınların % 10-20'si cinsel uyarılma bozukluğu yaşamaktadır (Wakley, 2005:38-45).

Cinsel uyarılma ile ilgili problemler sadece psikolojik nedenli olabileceği gibi, vajina veya klitorise kan akımının azalmasına neden olan pelvik cerrahi, radyoterapi veya tıbbi tedaviler sonucu da görülebilmektedir (Berman, 2003:166-177).

1.3.1.5. Cinsel Organlarda-Pelviste Ağrı-İçerme Bozuklukları

DSM 5 tanı kriterlerine göre cinsel ağrı bozuklukları kapsamında, cinsel organlarda, pelviste ağrı/içerme bozukluğu olarak da tanımlanan vajinismusun tanı kriterleri şunlardır:

- Birleşme anında vajinaya giremememe,
- Vajinaya girme ya da girme girişimleri anında vulva vajinada ya da pelviste belirgin ağrılar hissetme,
- Vajinaya girme eyleminin gerçekleşmesi sırasında ve gerçekleştikten sonra, vulva vajinada ya da pelviste oluşan ağrı,

- Vajinada meydana geldiği hissedilen ya da geleceği endişesi duyulan belirgin bir korku,
- Vajinaya girme girişimi anında pelvis tabanı kaslarını çok germe ya da sıkma.

DSM 5 tanı kriterleri kapsamındaki belirtilerin süresi yaklaşık altı ay civarında gerçekleşmektedir. Belirtilerin yaşayan kişiler açısından klinik sıkıntılar üreyebilmektedir. Ayrıca, belirtiler cinsel kökenli olmayan bir ruhsal problem ile açıklanamayabilmekte ve ağır bir ilişki bozukluğundan ya da gerginlik yaratıcı önemli başka etkenlerden kaynaklanmamaktadır. Ayrıca bir madde ya da ilaç kullanımı ile ilişkili değildir. (Köroğlu, 2014: 100-200; Lauman, Paik, Rosen, 1999: 534-544) Vajinismus problemi yaşayan kadınlarda genellikle fobik kaçınma, istemsiz pelvis kas kontraksiyonları ve ağrı beklentisi/korkusu/deneyimi yaşanmaktadır. Yapılan araştırmalar sonucunda kadınların %42'sinde cinsel disfonksiyon olduğu, bunların %26'sında da ağırlı ilişki olduğu bildirilmiştir(Hayes, Bennett, Fairley, Dennerstein; 2006: 589-95).

Ayrıca cinsel etkinlik esnasında görülebilen ağrı bozuklukları aşağıdaki şekilde sınıflandırılmıştır:

- I. Disparoni:** Cinsel birleşmenin ağırlı gerçekleşmesidir. Ağrı birleşme sırasında olmakla birlikte, hemen öncesinde veya sonrasında da görülebilmektedir (Sungur, 2004:1-7).
- II. Ağrılı Ejakulasyon:** Ejakulasyon sonrası peniste yanma hissi olmasıdır. Genellikle üretra, prostat ve mesane enfeksiyonu gibi durumlara bağlı olarak oluşmaktadır (Ralph, 2005:96-102).

1.3.1.6. Erkeklerde Düşük Cinsel İstek Bozukluğu

Erkeklerde cinsel içerikli düşüncelerin veya cinsel aktiviteye yönelik istekliliğin en az altı aylık süre içerisinde belirgin ölçüde azalması olarak tanımlanmaktadır (DSM 5, 2013).

Cinsel istek bozukluğu, hem psikolojik ve hem de organik faktörlerin etkisiyle ortaya çıkabilmektedir. Primer cinsel istek bozukluğu, cinsel isteğin hiç olmamasıdır. İkincil cinsel istek bozukluğu; cinsel isteğin daha önce olup sonraki zamanlarda sürekli azalması ya da olmamasıdır. Organik nedenleri; testosteron

seviyesinin azalması, tıbbi tedaviler, kronik hastalıklar, madde kullanımı, ve malnütrisyonudur. Psikolojik faktörler; ilişkide problemler, kişisel çekiciliğin kaybedilmesi, sevilen birinin kaybı ya da cinsel saldırı gibi durumsal bozukluklardır (Basson, 2005:291-300).

Erkeklerde cinsel fonksiyon bozukluğu sık görülen bir sağlık sorunudur. Fizyolojik cinsel yanıt süreci vasküler, hormonal, nörolojik ve psişik etkenlerin karşılıklı ve uyumlu etkileşimini gerektirmektedir. Bu etkenlerin olumsuz yönde etkilenmesi cinsel yanıt süreci bozarak cinsel işlev bozukluklarına neden olmaktadır (Sungur, 2004:1-7).

1.3.1.7. Erken Boşalma

Cinsel etkinlik esnasında erkeğin penetrasyon üzerinden yaklaşık bir dakika geçtikten sonra istem dışı olarak boşalması şeklinde tanımlanabilir. Erkeğin istem dışı boşalması cinsel etkinliklerinin %75-%100'lük kısmında görülüyorsa klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya neden olmaktadır.

Erkeklerde orgazm ve ejakulasyon eş zamanlı olmaktadır. Ereksiyon problemi olan erkeklerde orgazm olmadan ejakulasyon olabilmektedir. Ejakulasyonu kontrol eden sinirsel yapıların hasarı, bazı ameliyatlar, psikolojik faktörler, ilaç tedavisi, prostat enfeksiyonu, diyabet, myelit, spinalkord yaralanması gibi nedenlerden dolayı da ejakulasyon ve orgazm olmamaktadır (Jannini, 2002: 317-323). Erkeklerde orgazm bozukluğu % 2,5 oranında görülmektedir (Pryor, 2002: 87-95).

1.3.1.8. Maddenin/İlacın Yol Açtığı Cinsel İşlev Bozukluğu

Kişilerde herhangi bir farmakolojik tedavi sebebiyle klinik ölçüde sıkıntıya yol açabilecek cinsel işlev bozukluğu görülmesidir. Bu teşhisin konulması tetkik sonuçlarının değerlendirilmesi ile mümkündür.

İKİNCİ BÖLÜM

YÖNTEM

2.1.Evren Örneklem

Bu araştırmanın evrenini Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Polikliniğinde 18-60 yaş aralığındaki İleostomi ve Kolostomi ameliyatı olmuş ve herhangi bir psikolojik destek ve/veya tedavi almayan deney grubundan oluşmakta ve Kontrol grubu ise yine 18-60 yaş aralığındaki herhangi bir psikiyatrik tanı almamış katılımcılardan oluşmaktadır. Bu kişiler içinden seçilen deney grubu olarak 50 kişi ve kontrol grubu olarak 50 kişi de araştırmanın örneklemini oluşturmaktadır. Sayı olarak eşitlenen iki grup yaş eğitim düzeyi ve cinsiyet açısından da eşitlenmiştir.

2.2.Verilerin Toplanması

Araştırma verileri bizzat araştırmacı tarafından hastanedeki hastalara uygulanmıştır. Araştırmada veri toplamada kullanılan Veri toplama araçları; Bilgilendirilmiş Onam Formu, Sosyo Demografik Veri Formu, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği, Yaşam Kalitesi Formu, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği , Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği, Beden Algısı Ölçeğidir-*Vücut Kişi İlişki Testi'dir*

Sosyodemografik Veri Formu: Bu form, literatür bilgileri göz önüne alınarak araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Araştırmacı tarafından, katılımcılarla yüz yüze görüşülerek doldurulan form, yaş, cinsiyet, eğitim gibi sosyodemografik bilgileri içermektedir.

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) : BDE, Beck ve ark. tarafından (1978) geliştirilmiş ve Türkçe'ye uyarlaması Hisli (1988, 1989) tarafından yapılmıştır. Sağlıklı ve psikiyatrik hasta gruplarına uygulanan, kendini değerlendirme ölçeğidir. Amacı, depresyon yönünden riski belirlemek ve depresif belirtilerin düzeyini ve şiddet değişimini ölçmektir. Toplam 21 kendini değerlendirme ölçeği içeren bu form, dörtlü Likert tipi ölçüm sağlar. Her madde 0-3 arasında giderek artan puan alır ve toplam

puan bunların toplanması ile elde edilir. Toplam puanın yüksek olması depresyon şiddetinin yüksekliğini gösterir.

Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ). Beck ve ark. (1988) tarafından geliştirilmiş ve Türkçe'ye uyarlaması Ulusoy ve ark. (1993) tarafından yapılmıştır. Kendini değerlendirme ölçeğidir. Bireylerin yaşadığı anksiyete belirtilerinin sıklığının belirlenmesi amacıyla kullanılır. Likert (dereceler toplamı) tipi ölçüm sağlar. Yirmi bir belirti kategorisinin her birinde 4 seçenek bulunur. Her bir madde 0 ile 3 arasında puan alır. Ölçekten alınan puanın yüksekliği, bireyin yaşadığı anksiyetenin şiddetini gösterir.

Yaşam Kalitesi Ölçeği: SF-36' nın özelliklerinin başında bir kendini değerlendirme ölçeği olması gelmektedir. Ölçek 36 maddeden oluşmaktadır ve bunlar 8 boyutun ölçümünü sağlamaktadır; fiziksel fonksiyon (10 madde), sosyal fonksiyon (2 madde), fiziksel fonksiyonlara bağlı rol kısıtlılıkları (4 madde), emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları (3 madde), mental sağlık (5madde), enerji/vitalite (4 madde), ağrı (2 madde) ve sağlığın genel algılanması (5 madde)

Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (ACYÖ) :Kısa 5 başlıklı bir ölçektir ve cinsel işlevin beş temel bileşenini değerlendirmek için tasarlanmıştır. Bu bileşenler: uyarılma, tahrik olma, penis sertleşmesi/vajina ıslanması, orgazma ulaşma yeteneği ve orgazmdan alınan tatmin. ACYÖ'in erkek ve kadın versiyonları sertleşme/ıslanma ile ilgili soruda farklılık göstermektedir. 5 maddeden oluşan ACYÖ likert tipi bir ölçektir.

Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği (GRCDÖ):Ölçek, Rust ve Golombok tarafından geliştirilmiş, geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu yapılan analizlerle ortaya konulmuştur (Rust ve Golombok, 1986). Cinsel ilişkinin niteliğini ve cinsel fonksiyonları değerlendirmeye yönelik bir ölçüm aracıdır. Ölçek kadın ve erkekler için hazırlanmış iki form 28 madde ve 7 alt boyuttan oluşmaktadır.

Beden İmajı Ölçeği-Vücut/Kişi İlişkisi Testi (BİÖ): Bu test kişinin vücudu ile ilişki içinde olarak nasıl düşündüğü, hissettiği ve davrandığı ile ilgili soruları içermektedir. Bu testteki bazı maddeler fiziksel görüntüyle ilgili olsada diğerleri fiziksel aktivite ve sağlığı ilgilendirir.Kişinin vücuduyla olan ilişkisini anlamak için her maddenin nasıl tanımlayıcı olduğunu 0-4 arasındaki puanlarla belirlenir. Ancak ölçekle ilgili daha iyi geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarına ihtiyaç vardır.

2.3.Araştırma Soruları ve Hipotezler

Araştırma sayısal verilerin analizine bağılı olarak deney ve kontrol grubu verilerinin karşılaştırılması ve analizi gerçekleştirilerek aşağıda yer alan araştırma sorularını cevaplamayı ve araştırma sorularına yönelik hipotezlerin doğruluğunu tespit etmeyi hedeflemektedir. Araştırmanın bağımsız değişkeni olarak ileostomi ve kolostomi vakaları ele alınırken, bağımlı değişkenler, depresyon ve anksiyete belirtileri, yaşam kalitesi, beden imajı algısı ve cinsel işlevselliktir.

Araştırma Sorusu 1: İleostomi ve Kolostomi ameliyatı ile depresyon belirtileri arasındaki ne tür bir ilişki vardır?

HA₁: İleostomi ve Kolostomi ameliyatı olan grubun depresyon belirtileri gösterme eğilimi kontrol grubuna göre daha yüksektir şeklinde hipotez edilmiştir..

Araştırma Sorusu 2: İleostomi ve Kolostomi ameliyatı olan grubun cinsel işlevsellik düzeyi incelendiğinde, İleostomi ve Kolostomi ameliyatı ile cinsel işlev bozukluğu arasında ne tür bir ilişki vardır?

HA₂: İleostomi/kolostomi ameliyatı olan grubun cinsel işlev bozukluğu olma eğilimi kontrol grubuna göre daha yüksektir şeklinde hipotez edilmiştir.

Araştırma Sorusu 3: İleostomi ve Kolostomi ameliyatı olan grubun anksiyete belirtileri incelendiğinde, ileostomi/kolostomi ameliyatı ile anksiyete belirtileri arasında ne tür bir ilişki vardır?

HA₃: İleostomi/kolostomi ameliyatı olan grubun anksiyete belirtileri gösterme eğilimi kontrol grubuna göre daha yüksektir şeklinde hipotez edilmiştir.

Araştırma Sorusu 4: İleostomi ve Kolostomi ameliyatı olan grubun yaşam doyumu incelendiğinde, ileostomi/kolostomi ameliyatı ile yaşam kalitesi arasında ne tür bir ilişki vardır?

HA₄: İleostomi/kolostomi ameliyatı olan grubun yaşam kalitesi kontrol grubuna göre daha düşüktür şeklinde hipotez edilmiştir.

Araştırma Sorusu 5: İleostomi ve Kolostomi ameliyatı olan grubun beden imajı algısı incelendiğinde, ileostomi/kolostomi ameliyatı ile beden imajı algısı bozukluğu arasındaki ne tür bir ilişki vardır?

HA₅: İleostomi/kolostomi ameliyatı olan grubun beden imajı algısı bozukluğu gösterme eğilimi kontrol grubuna göre daha yüksektir şeklinde hipotez edilmiştir.

2.4. Verilerin Analizi:

Bu araştırmada toplanan veriler SPSS 22 programına girilerek analiz edilmiştir. Veri analizinde sosyo demografik değişkenlerin tanımlayıcı istatistikleri alınarak tablolandırılmıştır. Sosyo demografik değişkenlerle ölçek alt boyutları arasındaki ilişkiyi tespit etmek için bağımsız örneklem t testi ve varyans (ANOVA) analizi kullanılmıştır. Ölçek alt boyutları arasındaki ilişkiyi araştırmak için korelasyon analizi yapılmıştır.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

3.1.Sosyo Demografik Değişkenlerin Betimleyici İstatistikleri

Tablo 1.Sosyodemografik değişkenlerin betimleyici istatistikleri

Not: P= 0.05

	Hasta Grubu (n = 50)	Kontrol Grubu (n = 50)	P
Yaş grupları (Ort ± SS, n, %)			
30 yaş ve altı	6, %12	5, %10	0.625 >
31-40 yaş arası	7, %14	12, %24	
41-50 yaş arası	12, %24	12, %24	
51 yaş ve üzeri	25, %50	21, %42	
Cinsiyet (Ort ± SS, n, %)			
Erkek	25, %50	25, %50	0.579 >
Kadın	25, %50	25, %50	
Eğitim düzeyi (Ort ± SS, n, %)			
Okur-yazar	5, %10	0,%0	0.208 >
İlkokul	22, %44	20, %40	
Ortaokul	9, %18	12, %24	
Lise	7, %14	12, %24	
Üniversite	5, %10	5, %10	
Lisansüstü	2, %4	1, %2	
Medeni durum (Ort ± SS, n, %)			
Evli	44, %88	46, %92	0.561 >
Bekâr	5, %10	4, %8	
Dul/Boşanmış	1, %2	0,%0	
Kardeş Sayısı (Ort± SS, n, %)			
3'ten az	6, %12	24, %48	0.001 <
4 veya 5	25, %50	16, %32	
6 veya 7	18, %36	9, %18	
7'den fazla	1, %2	1, %2	
Çocuk Sayısı (Ort ± SS, n, %)			
2 ve 2'den az	21, %42	39, %78	0.001 <
3 ve 3'ten fazla	29, %58	11, %22	

- **Tablo incelendiğinde**
- Örneklem oluşturmak için oluşturulan hasta ve sağlıklı grup yaş eğitim ve cinsiyet açısından eşitlenmiştir. Belirtilen değişkenlerin eşitlenmesinden dolayı herhangi bir fark saptanmamıştır. Araştırmaya katılanların %50'si kadınlardan, %50'si de erkeklerden oluşmaktadır.
- Araştırmaya katılanların %11'i 30 yaşın altında , %19' u 30 ve 40 yaşları arasında, %24'ü 40 ve 50 yaşları arasında iken %46'sı 50 yaşın üzerindedir. Hastalığın en çok gözleendiği yaş grubu 50 yaşın üzerindeki grup, en az gözleendiği ise 30 yaş ve altı grubun olduğu görülmektedir. Ayrıca hesaplanan p değeri incelendiğinde $p=0,625 > 0,05$ olduğundan yaş grupları değişkeni ile hastalığın mevcut olup olmaması değişkeni arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.
- Araştırmaya katılanların medeni durumu bakımından %90'ı evli, %9' u bekar ve %1'i dul/boşanmış olarak gözlenmiştir. Ayrıca medeni durumu evli olan katılımcıların %51,1'i sağlıklı grupta iken %48,9'u hasta grubundadır. Bekar olan katılımcıların %44,4'ü sağlıklı iken %55,6'sı hasta grubundadır. Ayrıca ilişki değeri incelendiğinde $p = 0,561 > 0,05$ olduğundan medeni durum değişkeni ile hastalığın mevcut olup olmaması değişkeni arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.
- Araştırmaya katılanların eğitim seviyeleri bakımından %42'sinin ilkokul, %21'inin ortaokul, %19'unun lise, %10'unun üniversite ve %3'ünün lisansüstü seviyede olduğu gözlenmiştir. En çok hastalığın karşılaşıldığı grubun eğitim seviyesi ilkokul olduğu görülmektedir. Ayrıca tabloda hesaplanan p-değeri incelendiğinde $p = 0,208 > 0,05$ olduğundan eğitim seviyesi değişkeni ile hastalığın mevcut olup olmaması değişkeni arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.
- Araştırmaya katılanların %60'ı 2 ve daha az sayıda çocuğa sahip iken %40'ı 2'den fazla sayıda çocuğa sahiptir. Çocuk sayısı 3 ve 3'ten daha fazla olan kişilerin %58 frekansıyla daha çok hasta grubunda karşılaşılmıştır. Tabloda hesaplanan p-değeri incelenirse $p=0,01 < 0,05$ olduğundan çocuk sayısı değişkeni ile hastalığın mevcut olup olmaması değişkeni arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

- Araştırmaya katılanların kardeş sayısı değişkeni bakımından sonuçları incelendiğinde %30'unun 3ten az, %41'inin 3 ve 5 arasında, %27'sinin 5 ve 7 arasında, %2'sinin ise 7'den fazla olduğu gözlenmiştir. Hasta grubunda en çok karşılaşılan 4 veya 5 kardeşi olan katılımcılardır. Ayrıca hesaplanan p-değeri incelendiğinde $p=0,01 < 0,05$ olduğundan kardeş sayısı değişkeni ile hastalığın mevcut olup olmaması değişkeni arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

Tablo 2. İleostomi/Kolostomi hastalarının hastalığa ilişkin bilgileri.

	Hasta Grubu (n=50)
Hastalık tanı süresi (Ort ± SS, n, %)	1.72 ± 1.37
1 yıldan az	31, %62
2 veya 3 yıl	14, %28
4 veya 5 yıl	1, %2
10 yıl ve daha fazla	4, %8
Kemoterapi görülme durumu (Ort ± SS, n, %)	1.40 ± 0.49
Kemoterapi alan	30, %60
Kemoterapi almayan	20, %40
Aile Desteği Durumu (Ort ± SS, n, %)	2.79 ± 0.45
Kötü	2, %4
Orta	8, %16
İyi	40, %80
Hastalıkla ilgili bilgilendirmeyi yapan kişi (Ort ± SS, n, %)	1.14 ± 0.49
Doktor	46, %92
Hemşire	1, %2
Aile	3, %6
Yapılan Bilgilendirmenin yeterliliği (Ort ± SS, n, %)	1.40 ± 0.49
Bilgilendirme yeterli	30, %60
Bilgilendirme yeterli değil	20, %40

Hastalık Tanı Süresi, Kemoterapi Görme durumu, Aile Desteği, Hastalıkla İlgili Bilgilendirilme, Yapılan Bilgilendirilmenin Yeterliliği durumlarına ilişkin değerlerin verildiği tabloya göre;

- Araştırmaya katılan hasta katılımcıların hastalığın tanısının konulma süresinin; %62'sinde 1 yıldan az, %28'inde 2-3 yıl arasında, %2'sinde 4-5 yıl arasında, %8'inde ise 10 yıldan fazla olduğu görülmektedir.
- Araştırmaya katılan katılımcıların tedavi sürecinde %60'ının kemoterapi gördüğü, %40'ının ise görmediği görülmektedir.
- Örnekleme alınan hasta katılımcıların yanıtları temel alınarak ailelerinden gördükleri destek durumu incelendiğinde; %4'ünün kötü, %16'sının orta, %80'inin ise iyi düzeyde destek gördükleri gözlenmiştir.
- Hasta katılımcılara, hastalıkla ilgili bilgilendirme yapan kişilere ilişkin frekanslara göre; %92'sinin doktordan, %2'sinin hemşireden, %6'sının ise ailesinden bilgi sahibi olduğu görülmektedir.
- Katılımcılara yapılan bilgilendirmenin yeterliliği hususuna ilişkin yöneltilen sorularda; %60'ı bilgilendirmenin yeterli olduğunu, %40'ının ise bilgilendirmenin yeterli olmadığını belirtmiştir.

3.2. Ölçek Alt Boyutlarının betimleyici istatistikleri

Tablo 3. Ölçeklerin ve alt boyutlarının betimleyici istatistikleri

	Hasta Grubu (n = 50)	Kontrol Grubu (n = 50)	P
Beck Depresyon Ölçeği (Ort ± SS, n, %)	0.80 ± 1.01	0.66 ± 1.02	
Depresif Belirtisi Olmayan	26, %52	32, %64	
Hafif Depresif Belirti	13, %26	8, %16	
Orta Düzey Depresif Belirti	6, %12	5, %10	
Yüksek Düzey Depresif Belirti	5, %10	5, %10	0.59
Beck Anksiyete Ölçeği (Ort ± SS, n, %)	1.02 ± 0.24	1.04 ± 0.53	
Hafif Anksiyete Belirti	1, %2	6, %12	
Orta Düzey Anksiyete Belirti	47, %94	36, %72	0.01
Yüksek Düzey Anksiyete Belirti	2, %4	8, %16	
ACY Ölçeği (Ort ± SS, n, %)	1.62 ± 1.15	1.20 ± 0.98	
Cinsel işlev bakımından sağlıklı	8, %16	12, %24	
Çok düşük düzeyde cinsel işlev bozukluğu	17, %34	23, %46	
Düşük düzeyde cinsel işlev bozukluğu	16, %32	9, %18	0.16
Orta düzeyde cinsel işlev bozukluğu	4, %8	5, %10	
Yüksek düzeyde cinsel işlev bozukluğu	5, %10	1, %2	
Golombuk-Rust Ölçeği Sıklık (Ort ± SS, n, %)	0.68 ± 0.47	0.70 ± 0.46	
Seyrek cinsel ilişki	34, %68	15, %30	0.01
Sık cinsel ilişki	16, %32	35, %70	

Golombuk-Rust Ölçeği İletişim (Ort ± SS, n, %)	0.68 ± 0.47	0.80 ± 0.40	
Cinsel ilişkide düşük iletişim	16, %32	10, %20	0.12
Cinsel ilişkide yüksek iletişim	34, %68	40, %80	
Golombuk-Rust Ölçeği Doyum (Ort ± SD, n, %)	0.66 ± 0.47	0.88 ± 0.32	
Cinsel ilişkide düşük düzeyde doyum	17, %34	6, %12	0.08
Cinsel ilişkide yüksek düzeyde doyum	33, %66	44, %88	
Golombuk-Rust Ölçeği Kaçınma (Ort ± SS, n, %)	0.52 ± 0.50	0.40 ± 0.19	
Cinsel ilişkiden az kaçınma veya kaçınmama	24, %48	48, %96	0.01
Cinsel ilişkiden kaçınma	26, %52	2, %4	
Golombuk-Rust Ölçeği Dokunma (Ort ± SS, n, %)	0.840 ± 0.3703	0.92 ± 0.27	
Cinsel ilişkide düşük düzey dokunma isteği	8, %16	4, %8	0.17
Cinsel ilişkide yüksek düzey dokunma isteği	42, %84	46, %92	
Golombuk-Rust Ölçeği Vajinismus (Ort ± SS, n, %)	0.080 ± 0.2768	0.48 ± 0.50	
Vajinismus görülme durumu	23, %46	13, %26	0.02
Vajinismus görülmemesi durumu	2, %4	12, %24	
Golombuk-Rust Ölçeği Anorgazmi (Ort ± SS, n, %)	0.60 ± 0.50	0.76 ± 0.43	
Anorgazmi görülme durumu	10, %20	6, %12	0.18
Anorgazmi görülmemesi durumu	15, %30	19, %38	
Golombuk-Rust Ölçeği Empotans (Ort ± SS, n, %)	1.00 ± 0.00	0.92 ± 0.27	
Empotans görülme durumu	0, %0	2, %4	0.14
Empotans görülmemesi durumu	25, %50	23, %46	
Golombuk-Rust Ölçeği Erken Boşalma (Ort ± SS, n, %)	0.48 ± 0.50	0.52 ± 0.50	
Erken boşalma görülme durumu	13, %26	12, %24	0.50
Erken boşalma görülmemesi durumu	12, %24	13, %26	
SF36- Yaşam Kalitesi Ölçeği Fiziksel Sağlık (Ort ± SS, n, %)	0.18 ± 0.38	0.72 ± 0.45	
Fiziksel sağlığın kötü olma durumu	41, %82	14, %28	0.03
Fiziksel sağlığın iyi olma durumu	9, %18	36, %72	
SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Ruhsal Sağlık (Ort ± SS, n, %)	0.20 ± 0.40	0.52 ± 0.50	
Ruhsal sağlığın kötü olma durumu	40, %80	24, %48	0.01
Ruhsal sağlığın iyi olma durumu	10, %20	26, %52	
Vücut/Kişi İlişkisi Ölçeği (Ort ± SD, n, %)	0.84 ± 0.37	0.66 ± 0.47	
Özsaygının düşük olma durumu	8, %16	17, %34	0.04
Özsaygının yüksek olma durumu	42, %84	33, %66	

- **Tablo İncelendiğinde;**

- Araştırmaya katılanların Beck Depresyon Ölçeği bakımından sonuçları incelendiğinde; hasta grubunun %52'si, kontrol grubunun %64'ü depresyon puanlarının düşük olduğu görülmektedir. Ayrıca, tabloda hesaplanan p-değeri incelendiğinde $p = 0,59 > 0,05$ olduğundan Beck Depresyon Ölçeği değişkeni ile hastalığın mevcut olup olmaması değişkeni arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.
- Araştırmaya katılanların Beck Anksiyete Ölçeği bakımından sonuçlarına bakıldığında; hasta grubun %94'ünde, kontrol grubunun ise %72'sinde orta düzey anksiyete belirtisi gözlenmektedir. Ayrıca tabloda hesaplanan p-değeri incelendiğinde $p = 0,01 < 0,05$ olduğundan Beck Anksiyete Ölçeği değişkeni ile hastalığın mevcut olup olmaması değişkeni arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır.
- Araştırmaya katılanlar Arizona Cinsel Yaşantı Ölçeği bakımından sonuçları incelendiğinde; hasta grubunun %16'sının, kontrol grubunun ise %24'ünün cinsel işlev bakımından sağlıklı olduğu görülmektedir. Tam tersi durum ise hasta grubunda %10, kontrol grubunda ise %2 frekansı ile yüksek düzeyde cinsel işlev bozukluğu görülmektedir. Ayrıca tabloda hesaplanan p-değeri incelendiğinde $p = 0,16 > 0,05$ olduğundan Arizona Cinsel Yaşantı Ölçeği değişkeni ile hastalığın mevcut olup olmaması değişkeni arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.
- Araştırmaya katılanların ifadeleri temel alınarak Golombuk-Rust ölçeği alt boyutu olan cinsel ilişkide bulunma sıklığı bakımından sonuçları incelendiğinde; hasta grubun %68'sinde, kontrol grubun %30'unda seyrek sıklıkta cinsel ilişkide buldukları görülmektedir. Ayrıca tabloda hesaplanan p-değeri incelendiğinde $p = 0,01 < 0,05$ olduğundan haftalık cinsel ilişkide bulunma sıklığı değişkeni ile hastalığın mevcut olup olmaması değişkeni arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır.
- Araştırmaya katılanların cinsel ilişki esnasında iletişim kurma sıklığı değişkenine ilişkin puanların ortalaması incelendiğinde; hasta grubun %68'i, kontrol grubunun %80'inin cinsel ilişki esnasında yüksek iletişim kurduğu görülmektedir. Ayrıca tabloda hesaplanan p-değerine bakıldığında $p=0,12 >$

0,05 olduğundan cinsel ilişki esnasında iletişim kurma puanı ortalaması değişkeni ile hastalığın mevcut olup olmaması değişkeni arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

- Araştırmaya katılanların cinsel doyum değişkenine ilişkin puanların ortalaması incelendiğinde; hasta grubun %66'sının, kontrol grubunun %88'inin cinsel doyuma ulaştıkları görülmektedir. Ayrıca tabloda hesaplanan p-değeri incelendiğinde $p = 0,01 < 0,05$ olduğundan cinsel doyum değişkeni ile hastalığın mevcut olup olmaması değişkeni arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Kontrol grubunun hasta gruba göre daha çok doyuma ulaştıkları saptanmıştır.
- Araştırmaya katılanların cinsel ilişkide bulunmaktan kaçınma değişkenine ilişkin puan ortalamaları incelendiğinde; hasta grubun %52'sinin cinsel ilişkiden kaçındığı, kontrol grubunun %96'sının cinsel ilişkiden kaçınmadığı görülmektedir. Ayrıca tabloda hesaplanan p-değeri incelendiğinde $p = 0,01 < 0,05$ olduğundan cinsel ilişkide bulunmaktan kaçınma değişkeni ile hastalığın mevcut olup olmaması değişkeni arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Sonuçlar doğrultusunda, hasta grubun kontrol gruba göre daha çok cinsel ilişkiden kaçındığı saptanmıştır.
- Araştırmaya katılanların cinsel ilişkide bulunma esnasında dokunma değişkenine ilişkin puan ortalamaları incelendiğinde; kontrol grubun %92'sinin, hasta grubun %84'ünün cinsel ilişkide dokunmaktan hoşlandığını belirttiği görülmektedir. Ayrıca tabloda hesaplanan p-değeri incelendiğinde, $p = 0,17 > 0,05$ olduğundan cinsel ilişkide bulunma esnasında dokunma değişkeni ile hastalığın mevcut olup olmaması değişkeni arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.
- Araştırmaya katılan kadınların vajinismus belirtileri değişkenine ilişkin puan ortalamaları incelendiğinde; hasta kadın grubunun %92'sinde, kontrol kadın grubunun %52'sinde vajinismus belirtisi görülmektedir. Ayrıca tabloda hesaplanan p-değeri incelendiğinde $p = 0,02 < 0,05$ olduğundan vajinismus değişkeni ile hastalığın mevcut olup olmaması değişkeni arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Sonuçlar doğrultusunda, hasta kadın grubunda kontrol kadın grubuna göre daha çok vajinismus görülme belirtisi saptanmaktadır.

- Araştırmaya katılan kadınların anorgazmi değişkenine ilişkin puan ortalamaları incelendiğinde; hasta kadın grubunun %40'ında, kontrol kadın grubunun %24'ünde anorgazmi görülme belirtileri gözlenmiştir. Ayrıca tabloda hesaplanan p-değeri incelendiğinde $p = 0,18 > 0,05$ olduğundan ileostomi/kolostomi operasyonu ile anorgazmi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.
- Araştırmaya katılan erkeklerin empotans değişkenine ilişkin puan ortalamaları incelendiğinde; hasta erkek grubunun %100'ünde, kontrol erkek grubunun ise %92'sinde empotans belirtisi görülmemiştir. Ayrıca tabloda hesaplanan p-değeri incelendiğinde $p = 0,14 > 0,05$ olduğundan ileostomi/kolostomi operasyonu ile empotans arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.
- Araştırmaya katılan erkeklerin erken boşalma değişkenine ilişkin puanların ortalamaları incelendiğinde; hasta erkek grubunun %52'sinde, kontrol erkek grubunun ise %48'inde erken boşalma belirtileri gözlenmiştir. Ayrıca tabloda hesaplanan p-değeri incelendiğinde $p = 0,50 > 0,05$ olduğundan ileostomi/kolostomi operasyonu ile erken boşalma arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır.
- Yaşam Kalitesi Formuna ilişkin yapılan puanlamaların ortalaması sonucuna göre araştırmaya katılan katılımcıların; hasta grubunun %82'si fiziksel sağlık durumlarının kötü olduğunu, kontrol grubunun ise %72'si fiziksel sağlığının iyi olduğunu belirtmiştir. Ayrıca tabloda hesaplanan p-değeri incelendiğinde $p = 0,03 < 0,05$ iki değişken arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Bu durum, hasta grubunun kontrol grubuna göre daha çok fiziksel sağlığının kötü olduğunu belirttiği şeklinde açıklanabilir.
- Yaşam Kalitesi Formuna ilişkin yapılan puanlamaların ortalaması sonucuna göre araştırmaya katılan katılımcıların; hasta grubunda bulunanların %80'i, kontrol grubunda bulunanların %48'i ruhsal sağlığının kötü olduğunu belirtmişlerdir. Ayrıca tabloda hesaplanan p-değeri incelendiğinde $p=0,01<0,05$ olduğundan Ruh Sağlığı değişkeni ile hastalığın mevcut olup olmaması değişkeni arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Bu durumda, kontrol grubunun hasta grubuna göre ruhsal sağlıklarının daha iyi olduğu şeklinde açıklanabilir.

- Araştırmaya katılanların Vücut/Kişi İlişkisi değişkenine ilişkin puan ortalamaları incelendiğinde; hasta grubun %84'ünün, kontrol grubunun %66'sının özsaygısının yüksek olduğu gözlenmiştir. Ayrıca tabloda hesaplanan p-değeri incelendiğinde $p = 0,04 < 0,05$ olduğundan Vücut/Kişi İlişkisi ile ileostomi/kolostomi arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Bu durumda, psikolojik destek ve/veya tedavi almayan hasta grubunun kontrol grubuna göre kendine daha çok saygı duyduğu söylenilebilir.

3.3.Ölçekler ve Sosyodemografik Değişkenler Arasındaki İlişkiler

Ölçeklerin normallik testinin incelenmesinin ardından yapılacak olan analizlerde parametrik olmayan testlerin kullanılması uygun görülmüştür. Bunun sonucunda iki bağımsız örneklem testi olarak Mann-Whitney U uygulanmıştır. İstatistiksel olarak anlamlı bulunan analizler aşağıda verilmiştir.

Tablo 4. Kontrol ve hasta grubu ile Golombuk-Rust ölçeği alt boyutlarının karşılaştırılması.

		n	Ort	P
Sıklık	Kontrol	50	50	0.83
	Hasta	50	50	
İletişim	Kontrol	50	52.5	0.17
	Hasta	50	47.5	
Doyum	Kontrol	50	56	0.09
	Hasta	50	44	
Kaçınma	Kontrol	50	37.5	0.01
	Hasta	50	62.5	
Dokunma	Kontrol	50	52.5	0.22
	Hasta	50	47.5	
Vajinismus	Kontrol	25	20.5	0.02
	Hasta	25	29.5	
Anorgazmi	Kontrol	25	26.5	0.23
	Hasta	25	23.5	
Empotans	Kontrol	25	24.5	0.15
	Hasta	25	25.5	
Erken Boşalma	Kontrol	25	26	0.77
	Hasta	25	24	

Tablo incelendiğinde; Golombuk-Rust alt boyutlarının puanları incelenerek, uygulanan Mann-Whitney U testi ile yapılan analiz sonucunda aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu gruplar tabloda belirtilmiştir. Elde edilen sonuçlar doğrultusunda; cinsel doyum değişkenine ilişkin sağlıklı kontrol grubunun ortalaması 56 iken, hasta grubun ortalaması 44 olarak gözlenmiş ve buna bağlı olarak kontrol grubunun daha çok cinsel doyuma ulaştığı saptanmıştır. Cinsel birleşmeden kaçınma değişkenine ilişkin kontrol grubu ortalaması 37,5 hasta grubun ortalaması 62,5 olarak gözlenmiş ve buna bağlı olarak hasta grubun daha çok cinsel ilişkiden kaçındığı saptanmıştır. Vajinismus değişkenine ilişkin kadın kontrol grubunun ortalaması 20,5 kadın hasta grubunun ortalaması 29,5 olarak gözlenmiş ve buna bağlı olarak hasta kadın grubunda daha çok vajinismus görüldüğü saptanmıştır.

Tablo 5. Kontrol ve hasta grubu ile SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeği alt boyutlarının karşılaştırılması

		N	Ort	P
Fiziksel Sağlık	Kontrol	50	64	0.01
	Hasta	50	37	
Ruh Sağlığı	Kontrol	50	58.5	0.01
	Hasta	50	42.5	

Tablo incelendiğinde; Yaşam Kalitesi Formuna ilişkin yapılan puanlamaların ortalaması sonucuna göre Fiziksel Sağlık değişkenine ilişkin kontrol grubunun ortalaması 64, hasta grubun ortalaması 37 olarak gözlenmiştir. Ayrıca tabloda hesaplanan p-değeri incelendiğinde $p = 0,01 < 0,05$ olduğundan Fiziksel Sağlık değişkeni ile hastalığın mevcut olup olmaması arasında anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır. Kontrol grubunun fiziksel sağlık değişkenine ilişkin ortalamasının hasta gruba ilişkin ortalamadan yüksek olması buna bağlıdır. Aynı şekilde Ruh Sağlığı değişkenine ilişkin kontrol grubunun ortalaması 58,5 hasta grubun ortalaması 42,5 olarak gözlenmiştir. Ayrıca tabloda hesaplanan p-değeri incelendiğinde $p = 0,01 < 0,05$ olduğundan Ruh Sağlığı ve hastalığın mevcut olup olmaması arasında anlamlı bir farklılığın olduğu saptanmıştır. Kontrol grubunun ruh sağlığı değişkenine ilişkin ortalamasının hasta gruba ilişkin ortalamadan yüksek olması buna bağlıdır.

Tablo 6. Kontrol ve hasta grubu ile Arizona Cinsel Yaşantılar ölçeği karşılaştırılması.

		n	Ort	P
ACYÖ	Kontrol	50	45.24	0.04
	Hasta	50	55.76	

Tablo incelendiğinde; Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeğine ilişkin yapılan puanlamaların ortalaması sonucuna göre ACYÖ Ölçeği değişkenine ilişkin kontrol grubunun ortalaması 45,24 hasta grubun ortalaması 55,76 olarak gözlenmiştir. Ayrıca tabloda hesaplanan p-değeri incelendiğinde $p = 0,04 < 0,05$ olduğundan ACYÖ Ölçeği değişkeni ile hastalığın mevcut olup olmaması arasında anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır.

Tablo 7. Kontrol ve hasta grubu ile Beden İmajı Ölçeği - Vücut/Kişi İlişkisi Testi alt ölçeğinin karşılaştırılması

		n	Ort	P
Vücut/Kişi İlişkisi Ölçeği	Kontrol	50	45.00	0.03
	Hasta	50	55.00	

Tablo incelendiğinde; Beden İmajı Ölçeği alt ölçeği olan Vücut/Kişi İlişkisi Testine ilişkin yapılan puanlamaların ortalaması sonucuna göre değişkene ilişkin kontrol grubunun ortalaması 45, hasta grubun ortalaması 55 olarak gözlenmiştir. Ayrıca tabloda hesaplanan p-değeri incelendiğinde $p = 0,03 < 0,05$ olduğundan Vücut/Kişi İlişkisi Ölçeği değişkeni ile hastalığın mevcut olup olmaması arasında anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır.

Tablo 8. Kontrol ve hasta grubu ile SF-36 alt boyutları karşılaştırılması

		n	Ort	P
Fiziksel Fonksiyon	Kontrol	50	64.47	0.01
	Hasta	50	35.53	
Fiziksel Rol	Kontrol	50	70.85	0.01
	Hasta	50	29.15	
Vücut Ağrısı	Kontrol	50	45.22	.0.13
	Hasta	50	54.78	
Genel Sağlık	Kontrol	50	62.69	0.01
	Hasta	50	37.31	
Canlılık	Kontrol	50	59.89	0.01
	Hasta	50	40.11	
Sosyal Fonksiyon	Kontrol	50	56.14	0.48
	Hasta	50	43.86	
Emosyonel Rol	Kontrol	50	66.53	0.01
	Hasta	50	33.47	
Ruh Sağlığı	Kontrol	50	58.98	0.03
	Hasta	50	41.02	

Tablo incelendiğinde, Yaşam Kalitesi Formunun alt gruplarına ilişkin yapılan puanlamaların ortalaması sonucuna göre yapılan analiz sonucunda; Fiziksel Fonksiyon değişkenine ilişkin p-değeri $p = 0,01 < 0,05$ olarak hesaplandığından Fiziksel Fonksiyon değişkeni ile hastalığın mevcut olup olmaması durumu arasında anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır. Kontrol grubunun Fiziksel Fonksiyon değişkenine ilişkin ortalaması 64,47 hasta grubun ortalamasının 35,53 olarak hesaplanmış ve kontrol grubunun ortalamasının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Fiziksel Rol değişkenine ilişkin p-değeri $p = 0,01 < 0,05$ olarak hesaplandığından Fiziksel Rol değişkeni ile hastalığın mevcut olup olmaması durumu arasında anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır. Ortalama değerlerine bakıldığında kontrol grubunun Fiziksel Rol değişkenine ilişkin ortalaması 70,85 hasta grubun ortalamasının 29,15 olarak hesaplanmış ve kontrol grubunun ortalamasının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Vücut Ağrısı değişkenine ilişkin p-değeri $p=0,13>0,05$ olarak hesaplandığından Fiziksel Rol değişkeni ile hastalığın mevcut olup olmaması

durumu arasında anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır. Genel Sağlık değişkenine ilişkin p-değeri $p = 0,01 < 0,05$ olarak hesaplandığından Genel Sağlık değişkeni ile hastalığın mevcut olup olmaması durumu arasında anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır. Kontrol grubunun Genel Sağlık değişkenine ilişkin ortalaması 62,69, hasta grubun ortalamasının 37,31 olarak hesaplanmış ve kontrol grubunun ortalamasının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Canlılık değişkenine ilişkin p-değeri $p=0,01<0,05$ olarak hesaplandığından Canlılık değişkeni ile hastalığın mevcut olup olmaması durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubunun Canlılık değişkenine ilişkin ortalaması 59,89 hasta grubun ortalamasının 40,11 olarak hesaplanmış ve kontrol grubunun ortalamasının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Sosyal Fonksiyon değişkenine ilişkin p-değeri $p=0,04<0,05$ olarak hesaplandığından Sosyal Fonksiyon değişkeni ile hastalığın mevcut olup olmaması durumu arasında anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır. Kontrol grubunun Sosyal Fonksiyon değişkenine ilişkin ortalaması 56,14 hasta grubun ortalamasının 43,86 olarak hesaplanmış ve kontrol grubunun ortalamasının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Emosyonel Rol değişkenine ilişkin p-değeri $p = 0,01 < 0,05$ olarak hesaplandığından Emosyonel Rol değişkeni ile hastalığın mevcut olup olmaması durumu arasında anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır. Kontrol grubunun Emosyonel Rol değişkenine ilişkin ortalaması 66,53 hasta grubun ortalamasının 33,47 olarak hesaplanmış ve kontrol grubunun ortalamasının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ruh Sağlığı değişkenine ilişkin p-değeri $p = 0,01 < 0,05$ olarak hesaplandığından Ruh Sağlığı değişkeni ile hastalığın mevcut olup olmaması durumu arasında anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır. Kontrol grubunun Ruh Sağlığı değişkenine ilişkin ortalaması 58,98 hasta grubun ortalamasının 41,02 olarak hesaplanmış ve kontrol grubunun ortalamasının daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Tablo 9. Ölçekler ve ölçek alt boyutları arasındaki korelasyon analizi.

		Beck Depresyon	Beck anksiyete	ACYÖ	Sıklık	İletişim	Doyum	Kaçınma	Dokunma
Beck Depresyon	R	1	.405**	.247*	-.115	-.204*	-.217*	.255*	-.129
	P		.000	.013	.254	.042	.030	.010	.200
	N	100	100	100	100	100	100	100	100
Beck anksiyete	R	.405**	1	.174	-.056	-.068	-.076	-.045	-.123
	p	.000		.084	.578	.504	.454	.653	.224
	N	100	100	100	100	100	100	100	100
ACYÖ	r	.247*	.174	1	.034	-.448**	-.318**	.461**	-.370**
	p	.013	.084		.737	.000	.001	.000	.000
	N	100	100	100	100	100	100	100	100
Sıklık	r	-.115	-.056	.034	1	.096	.045	.081	.152
	p	.254	.578	.737		.344	.659	.424	.132
	N	100	100	100	100	100	100	100	100
İletişim	r	-.204*	-.068	-.448**	.096	1	.434**	-.443**	.342**
	p	.042	.504	.000	.344		.000	.000	.000
	N	100	100	100	100	100	100	100	100
Doyum	r	-.217*	-.076	-.318**	.045	.434**	1	-.347**	.310**
	p	.030	.454	.001	.659	.000		.000	.002
	N	100	100	100	100	100	100	100	100
Kaçınma	r	.255*	-.045	.461**	.081	-.443**	-.347**	1	-.318**
	p	.010	.653	.000	.424	.000	.000		.001
	N	100	100	100	100	100	100	100	100
Dokunma	r	-.129	-.123	-.370**	.152	.342**	.310**	-.318**	1
	p	.200	.224	.000	.132	.000	.002	.001	
	N	100	100	100	100	100	100	100	100
Vajinismus	r	.074	-.043	-.299*	.091	.236	-.023	-.440**	-.056
	p	.610	.766	.035	.528	.098	.876	.001	.701
	N	50	50	50	50	50	50	50	50
Anorgazmi	r	-.039	-.042	-.469**	-.046	.140	.503**	-.285*	.237
	p	.788	.774	.001	.752	.332	.000	.045	.098
	N	50	50	50	50	50	50	50	50
Empotans	r	.121	-.021	-.014	-.147	-.075	-.075	.082	-.052
	p	.404	.888	.922	.310	.603	.603	.570	.722
	N	50	50	50	50	50	50	50	50
Erken Boşalma	r	.224	.201	.023	-.042	-.123	-.123	.288*	.084
	p	.118	.162	.872	.771	.394	.394	.042	.561
	N	50	50	50	50	50	50	50	50
Fiziksel Sağlık	r	-.336**	-.213*	-.267**	.041	.170	.112	-.385**	.272**
	p	.001	.034	.007	.683	.092	.266	.000	.006
	N	100	100	100	100	100	100	100	100
Ruh Sağlığı	r	-.398**	-.156	-.015	.052	.302**	.212*	-.236*	.085
	p	.000	.121	.886	.606	.002	.034	.018	.403
	N	100	100	100	100	100	100	100	100
Vücut/Kişi İlişkisi	r	-.246*	-.126	-.080	.062	.026	.014	.103	.142
	p	.014	.210	.431	.537	.795	.892	.308	.158
	N	100	100	100	100	100	100	100	100

Yukarıdaki tablo incelendiğinde ölçekler arasındaki korelasyona dair yapılan analiz sonuçları aşağıdaki gibidir:

Beck Depresyon Ölçeği;

- Vücut/Kişi İlişkisi Ölçeği ile arasında negatif yönlü anlamlı ilişki vardır.
($r = -0,246$)
- Ruh Sağlığı Alt Ölçeği ile arasında negatif yönlü anlamlı ilişki vardır.
($r = -0,398$)
- Fiziksel Sağlık Alt Ölçeği ile arasında negatif yönlü anlamlı ilişki vardır.
($r = -0,336$)
- İletişim Alt Ölçeği ile arasında negatif yönlü anlamlı ilişki vardır.
($r = -0,204$)
- Doğum Ölçeği ile arasında negatif yönlü anlamlı ilişki vardır.
($r = -0,217$)
- Beck Anksiyete Ölçeği ile arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki vardır.
($r = +0,405$)
- ACYÖ Ölçeği ile arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki vardır.
($r = +0,247$)

ACYÖ Ölçeği;

- İletişim Alt Ölçeği ile arasında negatif yönlü anlamlı ilişki vardır.
($r = -0,448$)
- Doğum Ölçeği ile arasında negatif yönlü anlamlı ilişki vardır.
($r = -0,318$)
- Dokunma Alt Ölçeği ile arasında negatif yönlü anlamlı ilişki vardır.
($r = -0,370$)
- Fiziksel Sağlık Alt Ölçeği ile arasında negatif yönlü anlamlı ilişki vardır.
($r = -0,267$)
- Vajinismus Alt Ölçeği ile arasında negatif yönlü anlamlı ilişki vardır.
($r = -0,299$)

- Anorgazmi Alt Ölçeği ile arasında negatif yönlü anlamlı ilişki vardır.
($r = -0,469$)
- Kaçınma Alt Ölçeği ile arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki vardır.
($r = +0,461$)

İletişim Alt Ölçeği;

- Kaçınma Alt Ölçeği ile arasında negatif yönlü anlamlı ilişki vardır.
($r = -0,443$)
- Ruh Sağlığı Alt Ölçeği ile arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki vardır.
($r = +0,302$)
- Doyum Ölçeği ile arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki vardır.
($r = +0,434$)
- Dokunma Alt Ölçeği ile arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki vardır.
($r = +0,342$)

Doyum Ölçeği;

- Kaçınma Ölçeği ile arasında negatif yönlü anlamlı ilişki vardır.
($r = -0,347$)
- Dokunma Alt Ölçeği ile arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki vardır.
($r = +0,310$)
- Anorgazmi Alt Ölçeği ile arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki vardır.
($r = +0,503$)
- Ruh Sağlığı Alt Ölçeği ile arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki vardır.
($r = +0,212$)

Kaçınma Alt Boyutu;

- Dokunma Alt Ölçeği ile arasında negatif yönlü anlamlı ilişki vardır.
($r = -0,318$)
- Fiziksel Sağlık Alt Ölçeği ile arasında negatif yönlü anlamlı ilişki vardır.
($r = -0,385$)
- Vajinismus Alt Ölçeği ile arasında negatif yönlü anlamlı ilişki vardır.
($r = -0,440$)
- Anorgazmi Ölçeği ile arasında negatif yönlü anlamlı ilişki vardır.
($r = -0,285$)
- Ruh Sağlığı Alt Ölçeği ile arasında negatif yönlü anlamlı ilişki vardır.
($r = -0,236$)

- Erken Boşalma Alt ölçeği ile arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki vardır.
($r = +0,288$)

Fiziksel Sağlık Alt boyutu;

- Anksiyete Ölçeği ile arasında negatif yönlü anlamlı ilişki vardır.
($r = -0,213$)
- Dokunma Alt Ölçeği ile arasında negatif yönlü anlamlı ilişki vardır.
($r = -0,27$)



DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

TARTIŞMA SONUÇ

4.1.TARTIŞMA

Uygulanan tıbbi müdahale ne olursa olsun, ostomi açılması bireyin fizyolojik, sosyal ve psikolojik açıdan çeşitli sorunlar yaşamasına sebep olmaktadır. Yaptığımız çalışmada ileostomi ve kolostomi hastalarının depresyon, anksiyete, beden imajı algısı, yaşam kalitesi, cinsel doyum ve cinsel işlevleri inceledik. Hasta grup, kontrol grubuyla karşılaştırıldığında yapılan analizler ışığında anlamlı sonuçlara rastlanmıştır.

Cinsel isteksizlik ostomi ameliyatında kadınlar için vajinanın kısaltılması ve vajinal sıvıda azalma meydana getirmesi; erkeklerde ise pelviste oluşan dokunun cinsel birleşme sırasında ağırlara neden olmasından kaynaklanmaktadır. Bu sonuca bağlı birçok çalışmada bu bulgulara rastlanmıştır (Çavdar, 1999 ve Libman ve ark. 1991).

Yapmış olduğumuz çalışmada, cinsel işlevler ölçeğinden cinsel ilişkide bulunma sıklığı bakımından kontrol grubunun hasta grubuna kıyasla daha sıklıkla cinsel ilişkide bulunduğu, cinsel ilişki esnasında iletişim kurma sıklığı açısından kontrol grubunun hasta gruba göre daha yüksek iletişim kurduğu saptanmıştır ve bu farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirtilmiştir. Ayrıca, cinsel doyum ve cinsel ilişki esnasında dokunma sıklığı bakımından kontrol grubunun hasta gruba göre daha yüksek sıklıkta bulunmuştur. Cinsel ilişkiden kaçınma sıklığı bakımından ise hasta grubun daha yüksek sıklıkta cinsel ilişkiden kaçındığı gözlenmiştir.

Hasta gruplarda kontrol grubuna göre cinsel işlevsellikte önemli düzeyde bozulmalar olduğu saptanmıştır. McDonald ve arkadaşlarının (1985), Rektum CA nedeniyle ostomi uygulanan hastalarla yaptıkları başka bir çalışmada, hastalarda cinsel işlev bozukluğu, idrar yollarında yanmalar, gaz gibi bulgular elde etmişlerdir.

Fakat bu durum cinsel istekte azalma olmayıp cinsel yeterlilikte azalma olduğu bulgulanmıştır.

Kolorektal kanser, ileit ya da kolit nedeniyle bağırsak rezeksiyonu ya da ostomi cerrahisi uygulanan 409 hasta ile yapılan bir çalışmada (Kuchenhoff ve ark. 1981), ostomi hastalarında, aynı teşhis nedeni ile bağırsak rezeksiyonu uygulanan hastalara göre ameliyat öncesi ve sonrası dönemde daha yüksek oranlarda depresyon ve sosyal faaliyetlerde azalma tespit edilmiştir. Ostomi operasyonu kişilerin beden imajı ve cinsel fonksiyonları açısından olumsuz sonuçlar getirebilecek türde bir tıbbi müdahaledir. Özellikle hastaların bir uzantı ile hayatına devam etme zorunlulukları ve boşaltım konusunda kontrol sağlayamaması sosyal hayatı olumsuz yönde etkileyebilecek önemli unsurlardır (Turnbull, 2001). Turnbull (2001), ostomi operasyonu sonrasında hastaların özellikle beden imajı ve cinsel işlevsellik konusunda herhangi bir destek almadıklarından ve bu durumun hastaların yaşam kalitesini olumsuz etkilediğini öne sürmektedir. Özellikle son dönemlerde, operasyon sonrası hastanede çok uzun süre kalmadan çıkan hastaların bu anlamda herhangi bir destek göremiyor olmalarından ötürü daha sonraki dönemlerde özgüven ve özsaygı eksikliği, cinsel açıdan çekici bulunmadığı hissi, depresyon ve cinsel işlev bozukluklarının kaçınılmaz olduğunu öne sürülmektedir.

Kılıç, Taycan, Belli ve Özmen (2007), ostomi operasyonu geçiren hastaların beden imajı, cinsel işlevsellik, özgüven ve evlilikte uyum değişkenlerini ileostomi ve kolostomi operasyonu geçiren 52 hasta ile araştırmış ve araştırma kapsamında hasta grubu ve kontrol grubunu bu değişkenler açısından karşılaştırmıştır. Araştırma sonucu, hastaların kontrol grubuna göre cinsel işlev bozukluğu olduğunu, beden imajı, kaçınma, dokunma, iletişimde problemler olduğu tespit edilmiştir. Kadınlarda anorgazmi erkeklere göre daha fazla tespit edilmiş, erken boşalma ve empotans ostomi ile ilişkilendirilecek boyutta saptanmamıştır. Ayrıca, araştırmaya göre, düşük özgüvenin cinsel aktiviteden kaçınma ile negatif yönlü korelasyonu olduğu tespit edilmiştir. Araştırmada erkek hastalarda operasyon üzerinden zaman geçtikçe empotans düzeyinde azalma olduğu gözlemlenmiştir (Kılıç, Taycan, Belli ve Özmen, 2007).

Persson ve Hellstromm (2002) tarafından yapılan bir çalışma sonucunda, ostomi sonrasında hastaların çoğunda cinsellikle ilgili endişeler olduğu belirtilmiştir. Bu endişeler kişinin beden imajı algısındaki bozukluk ve özgüven eksikliğinden ileri geldiği yapılan araştırma ile desteklenmiştir. İsveçli hastalarla operasyon sonrasındaki 6 ile 12 haftada duygu ve düşüncelerindeki değişimler takip edildiğinde, hastaların bedenlerine yabancılaştıkları, belirsizlik hissettikleri, sosyal hayatta sorun yaşadıkları, spor ve diğer boş zaman aktivitelere zaman ayıramadıkları tespit edilmiştir. Araştırmaya katılan 9 hastanın 8'i operasyon öncesi eğitim almış olmasına rağmen hayatlarında beklenmedik ölçüde değişimler olduğunu belirtmişlerdir.

Yapılan bir başka çalışmada (Ramer 1992 ve Gloeckner 1984), ostomi ameliyatından sonra hastaların psikolojik iyi olma hali ve uyum sağlama becerilerinde istatistiksel olarak anlamlı azalma bulunmuştur. 40 ostomi hastasıyla yapılan çalışmada, hastaların çekicilik algısı değerlendirilmiş; hastaların yarısında, cinsel çekicilikle ilgili hisleri değişerek azalma göstermiştir, daha sonra zamanla düzelmiştir. Bu durum, vücut/kişi ilişkisindeki bozulmanın ameliyattan sonraki ilk yılda daha belirgin halde olduğu gözlemlenmiştir (Ramer, 1992)

Çavdar (1999), ostominin cinsellik üzerinde oluşturduğu fiziksel etkilerin neler olduğunu belirttiği çalışmasında; erkekte rektum veya mesanenin çıkarılmasından sonra empotans, orgazm bozukluğu, ejakülasyon yetersizliği ve sterilite görüldüğünü bildirmiştir. Özellikle yaygın lenf nodülü diseksiyonu uygulanan hastalarda ameliyat sonrası cinsel işlev bozukluğunun bir sorun oluşturabileceğini belirtmiştir. Kadında ise, genellikle vajinanın bir kısmı ya da tamamı çıkarılmadıkça pelvik cerrahinin cinsel duyarlılığı etkilemediği belirtilmiştir.

Eti ve arkadaşları (1995) kadın hastalarda, geniş pelvis yapısının sinir yaralanma riskini azalttığını ancak, vajinanın kısılması ya da alınması durumunda, vajinal kayganlıkta azalma ve pelvisteki skar doku bölgesi varlığının cinsel birleşme sırasında ağrıya neden olabileceğini bildirmişlerdir.

Perssons ve Hellstroms (2002), ostomi sonrasında hastaların tümünün cinsel çekiciliklerinin azaldığına inandıklarını saptamıştır. Bu bulguyu destekleyen bir başka araştırmada Salter (1992) ostomi hastalarının kendilerini cinsel olarak daha az çekici hissettiklerini, oysa eşlerinin cinsel çekiciliklerini kaybettiği fikrini paylaşmadıklarını tespit etmiştir. Yapmış olduğumuz çalışmada da kontrol ve hasta grubunun, Vücut/Kişi İlişkisi ölçeği ile karşılaştırılmış ve sonucunda kontrol grubunun hasta gruba göre vücuduyla daha çok barışık olduğu gözlenmiştir.

Yapmış olduğumuz çalışmada, Yaşam Kalitesi formuna ilişkin yapılan karşılaştırmanın sonucuna göre; hasta grubunda bulunanların ruhsal bozukluklarının kontrol grubuna oranla daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Anaraki ve arkadaşları, 2012 yılında yapmış oldukları bir araştırmada, kolostomi ve ileostomi olan kanser hastalarını ve kanser hastası olmayan grupla karşılaştırmış ve operasyon sonrasındaki hayat tarzı değişimlerinin ne boyutta olduğunu incelemiştir. Araştırma, hastaların beslenme şekli, cinsel aktivite, giyim tarzı değişimi, iş değişimi ve depresyon eğilimi değişkenlerini esas alarak 102 hastaya (kolostomi ve ileostomi olan kanser ve kanser olmayan gruba) anket çalışması uygulanmıştır. Anket çalışmasının sonucunda ise ileostomi ve kolostominin her iki grupta da hayat tarzı değişikliğine yol açtığı tespit edilmiştir. Araştırma ileostomi ve kolostomi hastalarının operasyon sonrasında psikoeğitim ve psikolojik destek almasının önemine değinmiştir (Anaraki ve ark. 2012)

Szczepkowski (2002) yapmış olduğu bir çalışma sonucunda kolostomi ameliyatı geçiren hastaların psikolojik sorunlar arasında; beden algısının değişmesi, benlik saygısının azalması, cinsel işlevlerde bozulma, eş uyumunda sorunların ortaya çıkması ve başta depresyon olmak üzere çeşitli psikiyatrik bozuklukların yer aldığını göstermiştir. Yapmış olduğumuz çalışmada da kontrol ve hasta grubunun, Yaşam Kalitesi formunun alt boyutları ile karşılaştırılması sonucunda, kontrol grubunun, hasta gruba göre ruh sağlığının daha iyi olduğu, kendini çok daha canlı ve enerjik hissettiği, kontrol grubunun, hasta gruba göre sosyal hayatlarında daha aktif rol oynadığı, emosyonel sorunlara bağlı olarak işte ya da günlük etkinliklerinde daha az sorun yaşadığı, kendini daha sakin, huzurlu ve mutlu hissettiği gözlenmiştir.

Karadağ ve arkadaşları (2003) yapmış oldukları bir çalışmada hastanın, ostomi sonrasında sızıntı ve koku oluşabileceği korkusuyla insanlardan uzak durup, içe kapanıp, yalnız kalmak isteyebileceğini ve bunun sonucunda sosyal olarak kendini güvende hissedememe gibi durumlarla karşılaştığını öne sürmektedir. Yapmış olduğumuz çalışmada ise Beden imajı formundaki karşılaştırmalara göre; Beden İmajı alt ölçeği-vücut kişi ilişkisi testi puanları arttıkça, vücuduyla barışık olma durumunun azaldığı, sürekli endişeli, sinirli ya da depresyon duyguları hissettiği gözlenmiştir. Bell (2015) araştırmasında, kanser hastası olan bireylerin benlik ve beden imajı algısında problemler yaşadığını öne sürmüştü ve bu durumun genel olarak hayat kalitesini etkilediğini belirtmiştir.

Thomas ve arkadaşları (1987) tarafından yapılan bir çalışmada ostominin psikolojik etkileri araştırılmış; hastaların %22'sinde orta ve şiddetli düzeyde psikiyatrik bulgu saptanmış ve riski artıran faktörler arasında, ameliyat sonrası fiziksel belirti ve komplikasyonlar, yetersiz danışmanlık ve anksiyete gösterilmiştir. Bir başka çalışmada (Thomas ve ark. 1979) ise ostomi ameliyatından üç ay sonra erkek hastaların %17'sinde, kadın hastaların %19'unda orta-ileri düzeyde psikiyatrik bozukluk ortaya çıktığı belirtilmiştir.

Persson ve arkadaşları (1983) rektal kanser teşhisi alıp, ostomi cerrahisi uygulanan hastaların eşleri ile yaptıkları bir çalışmada; eşlerin belirsizlik duygusu, yeni bir yaşam şeklini öğrenme ve ona uyum sağlama ve değişen beden ile ilgili zorluklar yaşadıklarını, ostomiye bağımlı yaşamının ailevi ve sosyal yaşantıyı etkilediğini ve kısıtladığını gösterilmişlerdir.

Yapmış olduğumuz çalışmada; vücut/kişi ilişkisi ile cinsel ilişkideki doyum arasında anlamlı ve pozitif yönde ilişki elde edilmiştir. Benlik saygısı yüksek bireylerin cinsel doyum oranları daha çok bulunmuştur. Kılıç, Taycan, Belli ve Özmen'in (2007) araştırmasında, kanser ve kanser hastası olmayan ostomi operasyonu geçiren bireylerde cinsel işlev bozukluğu saptananların aynı zamanda düşük benlik algısı ve bozuk beden imajı algısı olduğu görülmüştür. Yapmış olduğumuz çalışma, hastaların cinsel yaşantısının ostomi operasyonu sonrasında değiştiği ve kişilerin cinsel ilişkiden kaçındığı tespit edilmekle birlikte cinsel

ilişkiden kaçınmanın, cinsel doyum ve cinsel iletişim gibi faktörlerle ilişkili olduğu veriler doğrultusunda tespit edilmiştir. Bununla birlikte kişilerin fiziksel sağlık koşulları (ostomi operasyonu sonrası uzantı eklenmesi ve kişinin boşaltım konusundaki kontrolü kaybetmesi sebebiyle) değiştiğinde cinsel aktiviteden kaçınma oranının arttığı görülmüştür. Bununla birlikte kişilerin fiziksel sağlık koşulları erkeklerde erken boşalma ile ilişkilendirilmiştir. Kılıç, Taycan, Belli ve Özmen'in (2007) araştırmasında, erkeklerin erken boşalma ve sertleşme sorunu, ostomi operasyonundan sonra tespit edilmemiştir, fakat kadınlarda anorgazmi ve özellikle düşük benlik algısı olan erkek bireylerde de cinsel aktiviteden kaçınma görülmüştür. Bununla birlikte kadınlarda ostomi operasyonu görülen anorgazmi ve vajinismus, geçirilen operasyona bağlı olarak genital organlarda yara ve bölgenin eskiye göre kaygan olmaması cinsel ilişkiden kaçınmalarına yol açabileceği öngörülmüştür.

Çalışmamızda hastaların kontrol grubuna göre anksiyete düzeylerinde bir bozukluk olduğu ortaya çıkmıştır. Benzer sonuçlar kanser hastalarının ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası anksiyete bozukluklarını araştıran çalışmalarda da karşımıza çıkmaktadır (Öner ve Le Compte, 1985).

4.2. SINIRLILIKLAR

Bununla birlikte, araştırmanın bu alanda ilerleyen dönemde yapılabilecek araştırmalara ışık tutabilmesi anlamında geniş bir örnekleme gerçekleştirilmesi uygun olabilir. Ayrıca, bağımlı değişkenlerin hasta grubunda görülme durumuna ilişkin veri analizini ele aldığımızda, bağımlı değişkenlerin, kişilerin hastalıklarına ilişkin geçirdikleri süreçten ötürü mü görüldüğü yoksa daha öncesinde kişilerin depresif veya anksiyete belirtileri, cinsel işlev bozukluğu, çarpıtılmış beden imajı algısı veya düşük yaşam kalitesi olduğu yapılan son çalışmada tespit edilememekle birlikte, buna uygun olarak ön-test, son-test yapılarak kişilerin gerçekten ileostomi ve kolostomi ameliyatından ötürü geçirdikleri sosyal, psikolojik ve fizyolojik süreçler incelenmelidir.

4.3. SONUÇ

Birçok hastalık kolostomi, ileostomi vb. stoma oluşturma (bir açılma, ağızlaştırma oluşturmak amacıyla yapılan cerrahi işlem) yoluyla tedavi edilmektedir. Ostomi açılarak tedavi edilen bireylerde, tedavi sonrasında bireylerde psikolojik, fizyolojik ve sosyo-kültürel bakımdan çeşitli sorunlar yaratmaktadır. Ostomi tedavisi gören hastalarda bu sorunlar, beden imajındaki değişim ile birlikte sızıntı ve koku oluşması endişesi, sosyal destek alamama korkusu, cerrahi müdahalenin sebep olabileceği komplikasyonlar, bakımın zorluğu, sakat kalma riski, arkadaş ve aile çevresinden reddedilme korkusu gibi durumlar sebebiyle oluşmaktadır. Tüm bunların sonucunda ameliyat sonrasında hastalarda anksiyete oluşmakta ve depresyona yönelme gerçekleşmektedir.

Ostomi tedavisi gören hastalarda stomatik yakınmalar, benlik algısının düşüşü, yaşamdan zevk alamama, motivasyon ve konsantrasyon güçlüğü, dikkat kaybı yaşanması gibi sorunlar ortaya çıkmaktadır. Bu sorunlar sıklıkla karşılaşılan, kendisini tekrar eden ve tedavi süreci uzun ve maliyetli olan bir psikolojik bozukluktur. Kişilerin duyguları bu süreçte büyük ölçüde değişim göstermektedir. Kendini bitkin hissetme, gelecek için umutsuz ve kötümser olma, geçmişe bağlı olaylardan pişmanlık duyarak kendini suçlama, zaman zaman intihar girişimlerinde bulunma gibi sorunlar ve bunların yanı sıra cinsel istek, uyku ve beslenme alışkanlıklarında bozukluklar ortaya çıkmaktadır.

Bu araştırma ileostomi ve kolostomi ameliyatı olan hastaların depresyon ve anksiyete düzeyleri ile cinsel işlev bozukluk düzeylerinin saptanması amacıyla yapılmıştır. Bu amaçla Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Polikliniği'ndeki deney ve kontrol grubuna ölçekler uygulanarak veriler değerlendirilmiştir. Kontrol ve hasta grubunun verdikleri cevapların ölçek alt boyutları ile ilişkileri incelendiğinde aşağıdaki sonuçlara varılmıştır;

1. Kontrol ve hasta grubunun, Golombuk-Rust ölçeğinin alt boyutları ile karşılaştırılması sonucunda ortalamalara bakılarak;

- Kontrol grubunun, hasta gruba göre cinsel doyuma daha fazla ulaştığı,
 - Hasta grubunun, kontrol grubuna göre cinsel birleşmeden daha çok kaçındığı,
 - Kadın hasta grubunda, kadın kontrol grubuna göre daha çok vajinismus belirtisi olduğu gözlenmiştir.
2. Kontrol ve hasta grubunun, Yaşam Kalitesi formunun alt boyutları ile karşılaştırılması sonucunda kontrol grubunun, hasta gruba göre ruh sağlığının daha iyi olduğu gözlenmiştir.
3. Kontrol ve hasta grubunun, Arizona Cinsel Yaşantılar ölçeği ile karşılaştırılması sonucunda hasta grubun, kontrol grubuna göre cinsel isteklerinin çok daha az olduğu gözlenmiştir.
4. Kontrol ve hasta grubunun, Vücut/Kişi İlişkisi ölçeği ile karşılaştırılması sonucunda kontrol grubunun hasta gruba göre vücuduyla daha çok barışık olduğu gözlenmiştir.
5. Kontrol ve hasta grubunun, Yaşam Kalitesi formunun alt boyutları ile karşılaştırılması sonucunda;
- Kontrol grubunun, hasta gruba göre en zor olanlar dâhil tüm fiziksel etkinliklerini herhangi bir kısıtlılık yaşamadan daha çok yerine getirebildiği,
 - Kontrol grubunun, hasta gruba göre günlük hayatlarındaki fiziksel rollerinin daha etkin olduğu,
 - Kontrol grubunun, hasta gruba göre genel sağlıklarının daha ideal olduğunu düşündüğü,
 - Kontrol grubunun, hasta gruba göre kendini çok daha canlı ve enerjik hissettiği,
 - Kontrol grubun, hasta gruba göre sosyal hayatlarında daha aktif rol oynadığı,
 - Kontrol grubu, hasta gruba göre emosyonel sorunlara bağlı olarak işte ya da günlük etkinliklerinde daha az sorun yaşamaktadır.

- Kontrol grubun, hasta gruba göre kendini daha sakin, huzurlu ve mutlu hissettiği gözlenmiştir.

Ölçeklerin birbirleriyle olan ilişkileri incelendiğinde aşağıdaki sonuçlara varılmıştır;

1. Kişinin Beck Depresyon Ölçeği puanları arttıkça;

- Vücutuyla barışık olma durumunun azaldığı,
- Sürekli endişeli, sinirli ya da depresyon duyguları hissettiği,
- Günlük fiziksel etkinliklerini yerine getirmede kısıtlılık hissettiği,
- Cinsel birleşme esnasında partneriyle olan iletişimde azalmalar görüldüğü,
- Cinsel doyuma daha az ulaştığı,
- Endişeli (anksiyete) olma durumunun da buna bağlı olarak arttığı,
- Cinsel hayatında da aynı şekilde isteksizliğinin arttığı gözlenmiştir.

2. Kişinin cinsel hayata karşı isteksizliği arttıkça ;

- Cinsel birleşme esnasında partneriyle olan iletişimde azalmalar görüldüğü,
- Cinsel doyuma daha az ulaştığı,
- Cinsel birleşme esnasında partnerine dokunma isteğinin de azaldığı,
- Fiziksel sağlıklarının da bununla beraber azaldığı,
- Kadınlarda vajinismus görülme riskinin azaldığı,
- Kadınlarda anorgazmi görülme riskinin azaldığı, (Anorgazmi ve vajinismus yorumlarının böyle olmasının nedeni kişilerin hali hazırda bir cinsel hayatları olmamasından kaynaklıdır.)
- Cinsel birleşmeden daha fazla kaçındığı,

3. Cinsel birleşme esnasında partnerler arası iletişim arttıkça;

- Cinsel ilişkiden daha az kaçındığı,
- Kendilerini daha sakin ve huzurlu hissettikleri,
- Cinsel doyumlarının daha fazla olduğu,
- Cinsel birleşme sırasında partnerlerine dokunmadan daha fazla hoşlandığı,

4. Cinsel doyuma ulaşma oranları arttıkça;

- Cinsel ilişkiden daha az kaçındığı,
 - Cinsel birleşme sırasında partnerlerine dokunmadan daha fazla hoşlandığı,
 - Kendilerini daha sakin ve huzurlu hissettikleri,
5. Cinsel birleşmeden kaçınma arttıkça;
- Cinsel birleşme sırasında partnerlerine dokunmaktan da kaçındıkları,
 - Kendilerini sinirli, endişeli hissettikleri ve depresyon duyguları barındırdıkları,
6. Kendilerini fiziksel olarak sağlıklı hissetme durumları arttıkça;
- Anksiyete bozukluklarının azaldığı,
 - Cinsel birleşme sırasında partnerlerine dokunmaktan hoşlandıkları gözlenmiştir.

Yapmış olduğumuz bu çalışma ülkemizde ileostomi ve kolostomi ameliyatı olan hastalarda depresyon,anksiyete,yaşam kalitesi,cinsel işlevler ve beden imajını birarada değerlendiren ilk çalışmadır diyebiliriz.

4.4. ÖNERİLER

Araştırmanın sonuçları, ostomi operasyonu geçiren hastalarla yapılabilecek diğer çalışmalara ışık tutabilecek niteliktedir. Bununla birlikte, ilerleyen dönemlerde yapılacak araştırmaların daha geniş bir örneklem ile gerçekleştirilmesi, operasyon öncesi ve operasyon sonrası olmak üzere psikososyal ve cinsel işlevsellik düzeyinin ölçülmesi, ostomi operasyonunun bireylerin işlevselliği ile ilişkisini tespit edebilmek adına önemli veriler sunacaktır. Ayrıca, hastaların operasyon öncesinde psikoeğitim sürecinden geçmesi, sonrasındaki döneme uyum sağlamaları ve farkındalık geliştirmeleri adına etkili bir yöntem olacaktır. Daha sonra yapılacak çalışmalara ostomi operasyonu geçiren bireylerin ailelerindeki stres algısı ve başa çıkma becerileri ayrıca incelenmelidir. Sosyal değişimi sağlamak ve hastaların uyum sağlamasını kolaylaştırmak adına hem aileler hem de ostomi operasyonu geçirecek

bireyler için operasyon öncesi eğitim ve destek programları oluşturulabilir ve böylelikle rahatsızlığı ve beraberinde gelen operasyonun meydana getirebileceği fiziksel, psikolojik ve sosyolojik anlamda zorluklara dair farkındalık geliştirilebilir.

KAYNAKÇA

Adasal, Rasim, 1973, Modern Normal ve Medikal Psikolojik, Ankara, A, Tıp Fakültesi Yayınları, 1973.

Albano AM., Chorpita BF., Barlow DH., Childhood anxiety disorders. Child Psychopathology .

Althof, S.E., 2006, “Psychological Approaches to The Treatment of Rapid Ejaculation”, pp 180-186.

Anaraki, F., Vafaie, M., Behboo, R., Maghsoodi, N., Esmailpour, S., Safaee, A. 2012, Clinical profile and post-operative lifestyle changes in cancer and non-cancer patients with ostomy. Gastroenterology & Hepatology From Bed To Bench, 5S26.

Anaraki, F., Vafaie, M., Behboo, R., Maghsoodi, N., Esmailpour, S., & Safaee, A. 2012, Quality of Life Outcomes in Patients Living with Stoma. Indian Journal Of Palliative Care, 18(3), 176-180.

Atakay, Kemal, 1995, Psikolojiye Giriş, İstanbul, Sosyal Yayınlar.

Aydın, H., 2002, Cinsel İşlev Ve Bozuklukları”, Psikiyatri Ders Notları, Erişim: 06.11.2015.

Aydın, Hamdullah, 2004, Depresyon Nedir , Mayo Clinic Depresyon, Ankara, Güneş Kitapevi.

Basson, R., Berman, J., Burnett, A., 2000, “Report Of The International Consensus Development Conference On Female Sexual Dysfunction: Definitions And Classifications”, The Journal of Urology, 163, pp 888-893.

Basson, R., Brotto, L.A., Laan, E., Redmond, G., Utian, W.H., 2005, Assesment And Management of Women's Sexual Dsyfunctions: Problematic Desire And Arousal. J Sex Med, 2, 291-300.

Batlaş, Acar ve Batlaş, Zuhâl, 2000, Stres ve Başa Çıkma Yolları, İstanbul, Remzi Kitabevi, 20. Baskı.

Beck AT., Alford BA., 2009, Depression: Causes and treatment. Philadelphia, Pennsylvania, University of Pennsylvania Press.

Beck, A. T., 1976, Cognitive therapy and the emotional disorders, Penguin Inc, New York.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., Emery, G., 1978, Cognitive therapy of depression, The Guilford Press, New York.

Bell, P. P., 2015, Self-image, body image and cancer, Salem Press Encyclopedia Of Health,

Berman, J.R., Berman, L.A., Kanaly, K.A. 2003, Female Sexual Dsyfunction: New Perspectives On Anatomy, Physiology, Evaluation and Treatment. EAU Update Series, 1, 166-177.

Berman, J.R., Berman, L.A., Kanaly, K.A., 2003, Female Sexual Dsyfunction: New Perspectives On Anatomy, Physiology, Evaluation and Treatment. EAU Update Series, 1, 166-177.

Berman, J.R., Berman, L.A., Kanaly, K.A., 2003, Female Sexual Dsyfunction: New Perspectives On Anatomy, Physiology, Evaluation and Treatment. EAU Update Series, 1, 166-177.

Bernhard, L.A., 2002, Sexuality and sexual health care for women, Clinical obstetrics and Gynecology, 45(4), 1089-1098.

Boyce P., Parker G., Barnett B., Cooney M., 1991, Smith F. Personality as a vulnerability factor to depression. British Journal of Psychiatry, 159:106- 114.

Budak S., 2003, Psikoloji sözlüğü. Bilim ve Sanat Yayınları. Ankara.

burem.boun.edu.tr, 2007:10

Çavdar, İ., 1999, Kolostomili hastaların kolostomilerine uyumlarında hemşirelik eğitiminin etkinliği. İ. Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim DalıDoktora Tezi, İstanbul

Corey, G., 2008, Psikolojik Danışma, Psikoterapi Kuram ve Uygulamaları, Mentis Yayınları, Ankara.

Çelik, F., 2004, Intestinal Stomalar, Alabaz Ö.(Ed.), Kolon ve Rektal Cerrahinin El Kitabı Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, S: 827-843.

Davison GC., Neale JM., 2004, Anormal psikolojisi. (İ.Dağ, Çev. Ed.).Türk Psikologlar Derneği Yayınları.

Eneç Can, F. N., Aydemir, I., Set, T., Aktürk, Z., ve Dağdeviren, N., 2005, Ailesel Faktörler Depresyonda Ne Kadar Etkili?, Türk Aile Hekimliği Dergisi, 9(1): 15-19.

Erkoçak, E.U., Alabaz, Ö., Karadağ, A., 2003, Stoma. K. Alemdaroğlu, T. Akçal, D. Buğra (Ed.) Kolon Rektum ve Anal Bölge Hastalıkları (s.310-329), İstanbul: Ajans Plaza Tanıtım ve İletişim Hizmetleri LTD. Şti.

Eti Aslan F, Gürkan A, Şelimen D., 1995, Stomalıhastanın cinsel sorunları ve bu sorunlara yönelik hemşirelik yaklaşımları, I. Ulusal Stoma Bakım Hemşireliği Sempozyum basımı, s. 32-34, İstanbul

Foa EB., Kozak MJ., Goodmann WK., 1995, DSM IV Trial :Obsessive Compulsive Disorder. American Journal of Psychiatry, 152:990-996.

Gloeckner, M.R., 1984, Perceptions of sexual attractiveness following ostomy surgery. Res Nurs Health, 7, 87-92.

Güleç, Cengiz, 1991, Depresyon: Çağdaş Tedavi Yaklaşımları, Ankara, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları.

Güler, Diler, Mastalji, 2006, Yaşam Kalitesi Ve Depresyon, İstanbul, s.70-71.

Güney, Melike, 1998, Ergenlik Dönemi Depresyonları, Psikiyatri Dünyası Dergisi, Sayı:2, s.41.

Hawton. K., Salkovskis, P. M., Kirk, J., Clark, D. M., 1989, Cognitive behavioral therapy for psychiatric problems: a practical guide. Oxford University Press, Newyork.

Holder Perkins V., Wise TN., Somatization disorder. American Psychiatric Publishing.

Holmes, M.M, Letourneau, E.J, Vermillion, S T.A., 1998, Psychiatrist's Guide to Sexual Dysfunction in Women. Medical Update for Psychiatrists, 3 (4), 105-112.

Işık E., Taner Y., 2006, Çocuk, Ergen ve erişkinlerde Anksiyete Bozuklukarı, Obsessif Kompulsif Bozukluk, Golden Print, 239-277.

Jannini, E.A., Simonelli, C., Lenzi, A., 2002, Sexological approach to ejaculatory dysfunction. International journal of andrology, 25, 317-323.

Karadağ A, Menteş BB, Üner A (2003) Impact of stomatherapy on quality of life in patients with permanent colostomies or ileostomies. Int J Colorectal Dis, 18:234-238

Kılıç, E., Taycan, O., Belli, A. K., Özmen, M., 2007, The Effect of Permanent Ostomy on Body Image, Self-Esteem, Marital Adjustment, and Sexual Functioning, Türk Psikiyatri Dergisi, 18(4)

Korkmaz M., 2007, Akciğer Kanseri Hastalarına Uygulanan Taburculuk Planlamasının Semptom Kontrolü ve Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora tezi, İzmir: Ege Üniversitesi.

Korkmaz M., 2007, Akciğer Kanseri Hastalarına Uygulanan Taburculuk Planlamasının Semptom Kontrolü ve Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora tezi, İzmir: Ege Üniversitesi.

Korkut M.Ali, Aynacı M., Intestinal Stomalar (Ileostomi, Kolostomi), Gülay H., 2005, Temel ve Sistemik Cerrahi, Güven Kitabevi, İzmir, S: 619-1634.

Kozacıoğlu, Gülşen ve Ekberzade, Hülya, 1995, Bireyden Topluma Ruh Sağlığı, İstanbul, Alfa Basım Yayım Dağıtım.

Köroğlu, Ertuğrul, 1993, Depresif Durumların Kliniği, Depresyon Monograflan Serisi, Ankara, Hekimler Yayım Birliği.

Köroğlu, Ertuğrul, 2006, Depresyon Nedir? Nasıl Baş Edilir? Ankara, HYB Yayıncılık.

Lau, J.T.F., Kim, J.H., Tsui, H.Y., 2005, Mental Health And Lifestyle Correlates of Sexual Problems And Sexual Satisfaction In Heterosexual Hong Kong Chinese Population. Urology, 66, 1271-1281.

Laumann, E.O., Paik, A., Rosen, C.R., 1999, Sexual Dsyfunction in the United States: Prevalence and Predictors, JAMA, 281 (6), 537-544.

Lewis, J.H., Rosen, R., Goldstein, I., 2005, Erectile Dysfunction. Nursing, 35 (2), 64.

McCabe, M.P., 2005, The Role of Performance Anxiety In The Development And Maintenance of Sexual Dsyfunction In Men And Women. International Journal of Stres Management, 12 (4), 379-388.

McGinn, L. K., 2000, Cognitive behavioral therapy of depression: Theory, treatment, and empirical status. American Journal of Psychotherapy, 54 (2).

Menteş B., 2001, Kolostomili ve İleostomili Hastaların Bakımına Yönelik Rehber Kitap, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları, Ankara S:1-5.

Montorsi, F., 2005, Prevalence of Premature Ejaculation: A Global and Regional Perspective. J Sex Med, Supplement 2, 96-102.

Ocaktan ME., Özdemir O., Akdur R., 2004, Birinci basamakta ruh sağlığı hizmetleri. Kriz Dergisi, 12:63-73.

Oltmanns, Neale, Davison., 1997, Anormal Psikolojisi (Çeviri Editörü:İhsan Dağ). Türk Psikologlar Derneği Yayınları. Ankara. s.399-409.

Özcan, Köknel, Özüğurlu, Kurban ve Bahadır, Aytar, 1989, Davranış Bilimleri, İstanbul, Bayrak Matbaacılık.

Özmen, H.E., 2004, Erkeklerde Görülen Cinsel İşlev Bozuklukları Ve Tedavide Bilişsel-Davranışçı Yaklaşımlar. Türkiye Klinikleri Psikiyatri Dergisi, 5 (1), 6-8.

Öztürk, Orhan, 1994, Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, İstanbul, Hekimler Yayın Birliği.

Persson E, Hellstrom A. L. 2002, Experiences of Swedish men and women 6 to 12 weeks after ostomy surgery. Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing, 26:298-305.

Pryor, J.P., 2002, Orgasmic and Ejaculatory Dysfunction. Sexual and Relationship Therapy, 17 (1), 87-95.

Ralph, D.J., Wylie, K.V., 2005, Ejaculatory Disorders and Sexual Function, BJU International, 95, 1181-1186.

Ramer, L. 1992. Self-image changes with time in the cancer patient with a colostomy after operation. JET Nurs, Nov-Dec; 19, 195-203

Salonia, A., Briganti, A., Deho, F., Zanni, G., Rigatti, P., 2006, Women's Sexual Dysfunction: A Review of the "Surgical Landscape". European Urology, 50, 44-52.

Salter M. 1992, What are the differences in body image between patients with a conventional stoma compared with those who have had a conventional stoma followed by a continental pouch? Journal of Advanced Nursing, 17:841-848

Salva, M., Hartley, S., Barbot, F., Alvarez, J., Lofaso, F., ve Guilleminault, C. 2011, Circadian Rhythms, Melatonin and Depression. Current Pharmaceutical Design, 17(15), 1459- 1470.

Sayar K. Ak İ., 2001, The predictors of somatization: A review. Bulletin of Clinical Psychopharmacology, 11: 266- 271.

Szczepkowski M., 2002, Do we still need a permanent colostomy in XXI-st century? Acta Chir Iugosl, 49:45-55

Soykan Ç., 2003, Öfke ve öfke yönetimi. Kriz Dergisi, 11: 19-27

Sungur, M.Z. 2004, Erkeklerde Cinsel İşlev Bozuklukları. Türkiye Klinikleri Psikiyatri Dergisi, 5 (1), 1-7.

Taşçı, A.İ., 2002, Cinsel Eğitim, 2. Baskı, İstanbul: Umut Matbaası.

Thomas C, Madden F, Jehu D (1987) Psychological effects of stomas – I. Psychosocial morbidity one year after surgery. Psychosom Res, 31(3): 311-6

Turnbull, G.B., 2001, Sexual Counseling: The Forgotten Aspect of Ostomy Rehabilitation, Journal of Sex Education and Therapy, 26, 189-195

Volkan, Vamık D. ve Çevik, A., 1993, Depresyonun Psikodinamik Etiyolojisi, Depresyon Monografileri Serisi 3, s.109-122.

Wakley, G., 2005, Sexual Dysfunction. Current Obstetrics & Gynaecology, 15, 38-45.

Yadav, J., Gennarelli, L.A., Ratakonda, U., 2001, Female Sexuality and Common Sexual Dsyfunctions: Evulation and Management In A Primary Care Setting. Prim Care update ob/Gyns, 8 (1), 5-11

Yamaner S., 2000, Stoma, Stoma Komplikasyonları ve Bakımı, Kalaycı G.(Ed), Genel Cerrahi, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, S: 1453-1470.

Yeşilkaya, Y., 1996, Kolon Ameliyatları ve Komplikasyonları, Sayek I.(Ed), Temel Cerrahi, Güneş Kitabevi.,Ankara, S: 1190-1200.

Youngkin, E.Q., Davis, M.S., 2004, Women's Health, A Primary Care Clinical Guide. Third Edition, New Jersey: Prentice Hall.

EKLER:

Ek:1. BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU (BGOF)

ÇALIŞMANIN ADI: İleostomi ve Kolostomi ameliyatı olan hastaların depresyon anksiyete düzeyleri ile cinsel işlev bozukluk düzeylerinin saptanması

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 katıldığınız için size herhangi bir ödeme yapılmayacak ya da sizden herhangi bir maddi katkı/malzeme katkısı istenmeyecektir.

ÇALIŞMANIN KONUSU VE AMACI : Bu araştırmanın amacı İleostomi ve Kolostomi ameliyatı olan hastaların depresyon anksiyete düzeyleri ile cinsel işlev bozukluk düzeylerinin saptanması ve elde edilen verilerin, istatistiksel olarak değerlendirilmesi planlanmıştır

ÇALIŞMA İŞLEMLERİ: Bilgilendirilmiş Onam formu, Sosyo Demografik Veri Formu, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği, Yaşam Kalitesi Formu, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği, Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği, Beden İmajı Ölçeği, uygulanacaktır. Yaklaşık olarak 60 dakika olarak planlanmaktadır,

ÇALIŞMAYA KATILMAMIN OLASI YARARLARI NELERDİR?

Çalışmaya katılmanızın olası yararları, kişisel bilgiler kullanılmadan ve bireysel değerlendirme olmaksızın; toplanmış olan veriler ile daha önce yapılmış araştırmalarda İleostomi ve Kolostomi ameliyatı olan hastaların depresyon anksiyete düzeyleri ile cinsel işlev bozukluk düzeylerinin saptanmasını bulmaya olanak sağlamaktır.

KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?

Kişisel bilgilerinizin gizliliğine saygı gösterilecek ve bu bilgileriniz bilimsel amaçlı kullanımı sırasında da özenle korunacaktır. Bu amaçların dışında bu kayıtlar kullanılmayacak ve başkalarına verilmeyecektir.

SORU VE PROBLEMLER İÇİN BAŞVURULACAK KİŞİLER :

1-Kader BAHAYI: kbahayi@windowslive.com

Çalışmaya Katılma Onayı :Yukarıdaki bilgileri ilgili araştırmacı ile ayrıntılı olarak tartıştım 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.

<i>Gönüllü Adı Soyadı:</i>	<i>Telefon</i>	<i>Tarih ve İmza:</i>

<i>Vasi (var ise) Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Telefon:</i>		

<i>Araştırmacı² Adı Soyadı:</i>	Kader BAHAYİ	<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>	Haydarpaşa N umune Hastanesi 05058521184	

1: Gönüllünün bilgilendirilme işlemine başından sonuna dek tanıklık eden kişi

2:Gönüllüyü araştırma hakkında bilgilendiren kişi

Ek 2:SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

- 1: Cinsiyetiniz:** Kadın: Erkek:
- 2: Yaşınız:**
- 3: Medeni durumunuz:** Evli Bekar Dul/Boşanmış
- 4: Varsa kardeş sayınız:**
- 5: Varsa çocuk sayısı:**
- 6: Eğitim düzeyiniz?:**
- Okur-yazar İlkokul Ortaokul
 Lise Üniversite Lisans üstü
- 7: Mesleğiniz?:**
- 8: Hastalığınızın ilk tanısı ne kadar süre önce kondu?**
- 1 yıldan az 1-3yıl 3-5 yıl
 5-7 yıl 7-10 yıl 10 yıl ve daha yukarısı
- 9: Hastalığınızın tanısı ne?**
- 10: Kemoterapi gördünüz mü?:** Evet Hayır
- 11: Aile desteğiniz:** Kötü Orta İyi
- 12: Hastalığınızla ilgili bilgilendirmeyi kim yaptı?**
- Doktor Hemşire Aile
- 13: Yapılan bilgilendirme yeterli oldu mu ?:** Evet Hayır
- 14: Hastanede kaç gün yattınız ?:**
- 15: Kaç operasyon geçirdiniz ?:**

Ek-3 Beck Depresyon Ölçeği

Beck Depresyon Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:.....

Tarih:.....

Bu form son bir (1) hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin karşısındaki dört cevabı dikkatlice okuduktan sonra, size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatanı işaretlemeniz gerekmektedir.

- 1 (0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.
(1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
(2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
(3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.
- 2 (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
(1) Gelecek için karamsamım.
(2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
(3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyeceğim gibi geliyor.
- 3 (0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.
(1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.
(2) Geçmişte yaptığım başarısızlıklarla dolu olduğumu görüyorum.
(3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
- 4 (0) Her şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
(1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
(2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
(3) Her şeyden sıkılıyorum.
- 5 (0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.
(1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
(2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
(3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- 6 (0) Kendimden memnunum.
(1) Kendimden pek memnun değilim.
(2) Kendime kızgınım.
(3) Kendimden nefrete ediyorum.
- 7 (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
(1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğumu düşünüyorum.
(2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
(3) Her şeyi yanlış yapıyordum gibi geliyor ve hep kendimi kabahat buluyorum.
- 8 (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.
(1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.
(2) Kendimi öldürmek isterdim.
(3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
- 9 (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.
(1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
(2) Çoğu zaman ağlıyorum.
(3) Eskiden ağlayabiliirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 10 (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkın ve sinirli değilim.
(1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkıyor ve kızıyorum.
(2) Her şey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.
(3) Canımı sıkın şeylere bile artık kızamıyorum.
- 11 (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.
(1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.
(2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.
(3) Artık çevremde hiç kimseyi istemiyorum.
- 12 (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.
(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
(2) Eskiyeye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.
(3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.
- 13 (0) Her zamankinden farklı göründüğümü sanmıyorum.
(1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.
(2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.
(3) Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 14 (0) Eskisi kadar iyi iş güç yapabiliyorum.
(1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.
(2) Ufacık bir iş bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.
(3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.
- 15 (0) Uyku her zamanki gibi.
(1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.
(2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.
(3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.
- 16 (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.
(1) Eskiyeye oranla daha çabuk yoruluyorum.
(2) Her şey beni yoruyor.
(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.
- 17 (0) İştahım her zamanki gibi.
(1) Eskisinden daha iştahsızım.
(2) İştahım çok azaldı.
(3) Hiçbir şey yiyemiyorum.
- 18 (0) Son zamanlarda zayıflamadım.
(1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.
(2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.
(3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim.
- 19 (0) Sağlıkla ilgili kaygılarım yok.
(1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.
(2) Sağlıkla ilgili bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafama başka şeylere vermekte zorlanıyorum.
(3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.
- 20 (0) Sekse karşı ilgidim herhangi bir değişiklik yok.
(1) Eskisine oranla sekse ilgidim az.
(2) Cinsel isteğim çok azaldı.
(3) Hiç cinsel istek duymuyorum.
- 21 (0) Cezalandırılması gereken şeyler yaptığımı sanmıyorum.
(1) Yaptıklarından dolayı cezalandırılma isteğimi düşünüyorum.
(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.
(3) Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.

Toplam BECK-D skoru:.....

Ek-4 Beck Anksiyete Ölçeği

Beck Anksiyete Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:.....

Tarih:.....

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin BUGÜN DAHİL SON BİR (1) HAFTADIR sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandakine uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

	Hiç	Hafif düzeyde Beni pek et- kilemedi	Orta düzeyde Hoş değildi ama kat- lanabildim	Ciddi düzeyde Dayanmakta çok zor- landım
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karın- calanma				
2. Sıcak/ ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				

Ek-5. Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği (Erkek Formu)

GOLOMBOK-RUST CİNSEL DOYUM ÖLÇEĞİ

Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği

Erkek Formu

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

Cevaplandırırken:

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

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

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

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

Ek-6. Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği (Kadın Formu)

Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği

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

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

Ek-7.Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (Erkek Formu)

ARIZONA CİNSEL YAŞANTILAR ÖLÇEĞİ (ACYÖ) ERKEK FORMU

Lütfen her madde için BUGÜN de dahil GEÇEN HAFTAKİ durumunuzu işaretleyin

1. Cinsel açıdan ne derece isteklisiniz?

1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Oldukça istekli	Çok istekli	Biraz istekli	Biraz isteksiz	Çok isteksiz	Tamamen isteksiz

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

1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Oldukça kolay	Çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Çok zor	Oldukça zor

3. Penisiniz / cinsel organınız kolayca sertleşir ve bu sertliğini sürdürür mü?

1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Oldukça kolay	Çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Çok zor	Asla olmaz

4. Ne kadar kolay boşalılırsınız?

1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Oldukça kolay	Çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Çok zor	Asla boşalamam

5. Boşalmanız tatmin edici midir?

1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Oldukça tatmin edici	Çok tatmin edici	Biraz tatmin edici	Pek tatmin etmiyor	Çok tatmin etmiyor	Hiç boşalamam

Ek-8. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (Kadın Formu)

**ARIZONA CİNSEL YAŞANTILAR ÖLÇEĞİ (ACYÖ)
KADIN FORMU**

Lütfen her madde için BUGÜN de dahil GEÇEN HAFTAKİ durumunuzu işaretleyin

1. Cinsel açıdan ne derece isteklisiniz?

1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Oldukça istekli	Çok istekli	Biraz istekli	Biraz isteksiz	Çok isteksiz	Tamamen isteksiz

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

1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Oldukça kolay	Çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Çok zor	Asla olmaz

4. Ne kadar kolay orgazm olursunuz?

1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Oldukça kolay	Çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Çok zor	Asla boşalamam

5. Orgazmınız tatmin edici midir?

1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Oldukça tatmin edici	Çok tatmin edici	Biraz tatmin edici	Pek tatmin etmiyor	Çok tatmin etmiyor	Orgazma ulaşamam

Ek-9.SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği

MF07-01 ÇALIŞMASI YAŞAM KALİTESİ (SF36) FORMU

Adı-Soyadı:

Tarih:

1. Genel sağlığını nasıl değerlendirirsiniz ?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Mükemmel	1
Çok iyi	2
İyi	3
Orta	4
Kötü	5

2. Geçen yıl ile karşılaştırıldığında, sağlığını şu an için nasıl değerlendirirsiniz ?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Geçen seneden çok daha iyi	1
Geçen seneden biraz daha iyi	2
Geçen sene ile aynı	3
Geçen seneden biraz daha kötü	4
Geçen seneden çok daha kötü	5

3. Aşağıdaki tipik bir gününüzde yapmış olabileceğiniz bazı aktiviteler yazılmıştır. Sağlığınız bunları yaparken sizi sınırlandırmakta mıdır ? Öyleyse ne kadar ?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

AKTİVİTELER	Evet, çok kısıtlıyor	Evet, çok az kısıtlıyor	Hayır, hiç kısıtlamıyor
a. Kuvvet gerektiren aktiviteler, koşma, ağır eşyaları kaldırmak, zor sporlar	1	2	3
b. Orta aktiviteler, bir masayı oynatmak, elektrik süpürgesi ile süpürmek, bowling, golf	1	2	3
c. Sebze-meyveleri kaldırmak, taşımak	1	2	3
d. Pek çok katı çıkmak	1	2	3
e. Tek katı çıkmak	1	2	3
f. Çömelmek, diz çökmek, eğilmek	1	2	3
g. 1 kilometreden fazla yürüyebilmek	1	2	3
h. Pek çok mahalle arası yürüyebilmek	1	2	3
i. Bir mahalleden (sokak) diğerine yürümek	1	2	3
j. Kendi kendine yıkanmak, giyinmek	1	2	3

4. Son 4 hafta içerisinde, fiziksel sağlığınız yüzünden günlük iş veya aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerle karşılaştınız mı ?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

	EVET	HAYIR
a. İş yada diğer aktiviteler için harcadığımız zamanda kesinti	1	2
b. İsteddiğinizden daha az miktar için tamamlanması	1	2
c. İşin veya diğer aktivitelerin çeşidinde kısıtlama	1	2
d. İş veya diğer aktiviteleri yaparken zorluk olması	1	2

5. Son 4 hafta içerisinde, duygusal problemler (örnek-üzüntü ya da sinirli hissetmek) yüzünden günlük iş veya aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerle karşılaştınız mı ?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

	EVET	HAYIR
a. İş yada diğer aktiviteler ayırdığımız süreden kesilme oldu mu ?	1	2
b. İsteddiğinizden daha az kısım tamamlanması	1	2
c. İşin veya diğer aktiviteleri eskisi gibi dikkatli yapmama	1	2

6. Geçen 4 hafta içinde, fiziksel sağlık veya duygusal problemler, aileniz, arkadaşınız, komşularınız veya gruplar ile olan normal sosyal aktivitelerinize ne kadar engel oldu?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Hiç	1
Çok az	2
Orta derecede	3
Biraz	4
Oldukça	5

7. Son 4 hafta içerisinde, ne kadar fiziksel acı (ağrı) hissettiniz?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Hiç	1
Çok az	2
Orta	3
Çok	4
İleri derecede	5
Çok şiddetli	6

8. Son 4 hafta içerisinde, ağrı normal işinize ne kadar engel oldu?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Hiç	1
Çok az	2
Orta	3
Çok	4
İleri derecede	5

9. Aşağıdaki sorular sizin son 4 hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğiniz ve işlerin nasıl gittiği ile ilgilidir. Lütfen her soru için hissettiğinize en yakın olan sadece 1 cevap verin.

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

	Her Zaman	Çoğu Zaman	Bir Kısım	Bazen	Çok Nadir	Hiçbir Zaman
a. Kendinizi capcanlı hissediyormusunuz?	1	2	3	4	5	6
b. Çok sinirli bir kişi misiniz?	1	2	3	4	5	6
c. Kendinizi hiçbir şey güldürmeyecek kadar batmış hissediyormusunuz?	1	2	3	4	5	6
d. Kendinizi sakin ve huzurlu hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
e. Çok enerjiniz var mı?	1	2	3	4	5	6
f. Kendinizi çökmüş ve karamsar hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
g. Yapransız hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
h. Mutlu bir insan mıydınız?	1	2	3	4	5	6
i. Yorulmuş hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6

10. Geçen 4 hafta içinde, fiziksel sağlık veya duygusal problemler, sosyal aktivitelerinize (arkadaşları, akrabaları ziyaret etmek gibi) ne kadar engel oldu?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Her zaman	1
Çoğu zaman	2
Bazı zamanlarda	3
Çok az zaman	4
Hiçbir zaman	5

11. Aşağıdaki cümleler sizin için ne kadar doğru ya da yanlış?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

	Tamamen Doğru	Çoğunlukla Doğru	Bilmiyorum	Çoğunlukla Yanlış	Tamamen Yanlış
a. Diğer insanlardan biraz daha kolay hasta oluyorum	1	2	3	4	5
b. Yandırdığım herkes kadar sağlıklıyım	1	2	3	4	5
c. Sağlığımın kötüleşmesini bekliyorum	1	2	3	4	5
d. Sağlığım mükemmel	1	2	3	4	5

Ek-10. Vücut/Kişi İlişkisi Testi

VÜCUT/KİŞİ İLİŞKİSİ TESTİ

Her bir madde sizi ne kadar doğru tarif ediyor?

0	1	2	3	4
Kesinlikle Katılmıyorum	Çoğunlukla Katılmıyorum	Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	Çoğunlukla katılıyorum	Kesinlikle

1. Vücudumun cinsel bir cazibesi var.
2. Görünüşümü olduğu gibi seviyorum.
3. Çoğu insan benim güzel göründüğümü düşünür.
4. Kıyafetsiz görünüşümü olduğu gibi seviyorum.
5. Kıyafetlerimin üstümde durduğu şekilde durmasını seviyorum.
6. Fizikimi beğenmiyorum/sevmiyorum.
7. Fiziksel olarak çekici değilim.
8. Dışarı çıkmadan, görünüşüme dikkat ederim.
9. Beni olabileceğimin en iyisi gösteren kıyafetler almaya dikkat ederim.
10. Bakabildiğim kadar aynada görünüşüme bakıp kontrol ederim.
11. Dışarı çıkmadan, çoğunlukla hazırlanmaya çok zaman harcarım.
12. Her zaman güzel görünmem çok önemlidir.
13. Saçım olması gerektiği gibi değilse çekingen olurum.
14. Saçımın taranma şekline, biçimine özellikle dikkat ederim.
15. Her zaman fiziksel görünüşümü geliştirmeye çalışırım.
16. Genellikle en kullanışlı olanı giyerim ve nasıl göründüğüne dikkat etmem.
17. İnsanların görünüşüm hakkında ne düşündüğünü umursamıyorum.
18. Görünüşümü hiç düşünmem.
19. Çok az saç bakım ürünü kullanırım.
20. Fiziksel hünerleri çabuk öğrenirim.
21. Çok koordinasyonluyum.
22. Sağlığımı kontrol altında tutarım.
23. Çok nadiren fiziksel hastalıklara yakalanırım.
24. Günden güne vücudumun nasıl hissedeceğini hiçbir zaman bilemem.
25. Fiziksel olarak sağlıklı bir insanım.
26. Çoğu fiziksel-sağlık testini geçebilirim.
27. Fiziksel dayanma gücüm çok iyidir.
28. Sağlığım beklenmedik iniş-çıkışların olabileceği bir konudur.
29. Fiziksel spor ve oyunlarda başarısızım.
30. Hastalıklara karşı çoğunlukla savunmasız hissederim.
31. Fiziksel sağlığımı etkileyen şeyler hakkında çok fazla bilgiye sahibim.
32. Kendime sağlıklı bir hayat tarzı benimsedim.
33. Sağlıklı olmak hayatımdaki en önemli şeylerden biridir.
34. Sağlığımı tehdit edebileceğini bildiğim hiçbir şeyi yapmam.
35. Fiziksel gücümü yükseltmek için bazı şeyler yapıyorum.
36. Sık sık sağlıklı ilgili kitap ve dergiler okurum.
37. Fiziksel gücümü geliştirmek için çalışıyorum.
38. Fiziksel olarak aktif olmaya çalışıyorum.
39. Fiziksel uygunluk/sağlık hakkında çok bilgim var.
40. Fiziksel olarak formda olmanın hayatımda büyük bir önceliği yok.

- _____ 41. Düzenli egzersiz programlarına girmem.
_____ 42. Sağlığımı olduğu gibi kabul ederim.
_____ 43. Dengeli ve besleyici bir diyetle sahip olmak için çaba sarf etmiyorum.
_____ 44. Fiziksel aktivitelerdeki becerilerimi geliştirmek pek umurumda değil.



Ek-11. Araştırmanın Yapıldığı Hastaneden Alınan Araştırma İzin Belgesi

T.C.

**ÖSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
DEĞERLENDİRME KURULU' NA**

Üniversiteniz Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Öğrencilerimiz den Kader Bahayi ' nin "İleostomi ve Kolostomi ameliyatı olan hastaların depresyon ve anksiyete düzeyleri ile cinsel işlev bozukluk düzeylerinin saptanması" isimli tez çalışmasının Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi bölümünde ileostomi ve kolostomi ameliyatı olan hastalarla anket çalışması yapmasında ve girişimsel olmayan klinik araştırmalar değerlendirme kuruluna başvurmasında bölümümüz açısından bir sakınca bulunmamaktadır.

30.12.2015

Ad-Soyad

Prof. Dr. Kadir Bahayi

T.C.
SAGLIK BAKANLIĞI
Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi
Prof. Dr. Kadir Bahayi
Dış. Tan. No: 34356