

T.C.

İSTANBUL AYDIN ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ



**KISIRLIK TEDAVİSİ GÖREN KADINLARIN CİNSEL YAŞAM KALİTESİNDE,
DUYGUSAL İSTİSMARIN ROLÜNÜN İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Pegah BAKHTİARİ

Psikoloji Ana Bilim Dalı

Psikoloji Programı

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Engin Eker

Haziran 2019

T.C.

İSTANBUL AYDIN ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ



**KISIRLIK TEDAVİSİ GÖREN KADINLARIN CİNSEL YAŞAM KALİTESİNDE,
DUYGUSAL İSTİSMARIN ROLÜNÜN İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Pegah BAKHTİARİ

(Y1512.270005)

Psikoloji Ana Bilim Dalı

Psikoloji Programı

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Engin Eker

Haziran 2019



T.C.
İSTANBUL AYDIN ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ



YÜKSEK LİSANS TEZ ONAY FORMU

Enstitümüz Psikoloji Anabilim Dalı Psikoloji Tezli Yüksek Lisans Programı Y1512.270005 numaralı öğrencisi PEGAH BAKHTIARI'nın "**KISIRLIK TEDAVİSİ GÖREN KADINLARIN CİNSEL YAŞAM KALİTESİNDE, DUYGUSAL İSTİSMARIN ROLÜNÜN İNCELENMESİ**" adlı tez çalışması Enstitümüz Yönetim Kurulunun 22.05.2019 tarih ve 2019/11 sayılı kararıyla oluşturulan jüri tarafından oybirliği/oyçokluğu ile Tezli Yüksek Lisans tezi 25.06.2019 tarihinde kabul edilmiştir.

<u>Unvan</u>	<u>Adı Soyadı</u>	<u>Üniversite</u>	<u>İmza</u>
ASIL ÜYELER			
Danışman	Dr. Öğr. Üyesi Engin EKER	İstanbul Aydın Üniversitesi	
1. Üye	Prof. Dr. Cebrazil KISA	İstanbul Aydın Üniversitesi	
2. Üye	Prof. Dr. Kadriye Esin CANTEZ	İstanbul Kent Üniversitesi	
YEDEK ÜYELER			
1. Üye	Dr. Öğr. Üyesi Hakan İŞÖZEN	İstanbul Aydın Üniversitesi	
2. Üye	Dr. Öğr. Üyesi Derya DENİZ	İstanbul Kültür Üniversitesi	

ONAY

Prof. Dr. Ragıp Kutay KARACA
Enstitü Müdürü



YEMİN METNİ

Yüksek Lisans tezi olarak sunduğum “kısırlık tedavisi gören kadınların cinsel yaşam kalitesinde, duygusal istismarın rolünün incelenmesi” adlı çalışmanın, tezin proje safhasından sonuçlanmasına kadarki bütün süreçlerde bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurulmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin Bibliyografya’da gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve onurumla beyan ederim.(25/06/2019)

Pegah BAKHTİARİ



ÖNSÖZ

Öncelikle, bu tezin yazım aşaması boyunca bana zaman ayıran, bilgilerini benimle paylaşan, gerek akademik anlamda gerek hayata dair desteğini her zaman hissettiğim, sevgili hocam, tez danışmanım Sayın Dr. Öğr. Üyes Engin EKER'e yardımlarından, yol göstericiliğinden, sabrından ve belki de en önemlisi bundan sonra da hayatımda olacağından ötürü çok teşekkür ederim.

Ayrıca bir soru ile başlayıp çalışmanın bitimine kadar benim yanımda olan, verdiği bilimsel desteğin yanı sıra bir dost ve hatta bir kurtarıcı gibi bana elini uzatan, en önemlisi güler yüzü ve umut verici tavsiyeleri ve deste ile içimdeki ümitleri yeniden canlandıran değerli arkadaş ve hocam Sayın Dr. Gül ALPAR'e tüm kalbimle sonsuz teşekkür ederim.

Attığım her adımda arkamda olduklarını bildiğim, hayatlarının büyük bölümünü daha iyi insan olmam için harcayan ve bu uğurda maddi manevi tüm güçlerini bir gün olsun tereddüt etmeden önüme sunan, her zaman yanımda olan, olduklarını bildiğim ve onların çocukları olmaktan gurur duyduğum sevgili annem ve babama tüm içtenliğimle teşekkür ederim.

Haziran 2019

Pegah Bakhtiari

(Psikolog)



İÇİNDEKİLER

Sayfa

ÖNSÖZ.....	vii
İÇİNDEKİLER	ix
KISALTMALAR	xv
ÇİZELGE LİSTESİ.....	xvii
ÖZET.....	xxi
ABSTRACT	xxiii
1. GİRİŞ	1
1.1 Çalışma Konusu	1
1.2 Problemi Bildirme.....	3
1.3 Tezin Amacı ve Önemi	5
1.4 Araştırmanın Hipotezleri.....	6
1.5 Değişkenlerin Kavramsal Tanımları	6
2. TEORİK TEMELLER VE ARAŞTIRMANIN GEÇMİŞİ.....	9
2.1 İnfertilite.....	9
2.1.1 Doğuramamak	9
2.1.2 Menopoz.....	10
2.1.3 Orgazm	10
2.1.4 Kısırlık (kalıcı verimsizlik).....	10
2.2 Kısırlığın Kısa Tarihi	10
2.3 Geçmişten Bu Güne Kısırlığın Özeti	11
2.4 Kısırlığın Türleri	12
2.5 Kısırlığın Epidemiyolojisi.....	13
2.6 Kısırlığın Nedenleri.....	14
2.6.1 Stres.....	14
2.6.2 Cinsel birleşmeden sonra kullanılan ilaçların zararları	14
2.6.3 Yetersiz beslenme	14
2.6.4 Güçsüz sperm	14
2.6.5 Ürogenital enfeksiyonlar	15
2.6.6 Bağışıklık sisteminin güçsüzleşmesi	15
2.6.7 Kilo.....	15
2.6.8 İlaçlar.....	15
2.6.9 Hormonların dengesizliği.....	15
2.6.10 İdrar yolu enfeksiyonları	16
2.7 Kısırlığın Sebeplerinin İncelenmesi	16
2.8 Cinsel Faaliyet Bozuklukları.....	16
2.8.1 Erkeklerde cinsel faaliyet bozuklukları.....	17
2.8.2 Kadınlarda cinsel faaliyet bozuklukları	18
2.8.3 Orgazmik faaliyet bozukluğu	18
2.8.4 Cinsel ağrı bozukluğu	18
2.8.5 Genel cinsel faaliyet bozukluğu	18
2.9 Kısırlıkta Etkili Faktörler Olarak Kaygı ve Psikolojik Stresler	19

2.10 Eşlerin Yaşının Kısırlığa Etkisi	19
2.11 Bilinmeyen Nedenlerle Kısırlık	20
2.11.1 Sekonder kısırlık	21
3. CİNSEL YAŞAM KALİTESİ	23
3.1 Evlilikte Psikolojik Sağlık	23
3.2 Cinsellik Üzerinde Düşünce ve Anlaşma	24
3.3 Harry Stack Sullivan Teorisi	25
3.4 Erik Erikson Teorisi	25
3.5 DSM-IV'e Göre Cinsel İşlev Bozukluklarına Ait Kavramlar	26
3.5.1 DSM-IV'deki dört aşamadaki bozuklukların tanımı	27
3.6 Cinsel İşlev Bozuklukları, Tanımlar ve Sebepler	28
3.7 DSM-IV' Göre Cinsel İstek Bozuklukları	29
3.8 Cinsel İşlev Bozukluğunun Genel Teorileri	30
3.9 Cinsel İşlev Bozukluklarının Çeşitleri	31
3.9.1 Erkeklerde düşük cinsel istek bozukluğu	32
3.9.2 Sertleşme bozukluğu	34
3.9.3 Erken boşalma	38
3.9.4 Geç boşalma	39
3.9.5 Kadında cinsel ilgi / uyarılma bozukluğu	40
3.9.6 Cinsel organlarda-pelviste ağrı / içe girme bozukluğu	42
3.9.7 Kadında orgazm bozukluğu	43
3.9.8 Maddenin / ilacın yol açtığı cinsel işlev bozukluğu	47
3.9.9 Tanımlanmış ve tanımlanmamış diğer cinsel işlev bozuklukları	47
4. DUYGUSAL ŞİDDET	49
4.1 Duygusal Gelişim ve Gelişimi Etkileyen Etkenler	49
4.2 Çocukların Duygusal Sosyalleşmesinde Ailenin Rolü	50
4.3 Duygusal İhmal	52
4.4 Grup İçerisindeki Duygusal Durum	53
4.5 Kadına Yönelik Şiddet ve İstismarın Tanımı	55
4.6 Duygusal İstismarın Tanımı	55
4.7 Duygusal İstismarın Çeşitleri	57
4.7.1 Saldırganlık	57
4.7.2 İnkâr	57
4.7.3 Hor görmek	58
4.7.4 İstismarcı ilişkileri algılamak	58
4.7.5 İstismarcı erkeklerin karakteristik ve sosyolojik özellikleri	59
4.7.6 İstismar mağduru kadınların karakteristik özellikleri	60
4.8 İstismarcılar ve Suçluların Davranış Bilimleri ile Birim Sınıflandırılması (FBI)	62
4.8.1 Öfkeden doğan intikam duygusu	62
4.8.2 Rahat ve güçlü	62
4.8.3 Sömürgeci	62
4.8.4 Sadist	62
4.9 Duygusal İstismar ve Psikolojik Şiddetin Sebepleri	63
4.10 Eşe Yönelik Duygusal İstismar veya Şiddetin Sebepleri	64
4.11 Kadınlara Yönelik Duygusal İstismarın Kültürel ve Sosyolojik Sebepleri	65
4.12 Evli Kadınların Duygusal İstismara Katılma Sebepleri	66
4.13 Kadınlara Yönelik İstismarın Etkileri ve Sonuçları	66
4.14 Kimsesiz, Kısır ve Baskı Altındaki Kadınlara Yönelik İstismarın Yaygınlığı ve Fazlalığı	69

4.15 Kişinin Kendine İstismarı	72
4.16 Sözlü İstismar	72
4.17 Kişilik ve Şiddet	73
4.18 Kadına Yönelik Şiddet ve İstismar Üzerinde Çalışmanın Kısıtlamaları (Kısır Kadınlar)	74
4.19 Kadın Hareketleri	75
4.19.1 Sığınma evi hareketi	75
4.19.2 Polis ve yasaların kadına yönelik şiddeti durdurma yönündeki önlemleri	76
4.20 Araştırmanın Geçmişi	77
4.20.1 İran'da yapılan araştırmalar	77
4.20.2 Diğer ülkelerde yapılan araştırmalar	78
5. YÖNTEM	81
5.1 Araştırmanın Evreni ve Örnekleme	81
5.2 Veri Toplama Araçları	81
5.2.1 Kişisel bilgi formu	81
5.2.2 Cinsel yaşam kalitesi ölçeği	82
5.2.3 Çok boyutlu duygusal istismar ölçeği	82
5.3 İşlem	83
5.4 Verilerin Analizi	83
5.5 Etik İlkeler	84
5.6 Sınırlılıklar	84
6. BULGULAR	85
6.1 Hasta ve Kontrol Grubunun Çeşitli Değişkenler Bakımından Dağılımları	85
6.1.1 Hasta ve kontrol grubunun demografik değişkenler bakımından dağılımları	85
6.1.2 Hasta ve kontrol grubunun evlilikle ilişkili değişkenler bakımından dağılımları	87
6.1.3 Hasta ve kontrol grubunun yaş, ilk evlilik yaşı, şimdiki eşi ile evlendiğindeki yaş ortalamaları bakımından dağılımları	88
6.1.4 Hasta ve kontrol grubunun travmatik olay yaşantısı değişkenleri bakımından dağılımları	89
6.1.5 Hasta ve kontrol grubunun psikolojik destek değişkenleri bakımından dağılımları	90
6.2 Hasta ve Kontrol Grubunun Cinsel Yaşam Kaliteleri ve Duygusal İstismara Maruz Kalma Düzeyleri Bakımından Karşılaştırılması	91
6.3. Hasta Grubunun Çeşitli Değişkenler Açısından Cinsel Yaşam Kalitelerinin ve Duygusal İstismara Maruz Kalma Düzeylerinin Karşılaştırılması	93
6.3.1 Hasta grubunun demografik değişkenler açısından cinsel yaşam kalitelerinin ve duygusal istismara maruz kalma düzeylerinin karşılaştırılması	93
6.3.2 Hasta grubunun eşlerinin eğitim durumuna göre cinsel yaşam kalitesi ölçeği ve çok boyutlu duygusal istismar ölçeği bakımından dağılımları ..	95
6.3.3 Hasta grubunun çalışma durumuna göre cinsel yaşam kalitesi ölçeği ve çok boyutlu duygusal istismar ölçeği bakımından dağılımları	96
6.3.4 Hasta grubunun evlilikle ilgili değişkenler açısından cinsel yaşam kalitelerinin ve duygusal istismara maruz kalma düzeylerinin karşılaştırılması	97
6.3.5 Hasta grubunun evlilik sürelerine göre cinsel yaşam kalitesi ölçeği ve çok boyutlu duygusal istismar ölçeği bakımından dağılımları	99

6.3.6 Hasta grubunun travmatik olay yaşantısı değişkenleri açısından cinsel yaşam kalitelerinin ve duygusal istismara maruz kalma düzeylerinin karşılaştırılması	101
6.3.7 Hasta grubunda hastane ortamında bulunup bulunmama göre cinsel yaşam kalitesi ölçeğinden ve çok boyutlu duygusal istismar ölçeği bakımından dağılımları	103
6.3.8 Hasta grubunda duygusal şiddete maruz kalıp kalmamaya göre cinsel yaşam kalitesi ölçeğinden ve çok boyutlu duygusal istismar ölçeği bakımından dağılımları	106
6.3.9 Hasta grubunda genel olarak travmatik olaya maruz kalıp kalmamaya göre cinsel yaşam kalitesi ölçeğinden ve çok boyutlu duygusal istismar ölçeği bakımından dağılımları.....	109
6.3.10 Hasta grubunun psikolojik destek değişkenleri açısından cinsel yaşam kalitelerinin ve duygusal istismara maruz kalma düzeylerinin karşılaştırılması	111
6.3.11 Hasta grubunda psikolojik destek alınıp alınmamasına göre cinsel yaşam kalitesi ölçeğinden ve çok boyutlu duygusal istismar ölçeği bakımından dağılımları	113
6.3.12 Hasta grubunda ilaç kullanıp kullanılmamasına göre cinsel yaşam kalitesi ölçeğinden ve çok boyutlu duygusal istismar ölçeği bakımından dağılımları	116
6.3.13 Hasta grubunda psikoterapi alınıp alınmamasına göre cinsel yaşam kalitesi ölçeğinden ve çok boyutlu duygusal istismar ölçeği bakımından dağılımları	118
6.3.14 Hasta grubunda çift terapisi alınıp alınmamasına göre cinsel yaşam kalitesi ölçeğinden ve çok boyutlu duygusal istismar ölçeği bakımından dağılımları	121
6.4 Kontrol Grubunun Çeşitli Değişkenler Açısından Cinsel Yaşam Kalitelerinin ve Duygusal İstismara Maruz Kalma Düzeylerinin Karşılaştırılması	123
6.4.1 Kontrol grubunun demografik değişkenler açısından cinsel yaşam kalitelerinin ve duygusal istismara maruz kalma düzeylerinin karşılaştırılması	123
6.4.2 Kontrol grubunda eğitim durumuna göre cinsel yaşam kalitesi ölçeğinden ve çok boyutlu duygusal istismar ölçeği bakımından dağılımları	124
6.4.3 Kontrol grubunda eşin eğitim durumuna göre cinsel yaşam kalitesi ölçeğinden ve çok boyutlu duygusal istismar ölçeği bakımında dağılımları	126
6.4.4 Kontrol grubunun evlilikle ilgili değişkenler açısından cinsel yaşam kalitelerinin ve duygusal istismara maruz kalma düzeylerinin karşılaştırılması	128
6.4.5 Kontrol grubunun travmatik olay yaşantısı değişkenleri açısından cinsel yaşam kalitelerinin ve duygusal istismara maruz kalma düzeylerinin karşılaştırılması	129
6.4.6 Kontrol grubunda travmatik olay yaşantısına göre cinsel yaşam kalitesi ölçeğinden ve çok boyutlu duygusal istismar ölçeği bakımından dağılımları	131
6.4.7 Kontrol grubunun psikolojik destek değişkenleri açısından cinsel yaşam kalitelerinin ve duygusal istismara maruz kalma düzeylerinin	

karşılaştırılması	133
6.4.8 Kontrol grubunda psikolojik destek alıp almamaya göre cinsel yaşam kalitesi ölçeğinden ve çok boyutlu duygusal istismar ölçeği bakımından dağılımları	135
6.4.9 Kontrol grubunda ilaç kullanımına göre cinsel yaşam kalitesi ölçeğinden ve çok boyutlu duygusal istismar ölçeği bakımından dağılımları	138
6.5 Hasta ve Kontrol Grubunun Cinsel Yaşam Kaliteleri ile Çok Boyutlu Duygusal İstismar Arasındaki İlişkiler.....	140
6.5.1 Hasta grubunun cinsel yaşam kalitesi ölçeği ile çok boyutlu duygusal istismar ölçeği bakımından dağılımları	142
6.5.2 Kontrol grubunun cinsel yaşam kalitesi ölçeği ile çok boyutlu duygusal istismar ölçeği bakımından dağılımları	142
6.5.3 Kontrol grubunun cinsel yaşam kalitesi ölçeği ile çok boyutlu duygusal istismar ölçeği bakımından dağılımları	144
7. TARTIŞMA VE SONUÇ.....	147
7.1 Tartışma.....	147
7.1.1 Hasta grubu ve kontrol grubunun cinsel yaşam kalitesi ve duygusal istismar uygulama ve maruz kalma açısından karşılaştırılmasına ilişkin tartışma.....	147
7.1.2 Hasta ve kontrol grubunda demografik, evlilik, travmatik yaşam deneyimi ve klinik değişkenlere göre cinsel yaşam kalitesi ve duygusal istismara ilişkin tartışma	148
7.1.3 Hasta ve kontrol grubunda cinsel yaşam kalitesi ile duygusal istismar arasındaki ilişki	153
7.2 Sonuç.....	153
EKLER.....	161
ÖZGEÇMİŞ.....	167



KISALTMALAR

DSM	: Amerikan Psikiyatri Birliği
EB	: Erken Boşalma
GB	: Geç Boşalma
KCIUB	: Kadında Cinsel ilgi/ Uyarılma Bozukluğu
SB	: Sertleşme Bozukluğu





ÇİZELGE LİSTESİ

Sayfa

Çizelge 3.1:	DSM-IV'e Göre Cinsel İşlev Bozukluklarına Ait Kavramlar	26
Çizelge 6.1:	Hasta ve Kontrol Grubunun Demografik Değişkenler Bakımından Frekans Dağılımları, Yüzdeleri ve Ki-Kare Bulguları	86
Çizelge 6.2:	Hasta ve Kontrol Grubunun Evlilikle İlgili Değişkenler Bakımından Frekans Dağılımları, Yüzdeleri ve Ki-Kare Bulguları	87
Çizelge 6.3:	Hasta ve Kontrol Grubunun Yaş, İlk Evlilik Yaşı ve Şimdiki Evliliğindeki Yaş Ortalamaları, Standart Sapmaları ve t testi Bulguları	88
Çizelge 6.4:	Hasta ve Kontrol Grubunun Travmatik Olay Yaşantısı Değişkenleri Bakımından Frekans Dağılımları, Yüzdeleri ve Ki-Kare Bulguları	89
Çizelge 6.5:	Hasta ve Kontrol Grubunun Psikolojik Destek Değişkenleri Bakımından Frekans Dağılımları, Yüzdeleri ve Ki-Kare Bulguları	90
Çizelge 6.6:	Hasta ve Kontrol Grubunun Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeğinden Aldıkları Ortalama Puanlar, Standart Sapmalar ve t testi Bulguları	91
Çizelge 6.7:	Hasta Grubunun Eğitim Durumuna Göre Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeğinden Aldıkları Ortalamalar, Standart Sapmalar ve t testi Bulguları	93
Çizelge 6.8:	Hasta Grubunun Eşlerinin Eğitim Durumuna Göre Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeğinden Aldıkları Ortalamalar, Standart Sapmalar ve t testi Bulguları.....	95
Çizelge 6.9:	Hasta Grubunun Çalışma Durumuna Göre Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeğinden Aldıkları Ortalamalar, Standart Sapmalar ve t testi Bulguları	96
Çizelge 6.10:	Hasta Grubunun Evlilikleri İçin Aile Onayı Alıp Almadıklarına Göre Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeğinden Aldıkları Ortalamalar, Standart Sapmalar ve Mann Whitney U testi Bulguları.....	97
Çizelge 6.11:	Hasta Grubunun Evlilik Sürelerine Göre Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeğinden Aldıkları Ortalamalar, Standart Sapmalar ve Kruskal Wallis ve Mann Whitney U Bulguları	100
Çizelge 6.12:	Hasta Grubunda Aile Üyesi Kaybı Yaşamış ve Yaşamamış Olanların Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeğinden ve Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeğinden Aldıkları Ortalama Puanlar, Standart Sapmalar ve Mann Whitney U Testi Bulguları	102

- Çizelge 6.13:** Hasta Grubunda Hastane Ortamında Bulunup Bulunmamaya Göre Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeğinden ve Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeğinden Aldıkları Ortalama Puanlar, Standart Sapmalar ve Mann Whitney U Testi Bulguları..... 104
- Çizelge 6.14:** Hasta Grubunda Duygusal Şiddete Maruz Kalıp Kalmamaya Göre Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeğinden ve Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeğinden Aldıkları Ortalama Puanlar, Standart Sapmalar ve Mann Whitney U Testi Bulguları..... 106
- Çizelge 6.15:** Hasta Grubunda Genel Olarak Travmatik Olaya Maruz Kalıp Kalmamaya Göre Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeğinden ve Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeğinden Aldıkları Ortalama Puanlar, Standart Sapmalar ve t testi Bulguları..... 109
- Çizelge 6.16:** Hasta Grubunda Psikolojik Rahatsızlık Bulunup Bulunmamasına Göre Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeğinden ve Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeğinden Aldıkları Ortalama Puanlar, Standart Sapmalar ve t testi Bulguları..... 111
- Çizelge 6.17:** Hasta Grubunda Psikolojik Destek Alınıp Alınmamasına Göre Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeğinden ve Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeğinden Aldıkları Ortalama Puanlar, Standart Sapmalar ve t testi Bulguları 114
- Çizelge 6.18:** Hasta Grubunda İlaç Kullanıp Kullanılmamasına Göre Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeğinden ve Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeğinden Aldıkları Ortalama Puanlar, Standart Sapmalar ve Mann Whitney U Testi Bulguları 116
- Çizelge 6.19:** Hasta Grubunda Psikoterapi Alınıp Alınmamasına Göre Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeğinden ve Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeğinden Aldıkları Ortalama Puanlar, Standart Sapmalar ve Mann Whitney U Testi Bulguları..... 118
- Çizelge 6.20:** Hasta Grubunda Çift Terapisi Alınıp Alınmamasına Göre Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeğinden ve Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeğinden Alınan Ortalama Puanlar, Standart Sapmalar ve Mann Whitney U Testi Bulguları..... 121
- Çizelge 6.21:** Kontrol Grubunda Gelir Durumuna Göre Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Alınan Ortalama Puanlar, Standart Sapmalar, Kruskal Wallis Testi ve Mann Whitney U Testi Bulguları 124
- Çizelge 6.22:** Kontrol Grubunda Eğitim Durumuna Göre Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeğinden ve Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeğinden Alınan Ortalama Puanlar, Standart Sapmalar ve t testi Bulguları 125
- Çizelge 6.23:** Kontrol Grubunda Eşin Eğitim Durumuna Göre Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeğinden ve Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeğinden Alınan Ortalama Puanlar, Standart Sapmalar ve t testi Bulguları ... 126
- Çizelge 6.24:** Kontrol Grubunda Evlilik Süresine Göre Cinsel Yaşam Kalitesi Alınan Ortalama Puanlar, Standart Sapmalar ve t testi Bulguları ... 128
- Çizelge 6.25:** Kontrol Grubunda Hastane Ortamında Bulunup Bulunmamaya Göre Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeğinden ve Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeğinden Alınan Ortalama Puanlar, Standart Sapmalar ve t testi Bulguları 129
- Çizelge 6.26:** Kontrol Grubunda Travmatik Olay Yaşantısına Göre Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeğinden ve Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeğinden Alınan Ortalama Puanlar, Standart Sapmalar ve t testi Bulguları ... 131

Çizelge 6.27:	Kontrol Grubunda Psikolojik Rahatsızlık Bulunup Bulunmamasına Göre Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeğinden ve Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeğinden Alınan Ortalama Puanlar, Standart Sapmalar ve Mann Whitney U testi Bulguları	134
Çizelge 6.28:	Kontrol Grubunda Psikolojik Destek Alıp Almamaya Göre Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeğinden ve Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeğinden Alınan Ortalama Puanlar, Standart Sapmalar ve Mann Whitney U testi Bulguları.....	136
Çizelge 6.29:	Kontrol Grubunda İlaç Kullanımına Göre Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeğinden ve Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeğinden Alınan Ortalama Puanlar, Standart Sapmalar ve Mann Whitney U testi Bulguları	138
Çizelge 6.30:	Hasta Grubunun Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği ile Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanlar Arasındaki Pearson Korelasyon Matrisi	140
Çizelge 6.31:	Hasta Grubunun Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği ile Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeğinden Aldıkları Puanlar Arasındaki Pearson Korelasyon Matrisi	142
Çizelge 6.32:	Kontrol Grubunun Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği ile Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanlar Arasındaki Pearson Korelasyon Matrisi	143
Çizelge 6.33:	Kontrol Grubunun Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği ile Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeğinden Aldıkları Puanlar Arasındaki Pearson Korelasyon Matrisi	144



KISIRLIK TEDAVİSİ GÖREN KADINLARIN CİNSEL YAŞAM KALİTESİNDE, DUYGUSAL İSTİSMARIN ROLÜNÜN İNCELENMESİ

ÖZET

Bu çalışmanın temel amacı, infertilite tedavisi gören evli kadınların tedavi sürecinde veya öncesinde eşleri tarafından duygusal istismara maruz kalmaları ve cinsel yaşam kaliteleri arasındaki ilişkinin infertilite tedavisi görmeyen ve çocuk sahibi olan evli kadınlarla karşılaştırılmasıdır.

Araştırma örneklemini, 2017 Mart- 2018 Mart döneminde İstanbul ilindeki özel hastanenin Kadın Doğum Kliniğinde tedavi gören 50 infertil, evli kadın ve özel hastanenin başka kliniklerine başvurmuş 50 fertil, evli kadın olmak üzere 100 kişiden kolayda örnekleme yöntemi ile oluşturulmuştur. Katılımcılara Kişisel Bilgi Formu, Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği (CYKÖ) ve Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği (ÇBDİÖ) verilmiştir. Verilerin Analizi'nde ki-kare analizi, Bağımsız örneklem, T-testi, Tek yönlü varyans analizi, U Testleri ve Pearson Korelasyon Analizi kullanılmıştır.

Araştırma sonucunda kısırlık tedavisi gören kadınların, tedavi görmeyen kadınlara göre duygusal istismara maruz kalma ve uygulama, cinsel yaşam kalite düşüklüğü veya yükselişi, açısından anlamlı düzeyde farklılaştığı tespit edilmiştir. Ayrıca en çok uygulanan şiddet türü, eğitim düzeyleri, çalışıp çalışmama durumu, evlilikleri için aile onayı, aile üye kaybı, hastane ortamında bulunup bulunmamaları, travmatik olay yaşantısı, psikolojik rahatsızlık yaşantısı, psikolojik destek ve bazı sosyo-demografik değişkenler açısından da infertil ve fertil kadınlar arasında anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Araştırmada yapılan regresyon analizi sonucuna göre ise; kısırlık tedavisi gören kadınlarda duygusal istismar arttıkça cinsel yaşam kalitesinin düştüğü tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: *İnfertilite, fertil, cinsel yaşam kalitesi, duygusal istismar.*



INVESTIGATION OF THE ROLE OF EMOTIONAL ABUSE ON SEXUAL LIFE QUALITY OF WOMEN UNDERSTANDING TREATMENT

ABSTRACT

The main aim of this study is to compare the relationship between married women who have been treated for infertility and their sexual abuse by their spouses before and during the treatment period and compare them with married women who do not have infertility treatment and who have children.

The research sample was composed of 50 infertile, married women private who applied to a hospitals, 50 fertile, married women and 100 infertile women who were treated in the Gynecology Clinic of a private hospital in between March 2017 to-March 2018. Personal Information Form for Participants, Sexual Life Quality Scale and Multidimensional Emotional Abuse Scale were given. Chi-square analysis, Independent sample, T-test, One-way analysis of variance, U tests and Pearson Correlation Analysis were used in the analysis of the data.

As a result of the research, that women who are receiving infertility treatment differed significantly in terms of exposure to emotional abuse and ego, sexual life quality decrease or rises according to untreated women. In addition, infertility and fertile women in terms of violence type, education level, working status, family approval for their marriage, loss of family member, presence in hospital environment, experience of traumatic events, psychological disturbance, psychological support and some socio-demographic variables significant differences a maunts groups were found. According to the results of the regression analysis; It has been determined that the quality of sexual life decreases as emotional abuse increases in women receiving infertility treatment.

Keywords: Infertility, fertile, sexual quality of life, emotional abuse.



1. GİRİŞ

1.1 Çalışma Konusu

Cinsel yaşam kalitesi cinsel sağlık ve üreme alanındaki en önemli konulardan biridir (Lazdaneh ve ark. 2011). Bu durum bireyin kültürü, değerler sistemi, hedefleri, beklentileri, standartları, öncelikleri ve farkındalığa dayalı olan yaşam kalitesine benzemektedir (Karagole ve ark. 2011). Yani tamamen zihni ve kişinin kendi cinsel işlevini idrak etmesine bağlıdır. Cinsel mutsuzluk, genel hayatta mutsuzluk gibi psikolojik ve fiziksel birçok etkiye sebebiyet verebilir (Loots, 2000)

Cinsel yaşamın kalite düzeyi ve cinsel doyuma ulaşmak çiftlerin genel yaşamdaki mutluluğu ve kalitesi ile karşılıklı sıkı bir ilişki içerisindedir, öyle ki cinsel hayattaki tatminsizlik normal hayattaki kaliteyi düşürür ve normal hayattaki kalitesizlik ise çiftlerin cinsel hayatını olumsuz yönde etkiler (Dünya Sağlık Örgütü, 2006)

Delamater'e (2012) göre cinsel performans zihni ve nesnel olarak iki boyuttan oluşur. Cinsel mutluluğun zihni boyutta olan yönleri, kişilerin yaşam kalitesi ile bağlantılıdır.

Krosh'un (2007) görüşüne göre ise cinsel performans hayatın tümünü etkileyen, insan sağlığının ayrılmaz parçasıdır.

Arrington'a (2004) göre uygun ve başarılı cinsel performans bütün fiziksel, psikolojik, sosyolojik ve duygusal faktörlerin etkileşiminden meydana gelir. Sonuç olarak kişide yüksek bilişsel randıman ve sonraki cinsel ilişkilere daha meyilli, motive olması gözlenebilir. Elde bulunan kaynaklara bakıldığında cinsel yaşam kalitesinin anlamının üzerinde fazla durulmadığını görebiliriz. Çalışmanın en önemli iddiasını doğrulayan ise kalitenin geniş ve bitişik bir yelpaze olmasına rağmen bu alandaki tanımlamaların sayılabilir düzeyde olmasıdır.

Compas ve Beckjord (2005)'a göre cinselliğin kalitesi; cinsel çekicilik duygusu, cinsel faaliyette bulunma isteği ve cinsel aktivitenin algılanabilmesine denir. Schoober'in tarifine göre cinsel yaşamın kalitesi; cinsel istek, cinsel güç ve şartlardan etkilenebilen karşılıklı ve dinamik bir modeldir.

Rosen'e (2002) göre cinselliğin kalitesi; cinsel performans, cinsel kuvvet, cinsel yeterlilik, cinsel zevk, ilişkiden mutlu olmak ve genel mutluluktur. Bu araştırmacı cinsel yaşam kalitesi kavramının oluşması yolunda, zikredilen faktörlerin arasındaki bağlantıyı şöyle açıklıyor: cinsel performans kişinin cinsel gücünü etkileyip cinsel öz yeterliliğini arttırarak cinsel memnuniyete yol açar. Cinsel memnuniyeti elde etmek, ilişkide memnuniyeti getirir ve sonuç olarak çiftin genel mutluluğuna dönüşür. İlişkide memnuniyet ile genel mutluluk, çiftin cinsel performansının iyileşmesi ile neticelenir.

Kadınların sağlığı tüm yaşam evrelerinde, doğumunun öncesinden başlayarak yaşlılığa kadar birçok faktörün etkisi altındadır. Kadınların çoğu için cinsel etkinlik olumlu ve mutluluk verici bir olaydır. Cinsellik, ilişkinin en temel bileşenlerinden biridir. Kuşkusuz cinsel memnuniyet ile ilişkinin genelinden memnuniyet arasında olumlu ve yüksek dereceli bir bağ vardır. Cinsel mutluluk ile aile temelini sağlamlığı bağlantılıdır (Ghahhari ve ark. 2006)

Cinsel memnuniyet, cinsel ilişkinin hem duygusal hem fizyolojik yönlerini kapsayan çok boyutlu bir kavramdır. Duygusal açıdan ailede olumsuz davranış ve şiddet; çeşitli fiziksel, cinsel ve duygusal davranışlardan oluşur ki bu da kurbanın davranışlarını kontrol edip ona hakimiyet kurmak için yapılır. Diğer bir deyiş ile duygusal şiddet; kurbanın istemi dışında yapılan, genellikle zayıf ve savunmasız kişilere uygulanan bir nevi güç suiistimalidir.

Duygusal şiddete her ırkta, her yaş grubunda, ekonomik seviyede, eğitim düzeyinde ve milliyette rastlanabilir. Başka bir tanıma göre duygusal şiddet kadının aleyhinde yapılan her türlü kasti davranıştır ve fiziksel, duygusal, cinsel birçok şiddeti kapsar. Fiziksel şiddetin bir örneği fiziksel şiddettir. Vücuttaki izlerden dolayı teşhis etmesi kolay olabilir. Duygusal veya psikolojik şiddet; hakaret etmek ve umursamamak gibi örneklendirilebilir. Bu boyutun açık belirtileri yoktur. Duygusal şiddet uzun vadede fiziksel şiddetten daha fazla zarar verici olabilir ama ispatı zordur. Fakat fiziksel şiddet türlerinin birçoğu duygusal ve psikolojik şiddetle beraberdir. Kurbanın, failin tecavüzüne maruz kaldığı cinsel şiddet; kurban için facia boyutunda sonuçlar doğurabilir (Nourani ve ark. 2009)

Duygusal şiddet çocuk, ergen veya yetişkin herkes tarafından uygulanabilir. Yani bütün bireyler farklı düzey ve kapsamda duygusal şiddet sergileme potansiyeline sahiptirler.

Bu yüzden ne kadar erken anlaşılıp engellenirse, gelecekte tekrar etme ihtimali o kadar azalır. Duygusal şiddet gizlilik temelinde yapılır ve devam eder. Bu bakımdan sessizliği bozup, gizliliği ortadan kaldırmak duygusal şiddeti önlemek adına büyük bir adım olur (Ghahhari ve ark. 2006).

1.2 Problemi Bildirme

Günümüzde cinsel yaşamın kalitesiyle memnuniyet ve hayatın genel kalite düzeyi arasında karşılıklı ve iç içe bir bağın olduğu konusunda fikir birliği mevcuttur, öyle ki cinsel kalitenin düşüklüğü toplumdaki sağlık durumu ve kişilerin hayatının genel kalitesi ile alakalı bir tablo sunabilir (Dünya Sağlık Örgütü, 2006). Bu anlamda yapılan araştırmaların birçoğunda kullanılan en fazla oran, cinsel performanstaki bozukluklardır.

Yapılan araştırmalar, kadınlarda cinsel bozuklukların erkeklere göre daha yaygın olduğunu göstermektedir. Amerikalı kadınlar arasında yapılan araştırmalardan elde edilen sonuçlara göre, bu tür bozukluklar %30 ile %60 gibi bir orana tekabül ediyor. Öyle ki bu oranların yaşın artması ile özellikle menopoz döneminden sonra, özel hastalıklara yakalanma ve bazı ilaç gruplarını tüketmekle birlikte arttığı görülmüştür (Belami ve ark. 2011).

Bu yüzden kadınların cinsel hayat kalitesinin erkeklere oranla daha kırılgan ve bozulmaya açık olması beklenir bir durumdur. Ayrıca, genellikle cinsel performanstaki bozukluk teşhis edilmeyerek tedaviye alınmadan devam eder. Bu durum kişilerin yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkileyerek, patolojik bozuklukların ortaya çıkmasına neden olur (Mitchel, 2003). Öte yandan, duygusal şiddet birçok ülkenin sağlık ve cinsel yaşam alanındaki en büyük sıkıntılardan biri haline gelmiştir ki bu durum fiziksel ve psikolojik anlamda kurbanlar için çok sayıda olumsuz sonuçlar doğurmaktadır (Ghahhari ve ark. 2006).

Bu nokta dikkate alındığında kadınlardan bir grubun neden diğerlerinden daha fazla duygusal şiddette maruz kaldığı veya duygusal şiddeti kabul edecek hangi özelliğe sahip olduğu önem kazanıyor. Diğer deyişle duygusal şiddetle direkt bağlantılı olan

faktör kişiliktir. Buda kişiliğin duygusal şiddete zemin oluşturabileceği anlamına gelir. Kadınların bir bölümü düşük özgüven, utangaçlık ve kırılğan, duygusal yapı gibi karaktere bağlı bazı özelliklerinden dolayı, kurban olmaya aday haline geliyorlar. Kişilik psikolojisi insanla bağlantılı olan, yani insan mahiyeti ve kişisel farklılıklarla alakadardır. Psikologlar, insanlar arasındaki benzerlikleri kabul ederler ama odak noktaları daha çok, insanların birbirinden farklılıklarıdır. Neden bazı insanlar başarılı, bazıları ise başarısızdır? Neden olaylarda izlenimleri farklı olur? Neden sadece bir grubun psikolojik baskı sorunu vardır? Neden diğer grupta böyle bir problem gözlemlenmiyor? (Jankiz ve ark. 2001) Başka açıdan, neden bazı insanlar duygusal şiddetin sergilenmesine müsaade eder ama bazıları ise etmez?

Bu nedenle duygusal şiddetin, kişiliğin belirleyici dış etkenlerinden biri olarak gizli katmanları etkisi altına aldığı söyleyebiliriz.

Kadınların (evli, bekar) duygusal şiddet ile kişilikleri arasında bağlantı olduğu ön görülüyor. Duygusal şiddet, kadınlara yönelik olumsuz davranışlar arasında en yaygın ve en zarar verici konuma sahiptir ve buna maruz kalan kişinin karakterinin farklı boyutlarını etkisi altına alır. Duygusal şiddet çocuk, ergen veya yetişkin tüm yaş gruplarında rastlanabilir bir davranış biçimidir, yani bütün insanlar duygusal şiddet sergileme potansiyeline sahiptirler. Bu nedenle duygusal şiddetin bir an önce teşhis edilip önlenmesi gelecekte tekrarlanmaması açısından önem taşır (Amir Khalifi, 2005).

Duygusal şiddet gizlilik çerçevesinde yapılır ve devam eder. Bu yüzden sessizliğin kırılması ve gizliliğin ortadan kaldırılması duygusal şiddetin devamlılığını sonlandırmak bakımından temel adım sayılır. Araştırmacı bilim adamı; Lee, kısır Çinli çiftlerin psikolojik, sosyolojik yanıtlarına dair yaptığı araştırmada; erkeklerin kadınlara göre daha az strese girdiklerini ve özgüvenlerinin kadınlara kıyasla daha yüksek olduğunu, ayrıca eşleri ile olan birlikteliklerinden ve cinsel yaşamlarından daha memnun oldukları sonucunu ortaya çıkardı (Amir Khalifi, 2005).

Eşlerinin istismarına özellikle duygusal şiddetine maruz kalan kadınların büyük bir kısmı, eşlerini terk etmeyip aynı evde yaşamaya devam ederler ve eşlerinin duygusal şiddetine katlanırlar.

Duygusal şiddete katlanmalarının nedenleri şunlardır:

- Kültürleri,

- Kocalarının intikam almak istemelerinden korkmaları,
- Kendilerinin suçlu olabileceğini düşünerek vicdan azabı duymaları ayrıca çocuklarının geleceklerinden endişe etmeleri,
- Evde kalmaya devam edip eşleri ile konuştukları takdirde, eşlerinin düzeleceğine inanmaları,
- Yasal ve sosyal korumalardan yararlanamama korkusu,
- Yalnızlık, kimsesizlik ve ekonomik problemlerden korkmalarıdır (Amir Khalifi, 2005).

Eşlerinin duygusal suiistimaline maruz kalan kadınların uğradıkları duygusal şiddete eşlik eden faktörlerden bazıları; terk edilmek, boşanmak, dul olmak, üç çocuk veya daha fazlasına sahip olmak ve sosyal destekten yoksun olmak gibi sebeplerdir. Aylık geliri düşük olan kadınlar, evdeki şiddete daha çok katlanırlar ve duygusal suiistimali daha fazla kabul ederler (Ruiz-Perez ve ark. 2006).

1.3 Tezin Amacı ve Önemi

Bu araştırmanın amacı hayatın dönüm noktalarını ve bireylerin psikolojik yapısını; ihtiyaçları, etkileyen faktörleri, önleyici engelleri tanımak, büyüme ve gelişimine istatistiksel ölçütlerine ve genelde daha çok dış etkenlerden etkilenen kişiliğin yönlerine vakıf olmak vurgulanan ve doğrulanan bir zarurettir. Bu hem insanların kişiliklerine yön verirken kesinlikle ihtiyaç duydukları bir konudur hem de eğitimci ve yetiştirici unsurlar ve kurumların tanımlamasını aradığı bir husustur.

Duygusal şiddet bir çeşit sosyolojik bozukluktur ve bireylerin kişiliğine tahrip edici etkiler bırakır. Bu sorunla mücadele etmemek, önlem almamak kişisel ve toplumsal açıdan çok ağır sonuçlar doğurabilir. Bundan dolayı duygusal şiddetin, sebepleri ve tetikleyen etkenlerini tanımak ruhsal sağlığımızın korunmasına sebep olur. Bir taraftan kadınlar her toplumda çok önemli bir konuma sahiptirler ve toplumun milli zenginliği sayılırlar ki kişiliklerine duygusal suiistimal neticesinde zarar geldiği zaman, hem onların hem de toplumun gövdesinde telafisi imkansız hasarlar oluşabilir. Öte yandan insanlar su, yemek ve oksijen gibi temel ihtiyaçlarının yanı sıra duygusal ihtiyaçlarını da gidermek zorundadırlar. Ruhsal ihtiyaçlara yönelik bir tehdit varsa, bireyler verimliliğe ulaşamazlar ve kişilikleri düzgün bir şekilde gelişme ile

olgunlaşamaz. Buna istinaden, duygusal şiddet kadınların cinsel yaşantısını da etkiler. Sonuç olarak bu konunun ve bu araştırma sahasının üzerine gitmek, duygusal olarak baskı altında yaşayan kısır kadınların ve çok sayıda araştırmanın da doğruladığı sorunlarını tanımlamakta faydalı olabilir.

Bu araştırmada infertilite tedavisi gören ve görmeyen kadınlarda cinsel yaşam kalitesi ve duygusal istismar arasındaki ilişkinin incelenmesi amaç edinmiştir. Çalışmada, duygusal istismarın, kısır kadınların cinsel yaşamının kalitesine etkisi incelenecektir.

1.4 Araştırmanın Hipotezleri

- Kısır kadınların duygusal istismara maruz kalma düzeyleri ile kontrol grubundaki kadınların duygusal istismara maruz kalma düzeyleri arasında anlamlı fark vardır.
- Kısır kadınların cinsel yaşam kaliteleri ile kontrol grubundaki kadınların cinsel yaşam kaliteleri arasında anlamlı fark vardır.
- Kısır kadınların cinsel yaşam kaliteleri ile duygusal istismara maruz kalma düzeyleri arasında anlamlı ilişki vardır.
- Kısır kadınların cinsel yaşam kaliteleri ile duygusal istismar uygulama düzeyleri arasında anlamlı ilişki vardır.

1.5 Değişkenlerin Kavramsal Tanımları

Duygusal şiddet:

Duygusal şiddet, başkaları tarafından sürekli eleştiri, suçlama, tehdit, zorbalık ve duygularına her türlü uygunsuz yanıt vermek duygusal şiddet olarak tanımlanır (O'Hagan, 2006).

Bundan kasıt, kurbanı kontrol etme amaçlı ve onun istemi dışında sergilenen davranıştır ve maruz kalan şahısta çok ağır tahribata sebep olabilir. Duygusal şiddeti iki boyuttan oluşmaktadır; birincisi istismareden kişi (fail boyutu), ikincisi ise suiistimale maruz kalan kişidir. Mevcut araştırmada daha çok ikinci boyutun üzerinde durulacaktır.

Cinsel yaşamın kalitesi:

Schober'in görüşüne göre cinsel yaşam kalitesi; cinsel istek, cinsel güç ve şartlardan etkilenen karşılıklı ve dinamik bir modeldir.





2.TEORİK TEMELLER VE ARAŞTIRMANIN GEÇMİŞİ

2.1 İnfertilite

İnfertilite (kısır), kavramı asıl sorunları hamile kalamayan kadınlar için kullanılır. İnfertilite, en az bir yıl her hangi bir doğum kontrol yöntemi kullanmaması ve düzenli cinsel ilişki olmasına rağmen gebeliğin gerçekleşmemesi olarak tanımlanır. Kadınlarda kısırlığın nedenleri birçok etkene bağlı olabilir. Kadının kısır olması, kendisinin veya eşinin vücudundaki farklı sebeplerden dolayı kaynaklanmaktadır. Buna göre kısırlık çocuk sahibi olmalarını engelleyen, sorunları olan kadınlar ve erkeklere ithafen söylenir. Ancak bu kusurlar çocuk sahibi olmalarını imkansız kılacak nitelikte değildir, belki de bu tip çiftler kendiliğinden veya tıbbi tedavi ya da başka evliliklerle çocuk sahibi olabilirler. Dünya çapında kadın ve erkek infertil oranlarına bakıldığında; çiftlerin %8'inin ya da yaklaşık 50-80 milyon kişinin infertilite'nin bir biçimini yaşadığı bildirilmektedir. Türkiye'de bu oranın %10-15 seviyesinde olduğu düşünülmektedir.

2.1.1 Doğuramamak

Kısırlık ile doğuramamak iki benzer terim olsalar da tanımsal olarak aralarında fark vardır. Ancak ikisi de sonuç olarak çocuk sahibi olamama gerçeğini açıklar.

“Doğuramayan” terimi canlı veya yaşama imkanı olan bebek doğuramayan kadınlar için kullanılır. Bu kadınlar hamile kalabilirler hatta gebelikleri birkaç ay sürebilir ama cenin rahim dışında yaşama gücüne erişmeden dünyaya gelir ya da anne karnındaki gelişim aşamasında çeşitli sebeplerden ötürü ölür ya da ölü doğar. Bu tip kadınlar gebe kalabilmelerine rağmen sağlıklı ve canlı bebek doğuramadıkları için doğuramama sorunuyla anılırlar. Genel anlamada doğuramayan, gebe kalmalarına rağmen kusur ve eksiklikler nedeniyle gebelik döneminde bebeği kaybedip doğurmayı başaramayan kadınlara denir.

2.1.2 Menopoz

Menopoz biyolojik ve fizyolojik fonksiyonların azalması ile belirlenen bir dönemdir. Kadınlar için menopoz dönemi 40-50 yaş arasındadır ki %50'sinden fazlası için tatsız bir deneyim olarak tanımlanır. Erkekler için bu dönemin belirgin sınırları yoktur çünkü erkek hormonları hayatlarının beşinci ve altıncı 10 yılına kadar nispeten baki kalır.

Kadınlarda bu dönemdeki tecrübeler kademeli olur zira östrojen salgısı regl sayısının azalması, süresinin düşmesi ve nihayetinde sona ermesi gibi kademeli gerçekleşir, bazı kadınlarda ise kaygı ve depresyona neden olur. Erkeklerin de biyolojik fonksiyonların ve fiziksel gücün azalmasına alışmaları gerekir. Bu buhran hafif veya şiddetli olabilir. Ağır depresyonları iş ve evlilik ilişkisi anlamında ani değişikliklerle dışa vurabilir. Genel anlamda menopoz regl dönemlerinin son bulması, hormonal ve yumurtlamaya dair faaliyetlerin sona ermesi demektir.

2.1.3 Orgazm

Orgazm, beynin cinsel uyarıları yoğun bir şekilde alması sonucu vücudun genital bölgelerinin eş zamanlı olarak bu uyarıya karşılık vermesi olarak tanımlanır. Bu durum erkekte meni boşalmasının benzeridir (Saram, Mahmoud, 1987, sayfa 12).

2.1.4 Kısırlık (kalıcı verimsizlik)

Saram ve Mahmoud (1987)'a göre kalıcı kısırlık nedeni tıp biliminin henüz kesin olarak tespit edilebilmiş değildir. Kadınlarda yumurtlama ve rahimle ilgili sorunlar, yaşının ilerlemesi, erkeklerde ise spermle ilgili sorunlar ve farklı problemlerden dolayı kaynaklı kısırlığa neden olabilir. Bazen çeşitli hastalıklardan dolayı üreme sisteminde kalıcı problemler oluşmuş olabilir. Bu yüzden bu grup kadın ve erkekler için tedavi yaralı olmayacaktır.

2.2 Kısırlığın Kısa Tarihi

Günümüzde tarihin her dönemine kıyasla, uzmanların çiftlere kısırlıklarını yenmelerine dair yardım konusunda daha başarılı oldukları görülmektedir. Buna rağmen çocuk doğuramama sorununun tedavi yöntemlerini de az çok dikkate almak gerekir. Dcehency ve Harris "Kısırlığın Tarihi" isimli makalede çocuk doğuramama sorununun teşhis ve tedavisine yönelik kat edilen mesafeyi "Antik Mısır" döneminden günümüze kadar mercek altına aldılar. Şunu unutmamalıyız; Williams

(1994) yeni çağda yaşayan insanların karşılaştığı kısırlık problemlerinden dolayı, doktorların uyguladığı yöntemlere güvendikleri kadar, yaşadığı eski bilim döneminde kullanılan tedavi yöntemlerine güvendikleri söylenmiştir (Aghzi, Malek Mansour, 1999).

1982 yılında, yumurtlama döneminde olan yaklaşık her 10 evli kadından biri hayatında hamile kalmak için profesyonel yardıma ihtiyaç duyduğunu ifade etmiştir. Verimsizlik servislerini kullanma başvuruları 1981 yılında artmaya başlamıştır. Bu merkezlere başvuru sayısı 1968'de 60.000, 1970'li yılların başında yılda 1 milyon ve 1980'li yılların başında ise yılda 2 milyona yükseldi. 1982'den 1988'e kadar verimsizlik servislerini kullanmak isteyen kadın sayısı 1,1 milyondan 1.35 milyona çıktı ki bu %25'lik artışa tekabül etmektedir. 80'li yıllarda verimsiz çiftlerin oranında somut bir değişiklik görülmedi. 1988'de son dönemde evlenen tüm çiftlerin %7,9'unun kadınları çocuk yapma yaşında olmasına rağmen verimsiz sayılıyorlardı. Cerrahi operasyonlar neticesinde kısır kaldıkları zamanları saymayarak bu oran %13,9'a ulaşıyordu. 1988'de 15-44 yaş arası amerikalı kadınların %8,4'ü çocuk sahibi olamıyordu (4.9 milyon kadın), ve kadınların %25'i hayatları boyunca verimsiz bir dönemi tecrübe etmişlerdir (Speroff, 1992) (Çeviri: Hematknah, Farhad, 1998, Sayfa 704).

70'li yıllar boyunca gelen raporlara göre kadınlarda hamilelik sorunları yetersiz beslenme, alkol ve sigara tüketimi, uyuşturucu kullanımı, genital bölge enfeksiyonları gibi faktörlerle bağlantılıdır. Ayrıca 15 yaş ve altı kadınlar fizyolojik gelişimlerinin tamamlanmaması sebebiyle hamilelik sorunu yaşayabilirler (Williams, 1994) (Aghzi, Malek Mansour, 1999).

2.3 Geçmişten Bu Güne Kısırlığın Özeti

Kısırlık yani gebe kalamamanın tanımı, hiçbir koruma yöntemi kullanmadan 12 ay düzenli olarak cinsel birleşmeye girdikten sonra gebe kalamama durumuna denir. Ulusal yoklamaların sonuçlarına göre ABD'de evli kadınların %13-14'ü gebe kalamamaktadır. Ve bu tahmin Britanya'da yapılan çalışmayla da aynıdır. Bu istatistikler kısırlığın birçok çift için acı dolu bir tecrübe olduğunu göstermektedir. Kısırlığın genel oranları geçen 25 senede biraz değişkenlik göstermiştir. Buna rağmen kısırlık yaşayan kişileri muayene eden doktorların sayısı her geçen gün

artmaktadır (ABD’de 1968’den 1988’e kadar yaklaşık, 600 bin kişiden 1,6 milyon kişiye yükselmiştir.) Aynı zamanda tedavi için başvuran genç çiftlerin de sayısı artmaktadır. Daha fazla çift için (%80-%90) tıbbi teşhis ve gebeliğe ulaşma ihtimali %50 artmıştır. Kısır kadın ve erkeklerin ayrı ayrı oranlarına dair net bir istatistiksel çalışma yoktur ancak epidemiyolojik çalışmalara istinaden %30-40’ın erkeklere özgü faktörlere ve yaklaşık % 10’unun kadın veya erkeklerde bulunan bilinmeyen nedenlere bağlı olduğu tahmin edilmektedir (Farahani, Mohammad Naghi, 2001, sayfa 53).

2.4 Kısırlığın Türleri

Doğurganlık gücü, üreme yeteneği olarak tanımlanır ve gebeliği başlatma ve devam ettirme becerisine denir. Kısırlık korunma ilaçları kullanılmadan 1 yıl boyunca devamlı cinsel birleşmeye girildikten sonra gebe kalamama durumudur ki gebelik ve üreme gücünün azaldığının göstergesidir (Ryan ve ark. 1999, çeviri Ghazijahani ve Ghotbi, 2007).

Genel olarak kadının evlendikten ve ortak hayattan sonraki iki sene içerisinde hamile kalamaması, kısırlığın belirtisi olabilir. Fakat bazen kısırlığın tespiti için iki senenin geçmesi şart değildir ve kişi başka belirtilerden kısırlık durumunu fark edebilir (Saram, Mahmoud, 1999).

Kısırlığın üç bölüme ayırabiliriz:

- 1- Primer kısırlık: Daha önce hamileliğe dair hiçbir belirtinin kadında görülmediği başka deyişle kadının hiç hamile kalmadığı verimsizlik durumudur.
- 2- Sekonder kısırlık: Kısırlığı olan erkek ve kadındır. Ancak daha önce başka kadın ve erkekle evlenerek çocuk sahibi olmuştur. Başka deyişle fiili sorundan önce en az bir kez hamilelik gerçekleşmiştir.
- 3- Nisbi kısırlık: Üreme sistemindeki sorunun ağır olmadığı, zaman içerisinde kendiliğinden düzeliş çocuk yapma zeminini hazırlayan kadın ve erkektir. Özellikle her biri sağlıklı olan başka kişilerle evlenirse çocuk sahibi olabilir (Saram, Mahmoud, 1987, sayfa 194).

2.5 Kısırlığın Epidemiyolojisi

ABD’de ilk nüfus sayımı 1790 yılında yapıldı. O dönemde doğum oranı her 100 kişiye 55 iken, her kadına 8 doğum kaydedilmiştir. 200 yıl sonra bu oran 1000 kişiye 15,5 ve kadın başı doğum ise 1,8 olarak düşüş yaşamıştır. ABD’deki doğurganlığın azalmasına birkaç açık sebep ve birkaç varsayım söylenebilir.

- Kadının rolü ve isteklerinin değişmesi
- Evlenmeyi ertelemek
- İlk doğurma yaşının yükselmesi
- Korunma yöntemlerinin yaygınlaşması
- Kürtajın yasallaşması
- Çevresel sebepler
- Yetersiz ekonomik durumlar

Evliliğin ertelenmesi ve evliliklerde hamileliği geciktirmek, modern toplumların en belirgin değişim noktalarından birisi sayılmaktadır. Ancak doğurganlığın genel düşüşünün sadece %16’sı evlenme yaşının yükselmesiyle alakalıdır. %83’ü ise evlendikten sonraki döneme aittir (Evliliğin ilk yılında hamilelikten korunma.) (Speroff, 1992) (Hemmatkhah, Farhad, 1997).

Yapılan araştırmalara göre kısırlığın yaygınlığı çeşitli bölgelerde %10 ile 18 arasında değişmektedir. ABD’de yapılan bir incelemede 1982’de 4,5 milyon olan verimsiz kişi sayısı 1995’de 6,2 milyon kişiye çıkmıştır. 20-40 Yaş arasındaki Amerikalı kadınların verimsizlik oranı 1965 yılında %3,6’dan 1982 yılında %10,5’e yükselmiştir.

Amerikalı 30-34 yaş arasında bulunan her 7 çiftten, 35-39 yaş arasında bulunan her 5 çiftten ve 40-45 yaş arasında bulunan her 4 çiftten 1’i verimsizlikle boğuşmaktadır.

1997 yılında Tahran’da 20-23 yaş arasındaki 1992 Tahranlı kadın üzerinde araştırma yapıldı. Kadınların %78,1’i evliliğin ilk yılında hamile kalmışlar ve verimsizlik oranı %21,9 olarak belirlenmiştir. İsfahan’da 1996’da yapılan başka araştırmada bu şehirdeki kısırlığın oranı %15,1 olarak açıklanmıştır.

Kısırlık hayatımızda çok önemli bir stres kaynağıdır ve doğurganlık konusunda başarısızlığı kabullenmek elbette zordur. Birçok çift tekrarlanan, acı verici ve hiçbir

ilerleme kaydetmeyen tedavi süreçleri ile tedavisiz bir dönemle karşı karşıya kalıyorlar ve sonunda hamilelik hayali kuran çiftte hedefe karşı bir zafiyet ve umutsuzluk ortaya çıkmaya başlar (Mohammadi, Mohammad Reza, 2001).

2.6 Kısırlığın Nedenleri

2.6.1 Stres

Stres; yumurtalık ve rahimin sağlığını, kadınların hormonal dengesini, androjenleri, hatta bağışıklık ve sindirim sistemini etkileyebilen çok önemli faktörlerden biridir. Bu faktör aynı seviyede erkeklerdeki verimsizlikte de rol oynar. Bazı raporlara göre ileri derecede psikolojik sorunu olanlar hatta negatif insanlar açık bir şekilde doğurganlık şanslarını kaybetmektedirler. Meditasyon, danışmak, ibadet, yoga tarzı düşünce odaklı sporların egzersizleri, bazı esanslar ve bitkisel karışımlar gibi enerji kaynağı ilaçları kullanmak ve masaj stresi gidermek için önerilen bazı yollardır. (Amir Arjmand, Taheri Panah, 1998)

2.6.2 Cinsel birleşmeden sonra kullanılan ilaçların zararları

Cinsel birleşmeden sonra kullanılan ve gebeliği önlemek için acil yöntem olarak içilen ilaçlar, yararlı etkilerine ve hamileliği geçici olarak engellemesine rağmen son araştırmalara göre verimsizliğe yol açabilmektedir. (Amir Arjmand, Taheri Panah, 1998)

2.6.3 Yetersiz beslenme

Beslenme bozuklukları kısırlıkta kadınları ve erkekleri olumsuz yönde etki yaratmaktadır. B12, B6, E ve C vitaminlerinin, mineral eksikliği hamileliği etkileyebilmektedir. Bu eksikliğin giderilmesi için tam ve dengeli bir beslenme programına ihtiyaç vardır. Bu diyet et, yumurta, balık, zeytinyağı, sebzeler ve meyvelerden oluşur. Sigara, alkol, kafein ve tütün ürünlerinden uzak durulmalıdır. (Amir Arjmand, Taheri Panah, 1998)

2.6.4 Güçsüz sperm

Kısırlığın en önemli faktörlerinden biri sperm kalitesi ve sayısıdır. Sigara içme, alkol, çok sıcakta çalışma, çocukken ve ya daha sonra geçirdiği hastalıklar, spermin kalitesizliği ve yetersizliği ile bağlantılıdır. Diğer faktörler; testisin darbe alması,

cinsel yollardan bulaşan hastalıklar, ışın tedavisi, anormal sertleşmedir, bu konuda meninin incelenmesi tedavinin başlangıcı için iyi bir adım olur. (Amir Arjmand, Taheri Panah, 1998)

2.6.5 Ürogenital enfeksiyonlar

Üriner sistem enfeksiyonları hekimlerin en sık rastladığı bakteriyel enfeksiyonlardır. Ürogenital enfeksiyonları kadın ve erkeklerde görülür ve ortaya çıkma riski okul çağındaki kız çocuklarında, cinsel aktif genç kadınlarda, prostat hipertrofisi olan erkeklerde ve 65 yaşın üzerindekielerde daha yüksektir. Bu enfeksiyonlar verimsizliğin tetikçisi olabilir. Kadınlarda peş peşe düşüğe sebebiyet verebilir. (Amir Arjmand, Taheri Panah, 1998)

2.6.6 Bağışıklık sisteminin güçsüzleşmesi

Bağışıklık sisteminin sağlıklı işleyişi bir çok faktöre bağlıdır. Çevresel faktörler ve doğuştan gelen bağışıklık yetmezlikleri, dengeli beslenme, stres, uykusuzluk, hastalıklar sistemin dengesini bozabilir. (Amir Arjmand, Taheri Panah, 1998)

2.6.7 Kilo

Kadınlarda Fazla sayıdaki yağ hücresinin östrojen dengesini bozduğunu ve yüksek miktardaki östrojen ise yumurtalamayı engellediği, artan kilo vücutta testosteron gibi erkeklik hormonların artması ve yumurtalama bozukluğu doğal gebelik şansını düşürür. Erkekler de ise; yağ dokusunda testosteronun östrojene dönüşmesi artar ve dolayısıyla testosteron azalır ve buna bağlı olarak sperm kalitesi düşer ve doğurganlığı etkiler. (Amir Arjmand, 1998)

2.6.8 İlaçlar

Sağlık sorunlardan dolayı reçeteli veya reçetesiz kullanılan alerji, mide hastalıkları, hipertansiyon, diyabet, ağrı kesiciler, antibiyotikler ve antipiskotik ilaçlar üreme sağlığını etkileyebilir. (Amir Arjmand, 1998)

2.6.9 Hormonların dengesizliği

Hormon dengesizliği veya hormon bozukluğu sadece gebelikte bayanları kapsamaz. Erkeklerde de görülebilir. Kadınlarda adet düzeni, tüylenme ve kısırlık ile ilgili olan

hormon dengesizlikleri başlıca; FSH, LH, Estorjen, Progesteron, Prolaktin, TSH, T4 ve T3, Testosteron, DHEA-SO4 dır. (Sadoughi, 1999)

2.6.10 İdrar yolu enfeksiyonları

Kadınlarda ve erkeklerde idrar yolundan meydana gelen hücrelerin iltihaplanması sonucu idrar yolu enfeksiyonu ortaya çıkmaktadır. Cinsel bakterilere maruz kalması ve mesaneye ulaşması, prostat büyümesi ve böbrek taşı, seks sırasında ağrı, penis ağrısı, yorgunluk, ateş, kürtaj ve kürtaj sonrası enfeksiyonlar gelecekte kısırlığa sebep olabilecek enfeksiyon sebebini arttırır. (Sadoughi, 1999)

2.7 Kısırlığın Sebeplerinin İncelenmesi

Hastadan alınan biyografi ile verimsizliğin sebepleri daha net anlaşılabilir. Alttaki konularla ilgili bilgiler doktora tedavi için yardımcı olabilir.

Bulaşıcı hastalık geçmişi:

- 1- Bel soğukluğu gibi cinsel yoldan bulaşan hastalıklar
- 2- İrsi hastalıklar
- 3- İlaç, uyuşturucu ve alkol kullanımı
- 4- Cerrahi operasyon veya darbe alma geçmişi
- 5- Psikolojik baskı geçmişi, psikolojik şok ve elektrik çarpması gibi
- 6- Genel nedenler örneğin; diyabet, tansiyon vb.
- 7- Rahim ve tüplerin radyografisi ve hormon tahlilleri (kadın ise)
- 8- Evlilik birliktelikleri ile ilgili bilgiler örneğin; cinsel birleşme sayısı ve psikolojik baskılar, nevrasteni, kadında ruhsal dengenin olmayışı ve ailevi sorunlar (Basirat Z, Esameiladeh S, 2010).

2.8 Cinsel Faaliyet Bozuklukları

Genç çiftlerin en yaygın sorunlarındanıdır. Belirtileri şöyledir:

- 1- Cinsel isteğin azalması
- 2- Cinsel gücün azalması

- 3- Cinsel birleşme korkusu
- 4- Erken veya geç boşalma

Ki bu faktörlerin arkasından:

- 1- Depresyon
- 2- Güçsüzlük
- 3- Yorgunluk
- 4- Kaygı (stres)
- 5- Sinirlilik
- 6- Tahriklere açık olmak Gelir. Bu cinsel faaliyet bozuklukları erkek ve kadında farklıdır (Amir Jannati, Naser, 2003)

2.8.1 Erkeklerde cinsel faaliyet bozuklukları

Erkeğin kadının gebe olma yolundaki rolü; birincisi sağlıklı spermalarının olmasını sağlamak, ikincisi ise cinsel birliktelik ve spermını kadının doğurganlık sistemine yerleştirebilmektir. Erkeğin bu süreçte yetersiz kalması, cinsel faaliyetinde bozukluğa sebep olur ve şöyledir:

- 1- Sperm üretme yetersizliği
- 2- Spermi dışa aktarma sorunu
- 3- Kusurlu sperm ve dölleme
- 4- Sertleşme sorunu (cinsel güçsüzlük)
- 5- İktidarsızlık (impotans)
- 6- Boşalma bozukluğu (erken veya geç boşalma, geriye boşalma)
- 7- Hormonsal dengesizlik
- 8- Sıcağın sperm yapımındaki zararları
- 9- Zararlı mesleki faktörler

Amir Jannati, Naser, 2003), (Sadrardakani, Houmam, 2002) ve (Saram, Mahmoud, 1987).

2.8.2 Kadınlarda cinsel faaliyet bozuklukları

Kadınlarda cinsel faaliyet bozukluklarının nadiren fiziksel nedenleri vardır, onlar da 3 gruba ayrılır;

1. Cinsel ağrı bozukluğu
2. Orgazmik
3. Genel (Bernhard LA, 2002)

2.8.3 Orgazmik faaliyet bozukluğu

Kadınlarda en yaygın bozukluklardan birisidir. Bu bozuklukta olağan bir cinsel uyarılma evresinde sonra orgazmın sürekli olarak veya yenileyici bir biçimde gecikmesi ya da orgazma hiç ulaşamamaktadır. Bu bozukluk beraberinde partner tarafından reddedilme korkusu, kaygı, depresyon, huysuzluk, halsizlik ve güçsüzlük hissi getirir. Bu sorun çiftlerin eğitilmesi ve bilgilendirmesi ile çözülür. (Bernhard LA, 2002)

2.8.4 Cinsel ağrı bozukluğu

Cinsel ağrı bozukluğu, dispareni, Vajinismus ve diğer cinsel ağrı bozuklukları olarak belirlenir. Kadınlarda ağrılı cinsel ilişki, dispareni olarak isimlendirilir. Vajinismus ise, fiziksel bir engel olmamasına rağmen kadının korku, kaygı ve endişelerinden dolayı vajina girişinin istem dışı kapanmasıdır ki genellikle psikolojik etkenler sebebiyet verir veya doğuştan gelen bir rahatsızlıktır. (Bernhard LA, 2002)

2.8.5 Genel cinsel faaliyet bozukluğu

Genel cinsel faaliyet bozukluğunda, uyarılma aşaması cinsel refleksiyle etkisiz hale geliyor. Stres, depresyon, güçsüzlük, hastalık, uygunsuz cinsel ilişki kadında cinsel isteksizlik ve sonuç olarak verimsizliğe yol açabilir. Bu faktörlere ilaveten alttaki etkenler de kadında kısırlığa sebep olabilir;

1. Yumurta oluşumu yetersizlikleri
2. Hipofiz bezinin az veya dengesiz çalışması
3. Yumurtalık yetmezliği
4. Rahim tüplerine bağlı faktörler

5. Rahim duvarı, ağzı ve idrar yolu sorunları (Bernhard LA, 2002).

2.9 Kısırlıkta Etkili Faktörler Olarak Kaygı ve Psikolojik Stresler

Kaygı, endişe ve psikolojik stresler çeşitli mekanizmalarla bireylerin verimsizliğine neden olur. Kadınlarda psikolojik ve mesleki stresler doğurganlığı azaltır. Aslında stres, kaygı ve iş baskıları Endrofin, CRH ve AGHT'yi hipotalamus'da arttırarak Gonadotropin'lerin etkisiz kalmasına ve dolayısıyla yumurtlamamanın etkisizleşmesine yol açıp verimsizliğe sebep olur. Araştırmacılar hamileliğin, daha çok psikolojik testlerin stres ve kaygının az seviyede olduğunu gösterdiği döngülerde gerçekleştiğini vurgular. Erkeklerde de stres Libido düşüklüğüne, cinsel ilişkinin az olmasına, cinsel iktidarsızlığa, spermatogenez bozukluğuna, sperm kalitesinin düşmesine ve sonuç olarak doğurganlığın azalmasına yol açar. Ayrıca psikolojik stresler verimsizlik tedavisi sürecinin uzamasına sebep olur (Molayi, 2001).

Çalışmalara göre Luteal Faz Yetmezliği (Luff) ve sendrom, yüksek stresli kişilerde daha fazla görülmektedir. "Psikojenik Hipotez" psikolojik faktörünün sebep olduğuna dair birçok şüpheye rağmen, "psikolojik sonuç hipotezi" psikolojik faktörünün sonuç olduğu ispatlanmıştır. Stres, kaygı ve mesleki baskılarla boğuşan kişilere hem tedaviden önce hem de tedaviden sonra psikolojik danışma gereklidir (Molayi, 2001).

2.10 Eşlerin Yaşının Kısırlığa Etkisi

Yaş tek başına doğurganlığı etkileyebilecek en önemli faktörlerden biridir. Üreme sisteminin yaşlanmasının bu konuda çok önemli bir rolü vardır. Yaşın ilerlemesiyle evli çiftlerin doğurganlığının düştüğü defalarca kanıtlanmıştır. Açıkça söyleyebiliriz ki hamileliğini yaşamının üçüncü on yılının ortasından sonrasına erteleyen kadınların üçte birinde ve 40 yaşından sonra ilk hamileliğini tatmak isteyen kadınların yarısında kısırlık ortaya çıkacaktır.

Teknolojik destekleyici programlarda 40 yaş üstü kadınların hamilelik oranı, daha genç kadınlara göre; üçte birden yarısına kadar olup bazı programlarda nadiren 40 yaş üstü kadınlarda hamilelik vakası rapor edilmiştir. Ama bu alanda istisnalarda mevcuttur. Rapora göre: Guinness Rekorlar Kitabında son zamanlarda hamile kalan en yaşlı kadın olarak, Portland'da yaşayan 57 yıl 120 günlük yaşı olan bir kişi

tanıtılıyor. Diğer örnek de iskoçya'dan; bir kadın 47 yaşından sonra 6 çocuk doğurdu ve son çocuğunu doğurduğunda 62 yaşındaydı (Taheri Panah, 2000).

Yaşın ilerlemesi ile beraber doğumların sayısının azalmasındaki diğer önemli etken, kendiliğinden düşüklerdir. Erken düşüklerin birçoğu 35 yaştan sonra Otozomal Trizomi'nin annenin yaşının artmasıyla birlikte çoğalmasından dolayı meydana gelmektedir. Klinik olarak teşhis edilebilir kendiliğinden düşük riski, 30 yaş altındaki kadınlarda yaklaşık %10 iken, 30 yaş üstünde %18'e çıkar. Ayrıca hamileliği tehlikeye sokabilecek Endometriozis gibi hastalıklara yakalanma riski de ileri yaşlarda artmaktadır. Bu faktörlere ek olarak kadının yaşının ilerlemesi ile birlikte çevresel ve mesleki risklerle daha fazla iç içe olmak da doğurganlık ihtimalini düşürmektedir. Erkeklerin ise yaşın ilerlemesiyle birlikte değişimleri nispeten az ama anlamlıdır (Hemmatkhah, Farhad, 1996).

En az iki sebepten dolayı yaşlılıkla beraber sperm kalitesi düşer:

- 1- Yeni otozomal hastalığını, erkeğin mutasyona uğrayan genleri ile bağlantılı görebiliriz.
- 2- Babanın yaşının doğrusal trizomi ile doğrudan ilişkisi vardır ve erkekteki nondisjunctionun ayrılmayışının artmasını gösterir. Ama daha yaşlı erkeklerin sperm azalması ile yenileyebilirlik seviyesi arasında bir bağlantı olmayabilir. Düzgün bir çalışmasının yapılması barındıracağı sorunlardan dolayı muhtemelen imkansızdır (Yaşlı birinin spermini genç bir alıcıya dölemek gibi) (Speroff, 1992, Hemmatkhah, Farhad, 1997)

2.11 Bilinmeyen Nedenlerle Kısırlık

Bilinmeyen nedenlerden kısırlık veya gebe kalamama sorunu, doktorların tüm çabalarına rağmen çiftin kısırlığının sebebini bulamamasına denir. Bu aslında tıp biliminin bir eksikliği olarak sayılabilir (Taheri Panah, Robabeh, 2000).

Erkeklerde kısırlığın en yaygın sebebi sperm sayısının düşüklüğüdür ve bu düşüklüğün en bilinen nedeni ise idiopatik bilinmeyen faktörlerdir. Yani bu günkü tekniklerle tanımlanamayan unsurlardır. Bu mesele doktorların ve hastaların kısırlık tedavisindeki sorunu olup bazen onları umutsuzluğa sevk eder. Ancak bazı zamanlarda tamamen diğer etkenlerden ve onlara bağlı önemli konulardan ayırılarak hastalar için faydalı olabilmektedirler. Bilinmeyen nedenlerle kısırlık

yaşayan hastalar, doğurganlık sisteminde hiçbir belirgin sorunu görünmeyen kişilerdir. Ama bu güne kadar başarısız kalmışlardır. Diğer deyişle sorunlarının yüksek ihtimalle özel bir nedeni vardır ama tıp bilimindeki kısıtlamalar o sorunları tanımlamayı engellemektedir. Bilinmeyen nedenlerle kısırlık, kısır çiftlerin % 10'unu kapsamaktadır (Taheri Panah, Robabeh, 2010).

2.11.1 Sekonder kısırlık

Sekonder infertilite, önceden gebelik oluşması sonrasında tekrar çocuk isteme durumunda en az bir yıl korunmadan yeni bir gebelik olmaması durumudur. Bunun sebebi erkek ve kadının yaşının ilerlemesi, önceki doğumda kadının yaşadığı fiziksel yaralanmalar, erkeğin fiziksel ve ruhsal anlamda zarar görmesi durumlarda görülür (Saram, Mahmoud, 1987).



3.CİNSEL YAŞAM KALİTESİ

Üreme çiftlerin fiziksel ve psikolojik sağlığını etkileyen şiddetli buhranlardan biridir. Çeşitli araştırmalara göre her 5 çiftten biri kısırlık sorunuyla karşı karşıya kalır. Kısırlık; çiftler, akrabalar ve aileler arasında farklı düşünsel hallere sebep olur ki o da ailenin doğal işlevini bozar. Kısırlığın çiftlere olumsuz ve arzu edilmeyen etkilerinden biri, müşterek hayatta anlaşmazlıktır. Sanai'ye (2000) göre çiftlerde anlaşmazlık cinsel ilişkinin azalması, öfkesel reflekslerin artması, eşin ailesiyle iletişimini azaltmak, kendi ailesiyle görüşmeyi arttırmak, çocukların desteğini almaya çalışmak ve parasal konuların ayrılmasına sebep olur (Sanai, 2000).

Öte yandan kısırlık çiftlerin cinsel performansına da etki eder. Zira aile, bireylerin en çok birbiriyle vakit geçirdiği ortamdır. Bu yüzden cinsel sıkıntılar, aile fertlerinin birlikte zaman geçirmesi için kötü bir ortam oluşturabilir. Kısır kadınlar, normal kadınlardan daha fazla cinsel işlev bozukluğuna maruz kalırlar çünkü onlara göre cinsel ilişkiye girmek, kısırlık sorunlarını çözmez ve bu nedenle ilişkiye girme istekleri azalır. Aynı düşünce eşlerinde de oluşabilir. Kısır kadınlar iyi bir cinsel performansa sahip olmayabilirler ve cinsel tatminin çiftlerin anlaşmasında ve mutluluk duygusundaki önemine bakılırsa, bu çiftlerin anlaşmazlık ihtimali artar (Sanai, 2000).

Araştırmalar gerçekleşen boşanmaların azımsanmayacak oranı cinsel mutsuzluktan kaynaklandığını ve bundan dolayı evlilikten hoşnut ve mutlu olmadıklarını, çatışmaları çiftlerin ortak yaşamlarına dahil edilişi ve başlangıcını gösteriyor.

3.1 Evlilikte Psikolojik Sağlık

Evlilikte doğru yapılan eş seçimi ve evlilik yolunda başarılı olan kişilerin oranla daha az psikolojik hastalıklara yakalanmaları ve evlilik hayattan memnuniyet, sorumluluk duygusu ve cinsel tatmin sağlandığını göstermektedir. Evliliğin ileri yaşlarda olması, kişisel yetersizlik, sorumluluktan kaçmak ve her haliyle psikolojik gelişimdeki zafiyetin sonucu olabilir. Evlilik, psikolojik sağlık açısından son derece önemli bir meseledir (Mohammadzade J, 2012).

Evlilik hayatında erkekle kadın arasında yakın ve uzun süreli bir ilişki kurulur, bu yüzden evlenmeden önce başarılı bir evlilik hayatının gereksinimlerini öğrenmek gerekir. Bu nedenle evlilik cinsel ihtiyaç ve üreme duygusu için en makul toplumsal yollardan biri olsa da evlenmekten kasıt, bir tek cinsel ihtiyaçların giderilmesi değildir. Bundan dolayı çiftlerin cinsel uyumu evlilikte mutluluğun garantisi değildir. Bir evliliğin başarılı olması için birinci aşamada erkekle kadının ve sonra ailelerin anlaşması temel şarttır, bu anlaşmayı sağlamak için fedakarlık, hoşgörü, sabır, samimiyet, şefkat birbiriyle güvenli bağ kurma, gelir düzeyi, gelecek planları ve programları konuşup algılayabilmek, evlilik hayatının gereklilikleri, sorumluluk duygusu, motivasyon ve kişilik özellikleri tanışma aşamasında algılamak için idealdir (Araste M, 2008).

Evlenmeden önce her şahsın kişisel duygularını tanımaya ve evleneceği kişiyle nispeten uzun bir dönem geçirmeye ihtiyacı vardır. Sosyal, ekonomik, beklentiler ve zevkler konusunda benzerlik taşıyan, çocukluktan benzer durum ve davranışlarla gelişen kişiler evlilikteki uyumu daha çok yakalayabilir, evliliğin devamı konusunda daha başarılı olabilirler. Kadınların çalışması ve ayrıca evdeki sorumluluklar, genç yaş da çocuk sahibi olmak, ev çocuğun bakımını sağlamak, evlilikte doyum sağlamak sorunlara yol açabilir (Araste M, 2008).

3.2 Cinsellik Üzerinde Düşünce ve Anlaşma

Araştırmalar; cinsel konuların önem açısından evlilik hayatı meseleleri arasında, birinci sırada yer aldığını gösterir. Cinsel uyum evlilik hayatındaki mutluluğun etkenlerinden biridir; öyle ki cinsel ilişki tatmin edici ve noksansız olmazsa aşırı rahatsızlığa, anlaşmazlığa hatta ailenin dağılmasına sebep olur. Cinsellikle ilgili gerekli bilgiye sahip olmak; şehvet duygusu ile kadın ve erkeğin cinsel istek miktarını dengelemek, korku ve kaygı olmadan cinsel davranışları sergileyebilmek, cinsel tatmindeki temel konulardır. Düzgün ve güvenli evlilik daha çok cinsel uyumu sağlar (Noorizadeh M, 2012).

Cinsel yakınlık, sadece üremek amaçlı yapılan vücutsal bir temas değildir. Bağlılık, zihni memnuniyet, ayrılık ve yalnızlığı yenme duygusu ile birlikte güven duygusunun aşk, huzur ve bağlılığın dışı vurmasıdır.

Truman'ın araştırmaları gösteriyor ki cinsel faktörlerin etkisi diğer faktörlerden daha güçlü değildir. En önemlilerinden biri sayılsa da Truman'ın orta sınıf şehirli 792 evli çiftte yaptığı çalışmaya göre evliliğin devamı ve mutluluğu açısından; çiftlerin ebeveynlerinin mutluluğu, çiftlerin çocukken mutluluğu, çatışmadan kaçınmak, anne babaya bağlılık, doğru ve makul disiplin, ailede cezanın az olması, evlilikten önce genel hayata bakış önemli unsurlardır. Çocuğun varlığı hatta çocuk sayısı evlilik hayatı ile doğrudan ilişkilidir ve çocuklar aile hayatının devamı için önemlidirler (Milanifar, 1999)

3.3 Harry Stack Sullivan Teorisi

Harry Stack Sullivan (1983) kişilerarası ihtiyaçların doyurulması, güven, sevgi, yakınlık gibi ihtiyaç örüntülerini tanımlamıştır. İnsanların aslında daha çok ihtiyaçı olan şeyin güven olduğunu ve güven ihtiyaçın kaygıdan kurtulma gereksinimi olarak tanımlamıştır. Kaygı oluşumunda kişiler arası ilişkiler etkilidir. Bu insanın bebeklik döneminden süre gelen ve hayatta kala bilmek için diğer insanlarla iletişim kurmak zorundadır.

Ergenlik dönemi kişilerarası ilişkilere göre üç dönemde oluşur; ön ergenlik, erken ergenlik, geç ergenlik. Ön ergenlik dönemi kendi cinsinden özel bir kişi ve yakın bir arkadaşa duyulan ilgidir. Bu dönemde sosyal beceriler, iç dünyasını paylaşma, karşılaştığı sonular karşısında destek alacak bir dönemdir.

Erken ergenlik, gerçek cinsel ilginin ortaya çıkışı ve cinsel davranışının şekillenmesi, cinsel isteğin karşı cinse yönelmesine karşılık aynı cinsten arkadaşlıklar sürdürülür ve iki ihtiyaçın gereğince ayrılmaması cinsel sapmalara neden olur. Geç ergenlik ise; ergenlikte ailedeki görevler, karşı cinse dünyaya nakil yolunda değerler ve ölçüler edinme mahiyetindedir. Bu dönemin özelliklerinden biri dostluk ve cinsel isteğin birbirinden ayrılmasıdır. Dostluk ve arkadaşlığın yönü hemcinsel eğilimli ve cinsel şehvete karşıdır.

3.4 Erik Erikson Teorisi

Erik Erikson'a (1963) göre ergen entelektüel kimliğe eriştikten sonra onu başkalarına karşı güçlendirmeye çalışır. O zaman bu yolda samimiyet ve yatırıma hazır olur, hem de diğer bireyde kopuş ve bağımsız olma tehlikesi olmadan.

Ergenlik döneminde gelişen imkanlardan biri taahhüttür. Taahhüt değerlerin, gayelerin ve kalıcı ilişkilerin eksiksiz şekilde takip ve izleme kapasitesi demektir. Bireyin kendine karşı taahhüdü başka tüm taahhütleri hakimiyeti altına alır. Kişiliğin yerleşmesinden sonra, ergenlerde bireyler arası taahhüt oluşur ki kişide karşılıklı iletişim kapasitesi yani dürüstlüğe dayalı ilişki imkanı gerektirir. Bu da karşındaki kişinin ihtiyaçlarına ve özelliklerine saygı duyulan bir ilişki demektir. Bu ilişkiler cinsel bir çerçevede gerçekleştiğinden dolayı, kişiye imkan sağlandığı zaman bunu evlilikle değerlendirmek ister. Yani çiftlerden her birey kendini diğerine ve bir aile oluşumuna benzetmeye çalışır.

3.5 DSM-IV'e Göre Cinsel İşlev Bozukluklarına Ait Kavramlar

Çizelge 3.1: DSM-IV'e Göre Cinsel İşlev Bozukluklarına Ait Kavramlar

Aşamalar	Özellikler	Etki Farkı
Cinsel İstek Bozukluğu	Cinsel eylem sırasında istek duyamama veya fiziksel olarak uyarılmama, tiksinti duyma veya çeşitli fiziksel ya da psikolojik sorunlardan kaynaklanır.	Azalmış cinsel istek bozukluğu, cinsel tiksinti bozukluğu, genel tıbbi sebeplerden kaynaklanan cinsel bozukluğu (kadın-erkek): madde ve alkol kullanımına bağlı cinsel fonksiyon bozukluğu ve cinsel isteğin yok olması.
Cinsel Uyarılma Bozukluğu	Sürekli ya da tekrarlayıcı biçimde, cinsel uyarılmanın olmaması, uyarılmanın cinsel birleşme bitine kadar sürdürülmemesi olarak tanımlanmaktadır.	Kadında cinsel uyarılma bozukluğu, erkekte sertleşme bozukluğu ve genel tıbbi ilgili bir sorundan kaynaklı. Erkekte sertleşme sorunu, tıbbi sebeplerden kaynaklanan cinsel uyarılma bozukluğu dur.
Orgazm Bozuklukları	Orgazma ulaşamama anlamına gelen ve nedenleri cinsel baskılanma, deneyimsizlik, bilgisizlik, endişe ve cinsel travmaya maruz kalma gibi psikolojik etmenler bulunabilir.	İnhibe kadın orgazmı, inhibe erkek orgazmı, prematür ejakulasyon (erken boşalma). Kadın ve erkekte madde kaynaklı cinsel işlev bozukluğu ve beraberinde orgazm bozukluğunu.
Cinsel Ağrı Bozuklukları	Kadının genital bölgesinde görülen ağrı ve kronik pelvik ağrı sendromu olarak bilinen ve ciddi anlamda cinsel yaşamını, sosyal hayat ve duygu durumunu patolojik olarak etkileyen bir bozukluktur.	Kadınlarda Disparoni (ağrılı cinsellik), Vajinismus

3.5.1 DSM-IV'deki dört aşamadaki bozuklukların tanımı

Cinsel işlev bozuklukları: Masters ve Johnson cinsel işlev bozukluklarını bireyin cinsel yanıt döngüsünde tatminkar cinsel uyarılma veya doyuma ulaşmada yetmezliğe yol açabilecek bir aksama olarak tanımlanır. Cinsel yaşamdan tatmin olmama ve bunun sürekli olması halidir. DSM-IV İse cinsel işlev bozukluklarının, cinsel yanıt döngüsünü belirleyen sürecin bozulması veya cinsel ilişkide ağrı ile karakterizedir. DSM'V ise, bireyin ummadığı "cinsel ilişkiyi yaşamaması" durumu olarak tanımlanmaktadır.

Genel anlamda, seksüel disfonksiyonlar normal cinsel yanıt döngüsündeki önleyici olarak tanımlanmışlardır. Bu bozukluğun tıbbi bir rahatsızlık veya psikolojik bir sorundan kaynaklandığını belirlerse bu teşhis konulmaz. Araştırmanın mahiyeti, derinliği ve insanın cinsel davranışına klinik yaklaşımı, devrim niteliği taşıyordu. Ama Kinsey (Kinsey ve ark. 1948 ve 1952) ekibinin ilk görüşmelere yönelik incelemeleri, doğrudan izlenimler ve fizyolojik ölçümlere dayalıydı. İnsanın cinsel yanıtı döngüsünde genel olarak dört aşama belirlenmiştir. Bu aşamalar erkekler ve kadınlarda benzer ve şöyledir; cinsel istek bozukluğu, cinsel uyarılma bozukluğu, orgazm bozukluğu, cinsel ağrı bozuklukları.

- 1.Cinsel istek bozuklukları: Cinsel fantezilerin ve cinsel etkinlikte bulunma isteğinin az olması veya hiç olmamasın olarak tanımlanır.
2. Cinsel uyarılma bozuklukları: Sürkli veya tekrarlayıcı bir şekilde cinsel uyarılmanın yeterli bir ıslanma-kabarma tepkisini sağlayamama ve cinsel birleşme bitene kadar bunu sürdürememektir.
3. Orgazm bozukluğu: Bu aşamada olan bir cinsel uyarılma evresinden sonra orgazm sürekli olarak veya yenileyici bir biçimde gecikmesi ya da hiç olmamasıdır.
4. Cinsel ağrı bozuklukları: "Vajinismus" vajinanın dış üçte birindeki kaslarda kotiusu engelleyecek bir biçimde, yenileyici ya da sürekli istem dışı spazmın olmasıdır. "Disparoni" ise sürekli ye ya yenileyici bir biçimde genital ağrının eşlik etmesi olarak tanımlanır.

3.6 Cinsel İşlev Bozuklukları, Tanımlar ve Sebepler

Cinsellik yaşamın olumlu bir parçası ve duygusal, davranışsal yakınlık ve özel yaşantı olarak tanımlanır. Bir bozukluk hayatta bir dönemi etkileyebilir veya bir dönemdeki normal işlevden sonra ortaya çıkıp devam edebilir, belirli pozisyonlarda görülebilir. DSM IV'e göre cinsel işlev bozuklukları, bireyin cinsel uyarılara karşı verdiği tepkiyi, cinsel doyuma ulaşmakta zorlandığı farklı unsurlardan meydana gelen rahatsızlığı barındırmaktadır. Bireyde sadece tek bir cinsel işlev bozukluğu olabileceği gibi birden fazlada bulunabilir. Bu bozukluğun kişinin ilk deneyiminden itibaren mi, sonraki cinsel deneyimlerinden ortaya çıktığı, yalnız belli bir uyarana mı yoksa olaya veya partnere bağlı olarak değişip değişmediği ve ne ölçüde olduğu dikkate alınmalıdır. Her cinsel bozukluğun teşhis kriterlerinde "kalıcı veya tekrarlayıcı" ihtimali söz konusudur. Amaç ise bir sorunun teşhis edilmeden önce ciddi boyutta olması gerektiğini vurgulamaktır.

DSM V bir cinsel işlev bozukluğuna tanı koyabilmek için o bozukluğun hangi derecede olması gerektiği; hastanın 6 ayı aşkın bir süre boyunca cinselliğin çoğu alanına ait semptomlarının olası gerekmektedir. İlk olarak semptomların bireyde ortaya çıkmasına sebep olduğu var sayılan unsurları konuşup devamında sebepleri incelemek için genel teorileri beyan edecektir.

Klinik raporlara yönelik sebep araştırması amacıyla kullanılan genel teorilerin birçoğunun Masters ve Johnson (1970), Kaplan (1974) ve diğer seks terapistlerine ait olduğunu unutmamamız önemlidir. Görüşmelerden edinilen ve terapistlerce yorumlanan bilgiler, bozukluğa maruz olan kişiyi etken sebeplerin olup olmadığını göstermek için uygun kontrol gruplarıyla kıyaslamaz, bu nedenle etken sebeplerle ilgili söylenen detaylar kesin değil varsayımdır.

Cinsel işlev bozuklukların tek bir nedene bağlı değildir. Biyolojik, psikolojik, çevresel, yaş, cinsiyet ve partnerlerle olan ilişkiye bağlı değişiklikler göstermektedir.

Genel anlamada cinsel sorunların başında gelen sebeplerden biri cinsel eğitim yetersizliğidir. Yanlış inanışlar, yetiştirme tarzı, cinsel deneyim yetersizliği veya sorunun kendiliğinden geçeceği inancı oluşturmaktadır. Psikolojik etmenlerde ise; performans kaygısı, başarısızlık, suçluluk hissi, depresyon, kaygı bozuklukları, partnere karşı ilgi ve istek azalması, travmatik cinsel deneyimler, yaş, iş kaybı, madde ve alkol kullanımı sebep olmaktadır. Tıbbi rahatsızlıklar; nörolojik, ürolojik,

tansiyon tiroid, kullanılan antidepresan, antipsikotik ilaçlar etkileyebilmektedir. Ayrıca hem kadınlarda ve hem erkeklerde yaşlanmaya bağlı ortaya çıkan anatomik ve fiziksel rahatsızlıklar cinsel işlevi etkileyebilmektedir. Bu anlamda tedaviye erken başlanması ve düzenli olarak takibinin sağlanması önemli bir süreçtir.

3.7 DSM-IV' Göre Cinsel İstek Bozuklukları

DSM-IV iki tür cinsel istek bozukluğu arasında fark olduğunu açıklar:

A) Azalmış (hipoaktif) cinsel istek bozuklukları: cinsel fantezilerin ve cinsel etkinlikte bulunma isteğinin azlığı veya hiç olmamasıdır.

B) Cinsel tiksinti bozukluğu: Kişi aktif olarak cinsel eş ile her türlü genital cinsel temastan aşırı tiksinti duyma ve bundan dolayı kaçınma olarak tanımlanır.

Klinik uzmanları teşhis sırasında hastanın yaşı, sağlık durumu ve hayat şartlarına dikkat etmelidirler. Yetişkinlerin yaklaşık %20'sinde azalmış cinsel istek bozukluğu vardır, ancak bu oranlar tanımla ilgili sorunlardan dolayı çok net değildir.

Cinsel bozukluklarının tedavisi için başvuruların ciddi bir sayısı azalmış cinsel istekten şikayet ediyor ve %60'ı erkeklerden oluşuyor. Genel olarak azalmış cinsel istek 1970'den 1980'e kadar klinik örneklerde artış göstermiştir.

DSM IV'nin tüm teşhislerinde günlük konuşmada düşük cinsel dürtü denen unsurda sorunun geleneksel olduğu kuvvetle muhtemeldir. Bir kişi ne oranda cinsel isteğe talip olabilir? Reelde bir kişinin ilk etapta klinik uzmanına gelmesi bu teşhisin konmasına sebep, muhtemelen başka kişinin "hasta" ile cinsel ilişkisinden memnuniyetsiz olmasıdır. Azalmış cinsel istek grubu ilk olarak 1990 yılında DSM III'de cinsel istek inhibisyonu olarak tanımlandı. İlginçtir ki, DSM III'de ortaya konulan inhibisyon terimi DSM III'ü düzenleyenler tarafından azalmış olarak değiştirildi. Zira onlara göre inhibisyon (engellenme) terimi bir taraftan da zihinsel dinamiklere atıfta bulunuyordu. Buna dayanarak DSM III-R ve DSM IV'de bozuklukların daha çok tanımlayıcı yönlerine temas edildiğinden, "azalmış" terimi inhibisyonun yerine geçti.

Klinik uzmanlarının deneyimlerine dayanarak şu nedenler sayılabilir; dini engeller, kontrolsüzlük korkusu, hamilelik korkusu, depresyon, tansiyon ilacı ve sakinleştirici gibi ilaçların yan etkileri, bireyler arasındaki anlaşmazlıklar (evlilikte yaşanan

sorunlar ve eşlerin anlaşmazlığı), partnerin temizliği gibi faktörlerden kaynaklı çekicilikten yoksunluk. Diğer muhtemel sebepler ise şöyle; cinsel travma tecrübeli, cinsellikten bulaşan hastalıklardan korkmak (AIDS gibi).

Azalmış cinsel isteği ortaya çıkarabilen faktörler; güvensizlik, öfke, otoriterlik çabaları ve zayıf iletişim. Sonuç olarak açlık ve susuzluk gibi cinsellik ihtiyacının giderilmesi gerekli değildir veya hatta cinsel duygunun olması da hayatı sürdürmek için zorunlu değildir. Sadece mutlu bir yaşamın sürdürülmesine yardımcı olur.

3.8 Cinsel İşlev Bozukluğunun Genel Teorileri

Yeni bilimsel teorisyenlerden evvel, cinsel işlev bozuklukları genelde ahlaki saplantıların sonucu olarak değerlendirilirdi. Lopiceolo'nun (1992) son araştırmalarına göre eskiden küçük yaşlarda fazla mastürbasyonun yetişkinlikte cinsel sorunlara sebep olduğu gözlenmiştir. Von Krafft-Ebing (1902) ve Havelock Ellis (1910) çocukken yapılan aşırı mastürbasyonların cinsel orgazma zarar verdiğini, kısıtlı cinsel enerji haznesini yıprattığını ve yetişkinlikte cinsel gücü azalttığını varsaydılar. Hatta yetişkinlikte cinsel faaliyetin fazlalığı cinsel güçsüzlüğe yol açar gibi bir düşüncede mevcuttu. Ayrıca Victoria dönemi görüşü de tehlikeli cinsel isteği engelleyici bir faktör sayılır. Çocukların cinsel organıyla oynamasını engellemek için, parmaksız metal eldiven önerilirdi. Yetişkinlerin cinsel davranıştan uzak durması için ise spor egzersizleri ve az hacimli yemek diyetleri tavsiye edilirdi. Mısır gibi bitki tohumları ve diğer bitkisel yemekler cinsel isteği azaltan yiyecekler diye bilinirdi oysaki öyle değildi.

Psiko-analitik görüşler cinsel işlev bozuklukların bastırılmış alt yapısal çalışmaların lokal belirtileri olduğunu vurgulamıştır. Psiko-analistler tanımlama ve sebep analizinde ve ayrıca tedavide bu belirtilerin şifresel anlamına özen gösterirler. Cinsel işlev bozuklukları aynı zamanda kişide ve karşı cinsel partnerinde görüldüğü takdirde rahatsızlık, psikolojik ağrıya sebep olması ve ayrıca hasar görmüş cinsel ilişkiler tehlikeli bir şekilde cazip geldiğinden, psiko-analitik yazılarda bastırılmış öfke ve saldırganlık, cinsel ihtiyaçların tatmini ile rekabet halinde gündeme gelmişlerdir. Buna göre çok hızlıca orgazma ulaşarak partnerini memnun edemeyen erkek, bastırılmış öfkesini bilinci dışında annesini anımsatan kadına gösterebilir. Günümüzün psiko-analistleri, şimdi cinsel işlev bozukluğu yaşayanlara yardım

konusundaki tedavi kısıtlamalarını fark ederek onları daha net tanımsal tekniklerle birleştirmişlerdir (Lopiceolo, 1977).

Bu barışçıl tavır, cinsel işlev bozukluklarının tedavisinin tanımsal-davranışsal yaklaşımına da etkisini bırakmıştır. Öyle ki bu terapistler psiko-analiz temalarının rolünü, doğrudan ve davranış terapisinde yaygın olduğu gibi kabul etmişlerdir.

İnsandaki cinsel işlev bozuklukları ile alakalı en kapsamlı açıklama Masters-Johnson'un (1979) "insanda cinsel davranış" isimli meşhur kitaplarında sunulmuştur. Masters-Johnson'un tanımlamasında ön plana çıkan önemli faktörler olarak dini törenleri, yetersiz kalma korkusu ve onun endişeni yaşamak, cinsel travma, eşcinsellik eğilimi, yanlış danışman ve rehber, aşırı alkol tüketimi, biyolojik faktörler, sosyo-kültürel faktörler, derin psikolojik sorunlar, sınır zorlayıcı meseleler, cinsellik dışı unsurlar, vücuttan ve cinsel işlevden habersizlik, acele ve kaygı, güvensizlik, tiksinti ve depresyonu sayabiliriz.

3.9 Cinsel İşlev Bozukluklarının Çeşitleri

Birçok faktörün cinsel performansa etki ettiğini kabul edersek, bu sürecin defalarca zarar gördüğü, istekte, uyarılmada ve orgazmda sorunlara yol açtığı gerçeği bizi şaşırtmamalıdır. Genel nüfus arasındaki cinsel sorunların yayılışının net oranını ölçmek zordur ancak böyle tahminler yetişkin nüfusun %10'u ile %50'si arasında cinsel sorun çeşitlerinin yaşandığını açıklıyor (Stevens, 1988)

Nathan J (1980) cinsel sorunların oranıyla ilgili yeterli bilgilerin olmayışı, bu sıkıntıların hiçbirinin güçsüzleştirici, ölümcül, doğuştan gelen, bulaşıcı, irsi, yatışlı tedaviye muhtaç veya işle ilgili olmadığını ve bu nedenle sağlık kayıtlarına geçirilmediğini söylüyor. O yüzden deneklerinin genelde çarpıklıklar barındırdığı veya kısıtlamaları olduğu belirli anketlerin sonucuyla ya da üniversite öğrencilerinin, üniversite kadrosunun, kontraseptif kliniklerinde tedavi görenlerin veya hastanelerinin hastalarının içinde bulunduğu çalışmalarla yetinmemiz gerekir. Nathan 50 senelik bir süreç içerisinde 22 çalışmadan elde edilen sonuçları cinsel işlev bozukluklarını yeniden değerlendirmek için mercek altına aldı. Bu çalışmadan çıkan sonuç, çalışmalardaki mevcut bilişsel yöntem kısıtlamaları dikkate alınarak, toplumun genelinde cinsel bozuklukların yüksek oranını doğruladı (Sadook, Pourafkari, 2003).

3.9.1 Erkeklerde düşük cinsel istek bozukluğu

“DSM 5” deki tanı ölçütlerine göre erkeğin cinsel aktivite ile ilgili düşünce ve isteklerin olmadığı durumudur. Bu durumun 6 ay veya daha fazla sürmesidir. Düşük cinsel istek bozukluğu birincil veya edinsel olabilir. Birincil nispeten daha nadir genellikle cinsellikle ilgili bir sırla bağlantılıdır. Yani cinsel yönelimle ilgili utanç, geçmişteki cinsel travmalar ve beklide eşyle cinsellik yaşadktan sonra mastürbasyon yapmayı tercih etmesi gibi dır. Edinsel ise daha yaygın olandır. Bu durum genelde sertleşme ve boşalma (erken veya geç) problemleri sonucu ortaya çıkmaktadır. Bu problemler pek çok nedenden; diyabet, hipertansiyon, madde kullanımı, duygu durum ve kaygı bozuklukları, bazen de eşle yakın bir ilişkinin olmamasıdır. Bir erkeğin sertleşebilmesi ve bunu devam ettirebilmesi ile ilgili güveni de bir kaygı ve başarısızlık beklentisi şeklinde bir örüntü yaratmaktadır. Cinsel ilişki mükemmelin altında dır ve kişi bunu kabul etmekte sıkıntı yaşar ve bu yüzden mücadeleyi bırakır ve eşyle iletişim kurmamaya başlar.

Düşük cinsel istek bozukluğu DSM-III-R’ye göre cinsel fantezilerin ve cinsel faaliyette bulunma isteğinin sürekli ve tekrarlanarak azlığı veya olmaması olarak tanımlanmıştı. Düşüklüğü veya olmayışı konusundaki karar klinik uzmanlarınca yaş, cinsiyet ve cinsel işlevi etkilenen şahsın yaşam yapısı göz önünde bulundurularak karar verilir (Amerikan Psikiyatrisiler Derneği DSM-III-R, 1987).

Teknik metinlerde bozukluk için engellenmiş cinsel istek, düşük veya bozuk cinsel istek terimleri kullanılmıştır. Uygulamada bu sorunun özellikleri çok farklı olabilir. Öyle ki cinsellikten kaçmak, cinsel istek olmamasına rağmen cinsel faaliyetlere katılmaya kadar birçok yanıtı kapsar.

İsteksizlik cinsel davranışlara karşı nefret, kaygı veya günah duygusu gibi olumsuz duygulara sebep olabilir ya da olmayabilir. Eğer olumsuz refleksler yeterli derecede şiddetli oluyorsa, cinsel temastan kaçınma ve tiksitmeye yok açabilir. O zaman cinsel tiksime teşhisi konulabilir. İsteksizlik bazı kişilerde belirli partnerlere ya da belirli bir cinsel faaliyete karşı ortaya çıkar. Oysaki bu sorun başkaları için daha kapsayıcı ve genel olabilir. Şayet isteksizlik duruma karşıysa, cinsel isteğin normal yönleri kişi için makbul olan cinsel durumlarda ortaya çıkar. Sorunun görünümü farklı olabilir ve bazı hastaların isteğinde zaman içerisinde oynamalar görülebilir. Bazıları için sorun hep aynı seviyede ömür boyu sürebilir.

İlginçtir ki bazı araştırmacılar şahsın cinsel isteğinin yeterli olup olmadığını ölçmek için sunulabilecek kriterlerin zorluğunu tartışma konusu yapmışlardır. Eğer kadın ve erkek ikisi de bu düşük performanstan memnunlar ise, büyük ihtimalle hiçbiri de tedavi peşinden koşmayacaktır. Ama kadınla erkeğin istekleri aynı seviyede değilse başvuru olasılığı artacaktır. Bazı durumlarda ise bu farklılığın sebebi bir kişinin düşük cinsel isteğinden çok iki kişiden birinin aşırı yüksek cinsel isteği olabilir. Değerlendirme yaparken bu durumları göz önünde bulundurmamız gerekir.

Ayrıca erkeklerde düşük cinsel isteğinin, cinsel yanıtın sonraki etaplarına etkisi bakımından farklılık gösterebilirler. Kişi birincil isteğin olmamasına rağmen cinsel faaliyete iştirak ederse şiddetli tahrik genelde uyarılma ve orgazma sebep olabilir. Buna karşın isteksizlik birçok durumda cinsel temasın azalmasına ve sonuç olarak uyarılma ve orgazmın nadiren gerçekleşmesine neden olur. Bu arada uyarılma ve orgazm bozuklukları da bazı tedavi arayanlarda görülebilir ki böyle bir durumda uyarılma ve orgazm, yeterli istek ve tahrik olsa bile bozulur. İyi bir davranışsal analiz sorunun mahiyetini aydınlığa kavuşturur. Zira düşük cinsel istek terimi gerçek anlamda sorunun içeriğini anlatmıyor. O yüzden kişinin gerçek bilişsel davranışlarını ve şu anki cinsel eyleme fizyolojik yanıtlarını tanımlamak, uygun bir müdahale stratejisi tasarlamak açısından gereklidir. Özellikle aşırı derecede cinsel ilişkiden kaygılanma ile bağlantılı olan düşük cinsel istekle her türlü heyecan veya olumsuz düşünceden bağımsız olarak oluşan cinsel isteksizliği ayırt etmemiz önemlidir.

Cinsel ilgi eksikliğinin günümüzün en yaygın cinsel sorunu olduğu görülüyor. Schuver ve Lopiceolo'nun (1982) araştırmasına göre, tedavi arayanların yaklaşık %50'si engellenmiş cinsel isteği rapor etmişlerdir.

Friedman ve arkadaşlarının (1982), çalışmasına göre ise Stony Brook cinsel bozuklukları tedavi merkezine sevk edilenlerin %69'u düşük cinsel istekten şikayetçidir. Houghton (1985) yaptığı çalışmada başvuru yapan %52 kadın ve %6 erkeğin, cinsel istek bozukluğunun Büyük Britanya'daki çiftlerin geniş kitlesinde yaygın olduğu saptadı. Erkeklerin her zaman cinselliğe meyilli olması gerektiği düşüncesi dikkate alındığında, erkeklerin tedaviye bu denli az başvurması birçoğunun cinsel isteksizliğini kabul etmediğinin göstergesidir. Kadınların cinsel isteksizliğinin bu kadar fazla olmasının anlamı birçok kadının erkeklerin cinsel isteksizliğinden dolayı mutsuz olduklarını ancak, kocalarına tedavi olmaları için baskı yapamadıkları anlamına geliyordur (Life, 2006).

Cinsel istek bozukluklarına dair araştırmalar yeni sayılır. Öyle ki cinsel istek bozuklukları ve cinsel uyarılma bozukluğu arasında kesin ayırt edici bir sınır çizen Kaplan'ın araştırmaları ve bu bozuklukları ayırt eden diğer çalışmaları sonuçsuz kalana kadar, bunun gibi çalışmalara hiçbir örnek görünmüyor. Bu nedenle düşük cinsel istek bozukluğu diye tanımlanıp, aslında tüm bozuklukların karışımını barındıran örneklerinde özelliklerinin incelenmesine dair bir yönelim oluştu.

Bu tip çalışmalar farklı geçerlilik derecelerine sahip olup düşük cinsel istek bozukluğu hakkında minimum kavrayışı sağladığından yorumlanamazlardı. Sevindiricidir ki bu son çalışmalarda araştırmacılar, spesifik tanı kriterlerinin kullanımının ve örneklerinin cinsel bozukluğun teşhis tanılarına sahip olması açısından ve sınırlı tutulması bakımından daha dikkatli davranmışlardır. Sayısız araştırmalar, engellenmiş cinsel isteğin muhtemel sebeplerini incelememiştir. Cinsel bozuklukla ilişkili olabilecek belirli karakteristik özelliklerin tanımlanması ile ilgili de bazı çabalar gösterildi fakat anlamlı bir sonuç elde edilemedi (Schiavi, Schreiner-Engel, 1986).

3.9.2 Sertleşme bozukluğu

DSM V tanı kırı terlerine göre hasta, nerdeyse her zaman için, cinsel ilişkiyi devam ettirebilecek yeterlilikte sertleşme yaşamakta veya devam ettirmekte ciddi zorluklar yaşar. Bu sürecin 6 ay veya daha fazla sürmesi, hasta için sıkıntı yaratması, ilişki problemleri ve başka ruhsal bozukluklara yol açmaktadır.

İktidarsızlık olarak da bilinen sertleşme bozukluğu (SB) kısmı veya tamamen olabilir. Her iki durumda da, sertleşme, tatmin edici bir cinsellik için yeterli değildir. İktidarsızlık aynı zamanda, hastanın sadece bazı durumlarda sertleşebilmesi gibi durumsal da olabilir. SB, genç erkeklerin %2'sini etkileyen ve erkeklerdeki cinsel problemler arasında en yaygın olanıdır. Cinsel işlev bozuklukları arasında, yaşamın sonraki dönemlerinde ilk defa ortaya çıkan tek bozukluktur.

SB'nin ortaya çıkışında veya devamında farklı pek çok duygu rol oynamaktadır. Bu duygular; öfke, kaygı, kızgınlık, suçluluk ve cinsel partnere olan güvensizliktir. Bu duyguların herhangi biri, cinsel olarak tatmin olamaya odaklanmayacak şekilde erkeğin dikkatini dağıtabilir. Tek bir başarısızlık bile gelecek ile ilgili kaygı uyandırır ve bu kaygıda başka bir başarısızlık döngüsünü başlatır.

DSM-III-R'nin tanımına göre bu terim bu tanım kriterleri için kullanılır:

1. Nispi veya genel olarak cinsel organın sertliğini cinsel birleşme bitene kadar koruyamamak,
2. Cinsel birleşme sırasında erkeğin cinsel zevk veya zihinsel uyarıcı hissinden devamlı ya da tekrarlayan bir şekilde yoksun kalması (Amerika Psikiyatri Birliği DSM-III-R, 1987, sayfa 294)

Genel nüfusta sertleşme sorunlarının oranını tahmin etmek zordur. Kullanılan tanımlara göre elde edilen oranlar, sorunun şiddeti ve şekline göre değişiklik gösterir. Hemen hemen tüm mevcut yazılarda erkeğin uyarılma bozuklukları başlığı altında erektil işleve vurgu yapılırken uyarılma eksikliğine pek ilgi gösterilmemiştir. Nathan araştırmaları gözden geçirerek diyor ki; teşhis edilebilir sertleşme sorununun ortaya çıkma oranı %10 ile %20 arasındadır ve 60 yaş üstü erkeklerde daha fazla rastlanır. Spector ve Boyle tarafından yapılan çalışmaya göre erkeklerin %6'sı klinik olmayan çapta sertleşme sorunu yaşıyorlar ve %25'i ise önceki cinsel hayatlarının bir döneminde bu sorunla karşılaşmışlardır. Eğer sertleşme sorunları tanımsal kriterler açısından bir başarı olarak baz alınacaksa, bu sorunları erkeklerin yaklaşık %70'i rapor ediyorlar ki bu da; sertleşmede durumsal problemlerin yaşanmasının doğal olduğunu açıklıyor. Öyle görünüyor ki sertleşme bozukluğu erkeklerin tedavi aradığı en önemli cinsel bozukluktur. Örneğin; Houghton'un raporu tedavi arayanların %60'ının sertleşme bozukluğu yaşadığını ileri sürüyor. Bu rapor Masters-Johnson'ın klinik hastalardaki %55 oranıyla uyumludur.

Psikojenik nedenler organik nedenler olarak primer ve sekonder ereksiyon, fonksiyon bozukluklarına yol açabilir. Açık bir şekilde organik nedenlerin birçok kişinin ereksiyon bozukluğuna etki ettiği görülmekte ve bu yüzden incelenmeleri önemlidir.

Farklı araştırmalarda, organik nedenlerin müdahil olduğu vakaların oranı değişkendir. Seagraves ve arkadaşlarına göre bu konu incelenen örneklerle bağlantılıdır. Organik sebeplere; bir cinsel sorunun psikolojik tedavisi için başvuranlardan seçilen örneklere, tıbbi merkezlerin bölümlerinden (üroloji gibi) seçilen örneklerden daha az rastlanmıştır. Bu uzmanlar cinsel bozukluklarının tanımsal tedavisi için şahsen üroloji kliniğine başvuran klinik örneklerin, sadece %5'inin tanımlanabilir organik nedene sahip olduğunu fark ettiler. Ayrıca ürolojik

vakaların %17'sinde organik veya psikojenik tanımı kesin olarak konulamadı ki bu da birçok vakada sorunun açık ve kesin bir şekilde psikojenik veya organik olarak kategorize edilmesinin zor olduğunu gösterir. Seagraves ve arkadaşları teknik metinleri inceledikten sonra, klinik olarak ciddi ereksiyon bozukluğunu sorununu tecrübe etmiş olan erkeklerin en az %30'una organik neden teşhisi de konulduğu sonucuna vardılar. Organik nedenler; endokrin bozuklukları, sinirsel ve vasküler bozuklukları kapsayan geniş bir yelpazedir ve erektil işlevi etkileyebilirler.

Seagraves ve arkadaşlarının çalışmalarının sonucu, erektil işlev bozukluğunun nadiren organik sebeplere bağlı olduğu görüşünü reddediyor. Bu yanlış görüş muhtemelen Masters-Johnson'un bulgularına dayanıyordu; onlar örneklerinin sadece %3.3'ünde sekonder erektil bozukluğu olduğunu ve görünürde hiçbirinin temelini organik tanımlara dayanmadığını bildirmişlerdir.

Seagraves ve arkadaşlarına göre ise Masters-Johnson'un araştırmalarında organik sebeplerin düşük olması, örnek seçme veya başvurular süreciyle alakalıdır.

Organik nedenleri bir vakada ihtimal dışı görebilmek için geniş kapsamda endokrin, sinirsel ve vasküler faktörleri göz önünde bulundurmak gerekmektedir. Fakat burada şu detaya da değinmek gerekir ki birçok vakada organik veya psikojenik faktörlerin nisbi payı ile ilgili bir sonuca varmak son derece zordur. Örneğin; erektil sorunlara yol açabilecek bir ilacın kullanılması, kesin olarak o ilacın örneğimizdeki sertleşme sorununa sebep olduğu anlamına gelmez. Belki de ilacın soruna pek bir etkisi olmamıştır ve psikolojik sebepler büyük etken olmuştur. Aynı şekilde gece ve sabah ereksiyonunun olmayışı organik sebepleri işaret etse de, psikojenik sebeplerle sorun yaşayan erkeklerde de görülebilir. Genel olarak organik ve psikojenik tanımlaması ile ilgili karar verirken değişik tanımsal göstergelerle kombine yanıt vermek gerekir. Bu yüzden gece ereksiyonunun olmaması, özel bir ilaç tüketiminden sonra, her birini tek tek incelemeden, organik sebepler tanımlamasına daha uygun bir göstergedir. Erektile bozuklukları yaşayan birçok kişide organik sorunlar var olsa da, bilgiler bu sorunların genelde psikojenik kaynaklı olduğunu doğrular. Unutulmamalıdır ki psikojenik faktörler hakkında kanı, genelde teşhisseldir ve diğer teşhislerin reddi ile gerçekleşir. Bu da organik nedenlerin olmadığını gösterir.

Biyolojik nedenlerin olması muhtemeldir ama tıp bilimi henüz tanımlamayı başaramamıştır. İlaveten psikojenik faktörlerin varsayılması psikojenik sebeplere dair bir kanıt olmasa bile, bu vakalarda gerçek anlamda ön plandadır.

Eretil işlev bozukluğunun psikojenik tanımlanmasında çeşitli psiko-sosyal faktörler de yer alır. Mevcut deliller Masters-Johnson'un cinsel işlevle ilgili negatif önyargının, erektil işlev bozukluğunun oluşması ve sürmesi yönündeki önemli etkisine dair görüşünü doğrular niteliktedir. Buna dayanarak genel kanıya göre cinsel güçsüzlük ve cinsel işlevsizliğe daimi odaklanmak ve sonuçlarını düşünmek, cinsel uyarılmayı da kısıtlı hale getirebilir. Buna rağmen hala negatif fikirlere odaklanmanın cinsel bozukluklarda bir sebep mi yoksa sonuç mu olduğu belirlenebilmiş değildir. Barlow'a göre olumsuz değerlendirmelere ve negatif beklentilere eğilimli olmak, erektil işlev sorunlarının oluşmasından önce şahısta var olan kişilik özelliklerinin göstergesidir. Eretil bozuklukları olan kişilerin kişilik özelliklerini tanımlamaya çalışan ve Barlow'u doğrulayan araştırmalarda çelişkili bulgular elde edilmiştir. Neticeten psikojenik erektil işlev bozukluğu olan kişinin, kişilik profilini tanımlamak için gösterilen çaba bu çalışmada başarıyla sonuçlanmamıştır (Kinder-Cartiss, 1988)

Cinsel faaliyete karşı negatif değerlendirme ve cinselliğin olumsuz sonuçlarına odaklanmanın nedeni, normal hayattaki olayları olumsuz yorumlama eğilimi olabilir. Mevcut deliller depresyon ile erektil disfonksiyonun bağlantısını doğruluyor. Ancak depresyonun mu erektil işlev bozukluğuna sebep olduğu yoksa erektil işlev bozukluğunun mu depresyona yol açtığını belirlemek mümkün gözüküyor. Şahsın kendine olumsuz bakışı ve olumsuz sonuçlar beklemesi erektil işlev bozukluğuna zemin hazırlayabilir.

Masters ve Johnson nispeten büyük bir denek grubundaki erektil işlev bozukluğuna, değişik nedenlerin müdahil olduğunu açıkladılar. Onlar primer ve sekonder cinsel disfonksiyonlarını ayrı ayrı değerlendirmeye aldılar. Bu bağlamda primer bozukluk ilk ve sonraki ilişkilerde sertleşmenin oluşmaması ve birleşme boyunca yeterli sertliğin korunamaması olarak tanımlandı.

Sekonder bozuklukta ise şahıs en az bir kez cinsel ilişkiye girme gücüne sahiptir. Bu, DSM-III-R tarafından yapılan sınıflandırmadan farklıdır; zira o sınıflandırmada istikrarlı ve tekrar eden sorunlarla özel kaynaklı sorunlar ayırt edilmiştir.

Masters ve Johnson aşırı dini eğilim, iki cinsiyette de bulunan cinsel bilgisizlik, anne ile cinsel ilişki, ilk cinsel deneyime eşcinsellikle başlamak veya hayat kadınlarıyla hasar verici ilişki deneyimi gibi faktörleri primer sorunların oluşmasında etkili görmüştür. Aynı şekilde sekonder eriktil bozukluğa sebep olan özel faktörleri belirlemeye imkan yoktur ve geniş bir belirleyici yelpazeyi kapsayabilir. Bazı vakalarda erektil bozukluk bir dönemin aşırı alkolikliğinden kaynaklanır ve erkek ile eşinin sonraki tavırları sorunu devam ettirir. Bazı örneklerde anne veya babanın hegemonya kurması, aşırı dini inanç ve eşcinselliğin etkileri görülmüştür. Bu kişisel özelliğe ilaveten gözlemciliğin ve fonksiyonel uygulamanın da rolüne vurgu yapılmıştır. Eretil problemlerin mahiyeti devamlı veya tekrarlayan, genelleştirilmiş veya özgün oluşuna göre çok değişken olabilir. Ereksiyonu koruma kabiliyeti de mekana, partnere, gece veya gündüz oluşuna ve uyarılma şekline (örneğin şahsın kendisi: elle, partner: ağız veya birleşme ile) göre değişebilir. İleri seviyelerde, sorun her zaman devamlılık gösterebilir. Sertleşme uykunun REM safhasında veya uyanıldığında, mastürbasyon sırasında kısaca hiçbir zaman da gerçekleşmeyebilir. Genellikle bu vakaların organik kaynağı vardır.

Halbuki diğer örneklerde sertleşme mastürbasyon sırasında, fantezi kurarken, görüntüden veya başka kadınlardan tahrik olduğunda gerçekleşebilirken fiili partnerle birleşmede bir türlü gerçekleşemez.

Başka bir sorun örneğinde, normal birleşme sırasında sertleşme hiçbir uyarılmayla mümkün olmaz. Bu kategoride bazı erkeklerin bozukluğu organik kaynaklıdır. Ancak bu erektil işlev bozukluğu erkeklerde teşhis edilebilir ve organik bir tanımdan yoksun olabilir (Wincze ve ark. 1988-Hollanse, 2002,105).

3.9.3 Erken boşalma

Hasta, nerdeyse her zaman için vajinaya girdiği anda olmak üzere istediğinden daha önce başlar. Bu durum 6 ay veya daha fazla sürmesi ve hasta için sıkıntı yaratması ile başvurulur.

Erken boşalmada, kişinin istediğinden daha önce orgazma ulaşması veya bazen vajinaya girdiği anda orgazma ulaşmasıdır. Fakat farklı çalışmalar orgazma ulaşmanın kaç dakikada gerçekleşmesine karşın, erken olduğu ile ilgili farklı standartlar kullanılmaktadır. Farklı çalışmalara göre 7-1 dakika arası standartlar arasındadır. Orgazma ulaşma süresi her ne kadar olursa olsun, her iki partner içinde

hayal kırıklığı ve başarısızlık hissi yaratması; bireylerin ikincil iktidarsızlığa yol açmasıdır. İlişki süresince yaşanan stres aynı zamanda problemi arttırabilir ve bundan dolayı bireyin daha fazla kontrol kaybına yol açabilir. Fakat bazı kadınlar; erken boşalmaya (EB) değer vermektedir çünkü bu, istemedikleri cinsel bir aktiviteye maruz kalma veya hamilelik ihtimalini düşürmüş olur.

EB yaygın olarak görülen bir bozukluktur; cinsel işlev bozuklukları tedavisi gören erkeklerin nerdeyse yarısı bu bozukluğun tedavisini görmektedir. Özellikle eğitim seviyesi daha yüksek olan erkeklerde sıklıkla görülür çünkü muhtemelen sosyal çevreleri özellikle partnerini tatmin etme konusunda oldukça hassastır. Kaygı genellikle etkileyici bir faktör olsa da fiziksel hastalıklar veya anormallikler nadiren bu bozukluğa yol açar (Amerika psikiyatri birliği DSM-V, 2017).

3.9.4 Geç boşalma

Hasta dikkat çekecek boyutta geç boşalma yaşar veya boşalmaz. Bu durumun 6 ay veya daha fazla devam etmesi ve hastaya sıkıntı yaratması durumudur.

Geç boşalma sorunu yaşayan erkekler boşalmakta bir sorun yaşamazlar fakat orgazm olmakla ilgili problem yaşamaktadırlar. Bazılarının orgazm olması uzun sürerken diğerleri, vajina içine boşalmayabilir. Uzun süren sürtünme de bu hastaların partnerlerinde ağrı şikayetine yol açar. Performans ile ilgili kaygıda hastalarda ikincil iktidarsızlık da yaratabilir (Amerika psikiyatri birliği DSM-V, 2017).

Bu bozukluk yaşam boyu var olsa da bir erkek her zaman için mastürbasyon yoluyla (yalnız veya seks partnerinin yardımıyla) boşalabilir. Yaşam boyu süren GB'si olan hastaların kişilik özellikleri katı ve tutucu olarak tanımlanabilir; bazıları cinselliğin günah olduğuna inanarak yaşar. Veya bu bozukluk kişiler arası zorluklar, hamile kalma korkusu veya partnerinin cinsel olarak çekici olmaması gibi faktörlerden de kaynaklanabilir. GB; kaygı bozukluğu olan hastalarda daha fazla görülmektedir.

GB, çok yaygın olmayan bir bozukluktur. Geç orgazm(veya orgazm olmamak) alan erkeklerde genellikle hiperglisemi, prostatektomi, abdominal aort ameliyatı, Parkinson hastalığı ve omurilik tümörleri gibi tıbbi bir neden bulunmaktadır. Bazı erkekler ise, orgazmın ötesinde, spermlerin idrar kesesine doğru gitmesi neden olan fiziksel bir anormallik yaşarlar (geriye boşalma). Bu faktörlerden herhangi birinde tek neden olduğunda, GB örneği olarak değerlendirebiliriz (Wincze ve ark. 1988-Hollanese, 2002).

3.9.5 Kadında cinsel ilgi / uyarılma bozukluğu

Bir kadının düşük cinsel ilgisi veya uyarılması; cinsel aktiviteye, erotik düşünceye, partnerinin girişmelerine karşı verdiği tepkiye ve cinsellik sırasında zevk almaya karşı minimum ilgi ile belirlenmektedir. Kadın, genelde cinsel aktiviteyi başlatmaz; erotik yazı, film ve benzer malzemelere karşı uyarılmaz. Bu sürecin 6 ay veya daha fazla sürmesi ve hasta için sıkıntı yaratması, ilişki problemleri sebebi ile başvurulur.

Kadında cinsel ilgi/ uyarılma bozukluğu (KCIUB) ile eski tanının birleşmesidir: hipoaktif cinsel işlev bozukluğu ve kadında cinsel uyarılma bozukluğu. DSM-5 'in bu tanıları birleşmesinin pek çok nedeni bulunmaktadır: özellikle kadınlarda istek ve uyarılma arasında büyük bir örtüşme vardır; bir evre her zaman için ötekini izlemez; evreler kişiler arası ilişkiler kişiden kişiye değişmektedir. Ve düşük isteği tedavi etmek aynı zamanda uyarılmanın da iyileşmesini sağlar.

Cinsel istek hastanın kalıtsal güdülere, öz güveni, önceki cinsel hayatındaki tatmin, bir partnerinin olup olmaması ve partneriyle cinsellik dışındaki alanlarda da iyi bir ilişkilerinin olması gibi pek çok faktöre dayanmaktadır. Cinsel istek, uzun bir cinsel perhizden dolayı baskılanabilir. Nadiren cinsellik yaşamak veya partnerini çekici olarak görmemekte bu problemin ortaya çıkmasında rol oynayabilir.

Cinsel ilgi düşüklüğü, tedaviye gelen kadınlar arasında en yaygın görülen şikayettir. 18-59 yaşları arasındaki kadınların yaklaşık %30'u, cinsel isteklerinin düşük olduğu en azından aylar süren bir dönem tanımlamaktadır. Sonuç olarak da yaklaşık yarısı kendilerini veya ilişkilerini etkileyecek boyutta sıkıntı yaşamaktadır. Düşük cinsel istek, menopoza girmiş kadınlarda daha fazla görülür. Ağrılı bir cinsel ilişki geçmişi, ilişki geçmişi veya hastanın daha önceki hayatında tecavüz ya da başka bir cinsel travma yaşamış olabilir.

Hipoaktif ve cinsel uyarılma olarak da adlandırılan kadınlarda cinsel ilgi ve uyarılma bozukluğu; kayganlaşma-cinsel uyarılmayı, cinsel birleşmenin tamamlanmasına kadar istikrarlı ya da tekrarlayan bir şekilde koruyamamak veya cinsel faaliyet sırasında zihni uyarılma ve cinsel zevk hissinden yoksunluk olarak tanımlanır (Amerika Psikiyatri Birliği DSM-III-R, 1987).

Buna göre uyarılmanın fizyolojik ve zihni yönlerinin, her zaman koordineli olmadığından bu tanımlamada zikredilen faktörler birbirinden ayırt edilmiştir. İlginçtir ki bu tanımlamada DSM-III-R kriterlerinin engellenmiş cinsel uyarılma için

ortaya koyduğu gibi kadının; yeterli odaklanma, yoğunluk ve süre ile cinsel faaliyette yer almasına gerek yoktur. Birçok örnekte cinsel yanıtın olmayış sebebinin, yetersiz uyarılma olduğunu dikkate aldığımızda bu şarta neden yer verilmediği aydın değildir.

Tek sorunun engellenmiş cinsel uyarılma olduğu vakalarda, istek ve orgazmın sorunsuz olma olasılığı vardır. Bu kadınların birçoğu titreşim cihazlarıyla cinsel uyarılma olmadan orgazm olabilmektedir. Öte yandan bazı kadınlarda istek sorunu, cinsel uyarılma bozukluğuyla beraber olduğundan ve isteksizliğin cinsel uyarılmayı da ciddi anlamda kısıtladığını dikkate aldığımız zaman, sorunun cinsel uyarılma düşüklüğünden mi yoksa cinsel isteksizlikten mi kaynaklandığını kestirmek zor olacaktır. Houghton ve Kaplan'a göre yeterli cinsel ilgi varken, cinsel uyarılmanın olmaması fazla yaygın değildir. Ancak bu araştırmacılar iddialarını kanıtlayacak kanıtlar elde edemediler.

Cinsel uyarılma bozukluklarının yaygınlığı ile ilgili veri sayısı fazla değildir ve nadir yapılan çalışmalar da isteksizlik ve uyarılma sorununu ayırt etme konusunda başarısız olmuştur. Ümit ederiz ki gelecekteki çalışmalar kadınlarda cinsel uyarılma bozukluğunun yaygınlığını araştırıp, bu bozuklukların isteksizlik ile ne kadar alakalı olduğunu belirleyebilir. Tedavi amaçlı başvuru yapan cinsel uyarılma sorunları örneği kadınların, sayı tahmini kolay değildir. Birçok araştırmacı, kadın hastaları kategorize ederken cinsel istek bozukluklarını birbirinden ayırmamıştır; (Houghton, Masters-Johnson) muhtemelen “istek ile uyarılmanın kadınlarda yakın ilişkisi var” geleneksel teorisinin temsilidir.

Kadınlarda cinsel istek bozukluğunu, cinsel uyarılma bozukluğundan ayırt etmekte yaşanan bu zafiyet gösteriyor ki kadınlarda bulunan cinsel uyarılma bozuklukları hakkında, az sayıda araştırma yapılmıştır. Örneğin; Masters ve Johnson kadın deneklerini orgazm bozuklukları ve vajinismus ile sınırlandırdılar. Ancak kadınlardaki istek ve uyarılma bozukluklarına temas etmediler. Gerçi erektil işlev bozukluğu kadınlardaki orgazm-boşalma sorunlarından ayırt edilmişti, fakat kadınlarda cinsel uyarılma bozuklukları konusundaki bu ihmal son zamanlara kadar devam etti. Kadınların uyarılma bozuklukları, mahiyeti ve sebepleriyle ilgili birçok çalışma yapılan erkeklerin sertleşme sorununa tekabül etmesine rağmen, bu kadar ilgisizlikle karşı karşıya kalıyorsa şaşırılmamak elde değildir. Belki de kadınlarda uyarılma sorunu cinsel ilişkiye girmeyi imkansız kılsaydı (erkeklerdeki sertleşme sorunu gibi), o zaman bu bozukluk da dikkatleri fazlasıyla üzerine çekerdi.

Kadınların cinsel uyarılma yoksunluğu, önceden belki de kayganlaştırıcı jellerle kolayca giderilen bir sorun olarak görüldüğü için fazla dillendirilmemiştir. Ama eğer uyarılmanın yeterli seviyeleri başarının kriteri olarak düşünülürse, etkin tedavi zor olacaktır. Cinsel uyarılma sorunu yaşayan kadınlar, kayganlaştırıcı jellerle ilişkiye girebildikleri için tedavi peşinde olmayabilirler. Halbuki sertleşme sorunu yaşayan erkeklerin tedavi arama ihtimali daha yüksektir. Maalesef kadınların cinsel uyarılma bozukluklarına ilgisizlik, bu sorunun özellikleri ve sebepleri hakkında çok az bilgiye sahip olduğumuz anlamına gelir. Nitekim kadınların azalmış cinsel uyarılma sorunu ile ilgili genel olarak bilgimiz son derece azdır. Fakat biliyoruz ki kadınların gerçek ıslaklık yoksunluğu şeklindeki fizyolojik uyarılma sıkıntıları, regl döneminin yanı sıra bazı omurilik yaralanmalarla ve bazı özel ilaçların kullanılmasıyla ortaya çıkmaktadır (H.Spence, Jani, Mohammad, Tavakkoli Zadeh, 2001)

3.9.6 Cinsel organlarda-pelviste ağrı / içe girme bozukluğu

Hasta, vajinal ilişki denemelerinde temel, tekrarlayan ağrı veya başka problemler yaşar; aynı zamanda kaygı, korku ve pelvik bölgede kas gerginliği yaşayabilir. Bu süreç 6 ay veya daha fazla devam etmesi ile beraber hasta için sıkıntı yaratması, ilişki problemlerine sebep dır.

DSM-V’de yeni yer alan tanı, cinsel organlarda-pelvis ağrı/içe girme bozukluğu, DSM-IV’teki disparoni ve vajinusmus kategorilerinin bir birleşimidir. Bu iki kategorinin birleştirilmesinin sebebi ayrımının güvenilir bir şekilde yapılmamasıdır.

Bazı kadınlar, cinsel ilişkiye girmeye çalıştıklarında önemli boyutlarda sıkıntı yaşarlar. Acı, bir ağrı, sancı veya keskin bir ağrı olarak tanımlanabilecek vajinal kasların kasılması şeklinde kramplar olarak yaşanır. Kaygıda pelvik tabanın gerilmesine yol açar ve ilişkinin tamamlanmasını engelleyecek boyutta ciddi ağrıyla sonuçlanır. Bir noktadan sonra da cinsel zevkin yerini kaygı alır. Bazı hastalar, tampon bile kullanmazlar; vajinal bir muayene için anestezi gerekebilir.

Jinekolojik bir ameliyat geçiren kadınların nerdeyse üçte biri ilişki sırasında ağrı yaşar. Enfeksiyonlar, yaralar ve pelvikteki iltihaplı hastalıklar nedenler arasındadır. Ağrı sadece başka tıbbi bir durumun semptomuysa veya madde kullanımından kaynaklanıyorsa hastaya cinsel organlarda ağrı bozukluğu tanısı verilmemelidir. Cinsel organlarda ağrı bozukluğu tanısı alan kadınların oranı hala bilinmemektedir (Quilliam, Rahmati, 2002)

3.9.7 Kadında orgazm bozukluğu

Kişi, orgazmın çok yavaş, çok nadir veya çok zayıf olması ile ilgili zorluk yaşar. Bu sürecin 6 ay veya daha fazla sürmesi ile beraber hasta için sıkıntı yaratması ve başka problemlere yol açmaktadır.

DSM 5 'e göre kadınların %30'ü önemli zorluklar yaşadıklarını söylemekte, %10'ü ise bu oyunu hiç öğrenmemiştir. Hipotiroid, diyabet ve vajinadaki yapısal hasarlar gibi birkaç hastalık da bu probleme yol açabilmektedir; eğer neden bu fiziksel hastalıklardan biriye, kadında orgazm bozukluğu tanısı verilmemektedir. Orgazmı, aynı zamanda antihipertansif (kan basıncını düşüren ilaçlar), merkezi sinir sistemi uyaranları, trisiklik antidepresanlar ve monoamin oksidaz inhibitörleri gibi ilaçlar da baskılayabilir. Olası psikolojik faktörler ise hamile kalma korkusu, hastanın partnerine karşı sert tavırları ve cinsellikle ilgili genel olarak yaşanan suçluluktur. Yaş, daha önceki cinsel deneyimler ve ön sevişmenin yeterliliği de kadın orgazm bozukluğu tanısı verirken göz önünde bulundurulmalıdır (Amerika psikiyatri birliği DSM-V, 2017).

Kadında engellenmiş orgazm veya orgazm bozukluğu klinik uzmanlarınca; odaklanma, yoğunluk ve süre olarak yeterli görüldüğü bir cinsel faaliyet sırasında, cinsel zevkin doruk noktasına ulaşamaması veya geç ulaşması, istikrarlı ya da tekrarlayan bir şekilde normal uyarılma aşamasından sonra ortaya çıkar (Amerika Psikiyatri Birliği, DSM-III-R, 1987, sayfa 294)

Orgazm yoksunluğu diğer psikolojik cinsel bozukluklar gibi durumsal veya genel olarak görülebilir. Devamlı ya da orgazm becerilerinden sonra, istenilen durumlarda gerçekleşebilir. Bu yüzden orgazm olmama belirli durumlara has olup, başka durumlarda orgazm ortaya çıkabilir. Orgazmın gerçekleşmediği en yaygın durum birleşme sırasındadır. Öyle ki Kaplan'a göre kadınların sadece %20'si ile %30'u arası, birleşme esnasında vajinanın erkek cinsel organıyla tamamen uyarılmasına odaklanarak orgazm olabilirler. Eğer bu tahmin doğru ise birleşme sırasındaki orgazm bozukluğu (uyarılmanın başka yöntemleri kullanılmadıysa) anormal olmaktan ziyade çok doğal bir olaydır. Nathan (1986) düşük cinsel isteğin nispeten yaygın bir sorun olduğunu, yaygınlık seviyesinin ise sorulan sorularda görüldüğü üzere farklı olduğunu ifade etti. Evli erkeklerin düşük bir oranı hiçbir zaman cinselliğe istekli olmadığını söyledi (%1-3). Oysaki bu oran evlenmemiş teşhircilik

yanlısı kadınlarda daha fazladır (%15-20). Deneklere cinsel isteksizliğin onlar için sorun sayılıp sayılmadığını sorarsak, erkeklerde %16 kadınlarda ise %25'in sorun saydığını söylerler.

Öyle görünüyor ki birçok karı koca, birinin veya ikisinin az cinsel istekli olduğu dönemleri geçirmişler ve bu bozukluğun önceden düşünüldüğü miktardan daha yaygın olduğu görülmüştür.

Bu konudan şu soru akıllara gelebilir: fazladan uyarılma olmaksızın orgazmsızlığı yaşamak cinsel bozukluk sayılır mı? Kadınların birçoğunun orgazm olmak için, doğrudan vajinal uyarılmaya ihtiyaç duyduğu açıktır. Ayrıca birçok kadının partnerle ilişkide değil de mastürbasyon ile orgazma ulaştıkları yönünde güçlü izlenimler vardır. Bu konu kadınların mastürbasyon sırasında uyarılmanın en iyi şekli ile ilgili yakaladığı arka plan ve direkt lik ile alakalıdır. Hiç orgazm olamayan kadınların oranı %5 ile %15 arası olarak tahmin ediliyor.

Orgazm bozukluğu kadınların tedavi için başvurduğu en yaygın bozukluktur. Houghton'un raporuna göre tedavi arayan kadınların %19'unda orgazm bozukluğu görülmüştür. Masters ve Johnson tedavi isteyen kadınların %56'sında, birincil orgazm bozukluğu (devamlı, tüm durumlarda) olduğunu tespit ettiler ve kalan %44'de durumsal cinsel doruk pozisyonu eksikliğinin mevcut olduğunu gördüler. Unutulmamalıdır ki Masters ve Johnson kadınlar için istek ve uyarılma bozukluğu sınıflandırmasını kullanmadılar, bu sebeple onların sınıflandırmasının daha yeni çalışmalarla karşılaştırılması mümkün değildir.

Buna göre bazı orgazm bozukluğu şekilleri, tedavi arayan kadınların tamamı tarafından tecrübe edilmiştir. Günümüzde primer orgazm bozukluğunu, bu denli yüksek oranlarda görmek pek muhtemel gözüküyor. Sevindirici olan şu ki kadınlar günümüzde orgazmı yakalamak için daha iyi eğitimler görüyorlar ve kadınların mastürbasyonu için daha az olumsuz düşünce vardır. Vibratörler, her yerde kolaylıkla alınabiliyor ve bir tahrik edici olarak orgazm olma ihtimalini yükseltiyor.

Sonuç olarak buradaki ana tema şudur; günümüzde 1970'li yıllardan sonraki döneme nazaran yani Masters ve Johnson'un öncü olarak çalışmalarını rapor ettikleri yıllara göre, hiç orgazm olmamış kadınlarda orgazm bozukluğu daha az yaygındır. Orgazm bozukluğunun sebebini araştırırken farklı türlerini ayrı ayrı incelemek gerekir. İlk başta genel cinsel doruk eksikliğini dikkate alırsak, bu alanda çeşitli görüşlerin

önerildiğini anlarız. Örnek olarak orgazm eşikleri doğal dağılıma sahiptirler ve bazı kadınlar orgazm yanıtı için diğerlerine göre daha fazla uyarılmaya ihtiyaç duyarlar. Bu teoriyi incelemek kolay değildir ama öyle görünüyor ki daha önce orgazm yaşamamış bazı kadınlarda, klitoris şiddetli uyarılmasına neden olan vibratörle orgazma ulaşması olası görünüyor. Başka etken faktörlerden tüm çalışmalarda bahsediliyor.

Şahsın kendisi veya partneri tarafından uyarılmanın olmaması veya yeterli uyarılmanın uygulanmamasında; dini etkenlerin rolü ve çocukluk döneminde olumsuz ailevi etkiler gibi. Genel kanı, kadınlarda orgazmsızlığın birçok faktörden kaynaklandığı yönündedir ve bu faktörler tedavi arayan kadınlarda değişkenlik göstermektedir. Cinsel doruk eksikliği yaşayan kadınların özelliklerine dair yapılan araştırmalardan biri Dragotis ve arkadaşları tarafından yapılmıştır.

Bu çalışmada hiçbir zaman orgazm deneyimi yaşamayan kadınlardan iki büyük grup belirlendi. İlk grup azınlık örnek deneklerin bulunduğu gruptu. Yer alan kadınlarda ise iyi derecede cinsel bilgi, iyi vücutsal imaj, artan cinsel ilgi, yüksek cinsel çekicilik, cinsel faaliyete riskli eğilimler ve cinsel fantezileri sürekli kullanmak özelliklerine sahipti. En fazla denek ikinci grupta yer alıyordu. Bu gruptaki kadınlar bozukluğu olmayan gruba kıyasla, yüksek seviyede psikolojik sıkıntı, olumsuz öz kavram ve vücutsal imaj, cinsel ilginin azlığı, düşük cinsel deneyim ve fanteziye ilgi göstermemek özelliklerine sahipti. Dragotis ve arkadaşları “ilk gruptaki orgazmsızlığın sebebi, içsel veya doğal faktörler olabilir, psikojenik faktörler değil” önerisinde bulundular. Öte yandan ikinci grup muhtemelen, orgazma engel olan psikolojik cinsel etkenlerin çeşitlerini gösterdi. Daha önemlisi şudur ki; bu çalışmalar cinsel doruk eksikliği olan kadınların uyumlu (benzer) bir grup olmadığını gösterdi. Aslında Dragotis ve arkadaşları, alt tipleri tanımlarken sunulan diğer değişkenler kullanıldığı takdirde, başka alt tiplerin de ortaya çıkabileceğine inanıyorlardı. Durumsal orgazm bozukluğunun sebep araştırmasıyla ilgili, başka farklı yaklaşımla bakmak gereklidir. Birçok kadının belki de kadınların genelinin, bir tek cinsel uyarılmayla (vibratörsüz) orgazma ulaşamadığını özellikle birleşme sırasında ek uyarılma yokken orgazmsız kaldığını dikkate alırsak bu sorunu sormamız uygun değildir. Hangi faktörler bu zorlu durumlarda bazı kadınları orgazma ulaştırabilir? Ne yazık ki cinsel birleşme gibi durumlarda kolayca orgazm olabilen kadınlarla ilgili çok az bilgi mevcuttur. Öyle görünüyor ki kadınlar muhtemelen cinsel istek,

uyarılmaya yanıt verme ve orgazma ulaşma kolaylığı bakımından birbirinden çok farklıdırlar. Çok az sayıda kadın cinsel düşüncelerle orgazm olabilmektedir. Halbuki diğerleri yüksek uyarılma ve orgazm için sadece biraz fiziksel uyarılmaya ihtiyaç duyarlar. Cinsel uyarılma veya orgazm konusunda normal bir dağılım olursa bazı kadınlar bu dağılımın daha düşük seviyesinde yer alırlar. Bu görüş tabii ki bu soruyu yanıtlamak adına yeterli değildir. Zira onun aracılığı ile de kadınların orgazm yanıtı konusunda neden farklı olduklarını açıkça anlayamamaktayız. Biyolojik dağılımı, cinsel hormonların seviyelerinde gerçekleşen bazı değişimler neticesinde belirlenmiş olabilir.

Sonuç olarak diğer alanlardaki kişisel değişkenlikler, cinsel semptomlara yanıt verme farkı gibi orgazm becerisi farkını da izah niteliğindedir. Orgazm olma konusunda sade bir dağılım varsa, kuşkusuz orgazm sürecine etki eden birçok etken mevcuttur. Ten uyuşmazlığı, partnerin beceriksizliği, cinsel bilgisizlik, olumsuz cinsel yaklaşım ve negatif imaj çizmek gibi faktörler kadınlarda orgazma engel teşkil etmektedir.

Bazı kadınlar cinselliğin psikolojik yönlerinden yoksun olabilirler, ama maalesef orgazma ulaşma kolaylığı dağılımının alt seviyesinde yer alma ihtimalleri de vardır. Bu kadınlar için müdahalenin hedefi, daha önce orgazma yol açmayan kanallarda maksimum uyarılmayı sağlamaktır (Mesela; cinsel fanteziyi kullanmak, erotik ifadeler, cinsel belirtilere aşırı derecede odaklanmak, partnere yol gösterip tepkilerini ölçerek uygun fiziksel uyarılmayı sağlamak) Doğrudan vajinal uyarılma olmadan yapılan ilişkide, orgazmın normalde olağan olmadığı gerçeğinin yanı sıra, bazı kadınların da sadece cinsel organın girişiyle orgazma ulaşmanın gerçekçi bir hedef olmadığını kabul etmesi gerekir (Quilliam, Rahmati, 2002, 235)

Buna rağmen Stuart ve arkadaşlarının (1987) Engellenmiş cinsel istekle boğuşan grubun normal cinsel isteğe sahip kadınlara göre; evliliklerinden daha az memnun oldukları ve eşlerine karşı hayal edilen aşkı daha az besledikleri bulgularına rastladılar. Buna göre bu faktörlerin sebep-sonuç ilişkisi net olmasa da engellenmiş cinsel istekle karı-koca arasındaki anlaşmazlığın bağlantılı olduğu olasıdır. Ayrıca bu çalışmada hormonal cinsel bozuklukları ile engellenmiş cinsel istek arasındaki bağlantılar incelendi. İki kadın örnek grubu arasındaki testosteron ve prolaktin seviyesi bakımından bir fark gözlenmedi ki bu da hormonların kadınlardaki azalmış cinsel isteğinde etkisiz olduğunu gösterir.

Depresyonun, kadında orgazm bozukluğu ile alakalı olmadığı düşünülüyor. Schiavi, Schreiner-Engel (1986) normal cinsel istekli ve orgazma ulaşabilen 36 kadınla, orgazm bozukluğu 46 kadını karşılaştırdı. Kişilik özelliklerinde hiçbir farka rastlanmadı ve psiko-patolojik olarak eşit durumlarda bulunuyorlardı. Depresyonun yaygınlığı dikkate alındığında, klinik tedavi gören grubun daha çok vaka raporu verdiği görüldü ve depresyon genel olarak cinsel isteksizlikten önce geliyordu. Araştırmacılar bazı biyolojik faktörlerin psiko-patoloji ve azalmış cinsel istekte etkili olduğunu beyan ettiler. İlginç bir şekilde engellenmiş cinsel istek örnekleri premenstürel sendromun altını çizdi. Bazı biyolojik etkenlerin cinsel istek azlığıyla doğrudan olabileceği fikri mantıklı gelse de, mekanizmaları tam olarak aydınlığa kavuşmuş değildir. Aynı şey cinsel isteği etkilediği söylenen psikolojik etkenler için de geçerlidir. Şu ana kadar deneysel olarak, genellikle ilişki kalitesinin engellenmiş cinsel istekle bağlantılı olan tek psikolojik faktör olduğu ispatlanmıştır. Farklı terapistlere göre yorgunluk, sansasyonlar ve cinsel faaliyet ile cinsel temas hakkındaki tutumlar, orgazm bozukluğu ile sonuçlanabilir ama bu konuda doğrulayıcı veriler henüz mevcut değildir.

3.9.8 Maddenin / ilacın yol açtığı cinsel işlev bozukluğu

Madde kullanımı kişide cinsel işlev bozukluğuna yol açabilmektedir. Fiziksel hastalıklarda olduğu gibi, farklı psikoaktif maddelerde erkeklerin ve kadınların cinselliklerini etkileyebilir. Özgül bir madde entoksikasyonu tanısı için maddenin/ilacın yol açtığı cinsel işlev bozukluğu tanısı, sadece hastanın bu alandaki problemleri madde entoksikasyonu esnasında görülen normal süreci aştığında verilmesi gerektiği unutulmamalıdır.

3.9.9 Tanımlanmış ve tanımlanmamış diğer cinsel işlev bozuklukları

Bu tür durumlarda tedaviye başvuran bireyler belirtilen durumlardan biri ile beraber cinsel bir problem yaşanlar için kullanılır:

Atipik semptomlar: Semptomlar; karmaşık, atipik veya tanımlanmamış bir cinsel bozukluğa göre daha hafiftir. Nedeninin belirsiz olması veya yetersiz bilgi (Amerika psikiyatri birliği DSM-V,2017).



4. DUYGUSAL ŞİDDET

4.1 Duygusal Gelişim ve Gelişimi Etkileyen Etkenler

Ruh sağlığı duygu durum yani duygusal ve düşünsel duruma söylenir, şahsın kendisinde ve başkalarında bulunan çok çeşitli duygular yelpazesinin farkına vararak kabullenmesini, onları gösterme yeteneğini, bağımsız hareket etmesini ve günlük sorunlar ile stres kaynağı engellerle baş etme becerisini kapsar (Halls, 2005)

Duygu, duygusal uyarım anlamına gelen Fransızca bir kelimedenden köken almıştır. Duygusal kelimesi suiistimal ile birleştiği zaman, karanlıkta kalan farklılıklar anlamına gelir.

Duygusal gelişim ve duygusal suiistimalin tanımı iki temel unsurdan oluşmaktadır; birincisi her bireyin bir duygusal yaşantısı vardır ve her birimiz duygusal olarak geliyoruz. İkincisi ise duygusal suiistimalin hayatımıza ve duygusal gelişimimize olumsuz etkileri vardır, ayrıca psikolojik gelişimimize de aynı şekilde olumsuz etkileri vardır.

Sağlıklı ve normal her insanın düzgün, duygusal ve psikolojik gelişime ihtiyacı vardır. Duygusal gelişim süreci bireylerin duygularını ifade etme becerisini edindiği bir süreçtir ve sonuç olarak farklı duygularını tahrik ve kontrol etmeyi öğrenirler. Duyguları ayarlamak, kontrol edip, ifade edebilmek çocuklara, duygularını uygun bir şekilde hissedip beyan etme imkanı sağlıyor. Ayrıca çocukların eğitimsel, kültürel, sosyal ve psikolojik gelişimi için belirleyici bir eylemdir. Yetişkinlik ve geçmişleri ile fazlaca bağlantısı vardır (O'Hagan, 2006).

Bebeklerin, gelişip büyüdüğü gibi duygusal hazineleri ve duygusal ifadeleri de artar. Ebeveyn tarafından kültürel ve sosyal içeriği etkili olur, sosyal yorumları ve toplumsal eylemleri iletir, sonunda ise duygu şekillenir. Duygusal ifade ayarlanmış olur. Örneğin açlıktan doğan acı hissi, bebeğin ağlamasını kontrol edilemez hale getirebilir veya ani bir hareket, yüksek bir ses korku ve endişenin eş anlamlı ifadesine sebep olabilir, bakıcılar da sakin ve güven verici bir şekilde tekrar yanıt verir, bebek bu yanıtlarla tanışır, beklenti ve ümitleri duygusal ifadelerini

ayarlar. Bu duygusal ayarlama, duygusal kontrol ve duygusal ifadenin başlangıcı olarak duygusal gelişimin belirleyici bir aşamasıdır (Malatesta ve ark. 1989; O'Hagan'dan alıntı, 2006, sayfa 43).

Bütün ergenlerde iletişim kurma ve başkalarına yardım etme zeminini oluşturma yeteneği vardır ancak çocuklar arasında bireysel birçok farklılık mevcuttur. Bazı çocuklar sosyal etkileşimde bulunurlar ve başkalarının haklarına tecavüz ettikleri zaman özür dilemek veya itirafta bulunmak için tatlı şımarıklıklar ve masum yalanlardan yardım alırlar; halbuki diğer çocuklar kolaylıkla çatışmaya katılırlar veya belirgin olmayan bir şekilde başkalarına karşı agresif öfkeyi kullanıp empatiyi minimuma indirirler. Ailelerde sosyalleşme tecrübeleri çocuklar arasında bireysel farklılıklara dair birçok anlamlı işaret sunuyor. Bu, çocukluğun ilk evrelerinde ailenin sosyal hayatta yarattığı güven veya güvensizlik ile doğru orantılıdır (Fehr ve ark. 2009)

4.2 Çocukların Duygusal Sosyalleşmesinde Ailenin Rolü

Duygusal cevap, aile ortamındaki duygusal sosyalleşme alıştırmaları ile oluşur. Ebeveyn, çocukların davranışlarına yön vermek ve aile içerisindeki rollerle farklı sosyal ortamlarda duygularını en iyi şekilde ifade edecek, sosyal cevabı vermesini sağlamak ister. Örneğin bazı anne babalar, çocuklarının öfke veya üzüntü gibi olumsuz duygu ifadelerini cezalandırabilir. Halbuki başka ebeveynler bu şekilde açık duygu ifadelerini olumlu bulup ödüllendirebilirler. Buna dayanarak çocuklar duygusal deneyimlere nasıl cevap vereceklerini öğrenirler. Ebeveynlerin ve çeşitli alıştırmalarının, çocukların empati kurabilmesi ve başkalarının sorunlarına ortak olup olmaması konusundaki öneminde hiçbir şüphe yoktur.

Ama çocuklar başkalarının üzüntülerine farklı cevap vermeyi nasıl öğrenirler? Çocuklar üzerinde yapılan araştırmalar gösteriyor ki ebeveynler çocukların çok erken yaşlardan itibaren topluma karşı duygusal cevap vermesini sağlarlar. Örneğin; eğer küçük çocuklar arkadaşlarının üzüntülerini paylaşıp başkalarının sıkıntılarına duygusal cevap veriyorlarsa, ebeveyn dışarıdan destek ve teşvikle bu davranışın devam etmesini sağlar. Kopp'un (1989) görüşüne göre ebeveynin çocuğunun üzüntüsüne yanıtı, duygusal dengeyi sağlamak için dış desteği oluşturur ve çocuklar iletişime daha açık bir hale gelirler. Ebeveynin hassasiyeti ve çocukların rahatsızlıklarına uygun cevap vermeleri yani koruyucu ve çocuk arasındaki duygusal

sinyal, çocuklara öfkelerini dengelemelerini öğretir ve nihayetinde ebeveynin yanıtlarını anımsayarak üzüntülerinin dinmesi üzerine, başkalarına yön verip öfkelerinin yatışması için insanların varlığına güvenirlir (Fehr ve ark. 2009).

Eisenberg ve arkadaşları (1996) ilgili (duygusal odaklanma, teselli ve sorun odaklı reaksiyonlar) ve ilgisiz (cezalandırıcılık, umursamama, önemsiz sayma reaksiyonları) konularına odaklanmışlardı ki bunlar duygusal sosyalleşmenin çözüm yollarıdır ve aralarındaki bağı ise çocukların empati kurma ve şahsi üzüntülerini ifade etme etkenidir. Eisenberg ve arkadaşlarına göre, çocukların olumsuz duygu ifadesinin ebeveyn tarafından cezalandırılmasının neticesinde, gelecekteki üzücü pozisyonlar karşısında, duygusal öfkelenme seviyelerini daha yükseğe taşırlar. Ebeveyn, çocukların olumsuz duygusal ifadelerine ceza verdiğiğinde veya soğuk karşıladığında, çocuklar duygularını tehdit altında görüp o pozisyonlardan kaçınmaya başlarlar.

Eğer çocuklar rahatsızlıklarını dile getirdikleri için cezalandırılırsa, benzer durumlarda cezalandırılma korkusundan bir daha aynı duyguları dile getirmeyebilir. Öte yandan çocuklarının öfkelerini ifade etmesini cezalandıran veya ödüllendirmeyen ebeveyn, çocuklarının öfkelerini başkalarına yönlendirmiş olur. Ebeveyn, titizlikle çocuklarının aşırı tepkileri ile ilgilendiği ve onlarla baş etmesi için destekleyip teşvik ettiği zaman çocuklar, öfkeleniren duygularını denetleyip dengelemeyi öğrenerek gelecekteki stresli durumlara sakince karşılık vermeyi becerebilir. Ayrıca buna benzer sorumluluk gerektiren hassas davranışlar ebeveyn ve çocuk arasındaki iletişimi kolaylaştırır ve güven duygusuna ek olarak umutsuzluk anlarında ihtiyaçlarının başkaları tarafından önemseneceğine dair inanca neden olur.

Çocukların olumsuz duygusal ifadelerine, teşvik edip devam etmesi yönünde cesaretlendirmek, hem duygusal deneyimlerini meşru kılar hem de streslerini ve üzüntülerini utanmadan açıkça dile getirmelerini sağlar. Ayrıca insanların zor zamanlarında yardıma ihtiyaç duyduklarını idrak ederler (Fehr ve ark. 2009).

Anne babaların çocukların olumsuz duygularına ilgilileri ve ilgisizlikleri, yetiştirme istikametinde değişimlere sebep olabilir ve bu değişimler ebeveynlerin duygusal ifadenin ideal yaşı ile ilgili beklentileriyle doğru orantılıdır. Genel olarak ebeveyn çocukluktan itibaren duyguları sıcak aile ortamının içerisinde çocuklar yetiştirir ve içten bir iletişimin yanı sıra sağlıklı psikolojik gelişimlerini sağlayabilir. Bu alanda bir eksiklik varsa çocukların duyguları sağlıklı bir şekilde gelişemez ve gelecekte

onlara çok zarar verici etkileri olur. Bu çocuklar gelecekte duygusal suiistimale maruz kalabilirler hatta suiistimali yapan kişiye de dönüşebilirler zira başkalarının duygularına cevap vermeyi öğrenmemişlerdir çünkü onların duygularına cevap verecek hiç kimse olmamıştır. Sonuç olarak duygulara karşı ve duyguların hayatlarındaki yeri hakkında bilinçsizlerdir, diğer insanların duygularını ve onlara saygı duyulması gerektiğini önemsemezler.

Duygusal gelişimi öğrenip teşhis etmemizle birlikte, duygusal istismarı tanımlama ve keşfetme konumuna erişiyoruz. Duygusal istismar, duyguların gelişmesini engeller ve kültürel, sosyal, psikolojik gelişime olumsuz etki eder, çünkü duygusal istismar, suiistimal edilmiş ilişkilerin duygusal bir şekilde inzivaya sevk edilmesidir (O'Hagan, 2006)

4.3 Duygusal İhmal

Duygusal ihmal çocukların duygularını hiçe saymak ve onlara kötü davranmaktır. Duygusal ihmalin çocuklara çok ağır ve olumsuz etkileri vardır. Bu nedenle çocukların duygusal bir ortamda eşit oranda fiziksel, bilişsel ve ruhsal gelişime erişmeleri gerekir ki pozitif bir yetişkin olsunlar. Ayrıca çocukların anne baba ile sağlıklı bir iletişim çerçevesinde fırsata, heyecana, sevgiye, fiziki ve duygusal güvene ihtiyaçları vardır ki öğrenerek buluğa ersinler (Rees, 2008)

Geçmişe yönelik geleceğe etkili birkaç çalışmaya göre çocuklara yönelik kötü davranış ve suiistimal, yetişkinlikte depresif hallerin ortaya çıkmasına sebep olan tehlikeli faktörlerdir. Çocuklara olumsuz davranmak; fiziksel değişimlere, düşük özgüvene, güçsüzlük hissine, toplumdaki kaçmak gibi psikolojik ve kuralları çiğnemek tarzı davranışsal bozukluklara sebebiyet verebilir. Çocuklara yönelik olumsuz davranışlardan biri olan “güvensiz bağlanmanın” çocuklarda artması ve yaygınlaşması yetişkinlikte depresyonun habercisi olarak belirlenmiştir. Bağlanma şekilleri, duygusal istismar çeşitlerinin sadece bir örneğidir ki depresyon ve olumsuz davranışla bağlantı içerisindedir ve olumsuz davranışa maruz kalan çocuklar bilişsel olarak daha savunmasız olurlar, yetişkinlikte ise daha kolay suiistimale maruz kalabilirler (Miniati ve ark. 2010)

Geçmişe dönük başka bir çalışmada çocukluk olayları anketine göre çocuklukta istismar ve duygusal ihmal, yetişkinliğe yüksek tahribatlar bırakmıştır. Örneğin

çocuğa aile içerisinde aptal, tembel veya çirkin gibi kelimelerle hitap edilirse ya da çocuklar ebeveynin istemi dışında doğduklarını düşünürlerse, gelecekte telafisi mümkün olmayan kötü etkilere neden olur (Baker ve Maiorino, 2010).

Olumsuz davranışa veya suiistimale maruz kalan çocuklar, yetişkinlikte daha çok istismar ve suiistimale maruz kalırlar (Aosved, 2005).

4.4 Grup İçerisindeki Duygusal Durum

Duygusal şekillenme sadece aileye özel bir durum değildir, gruplar içinde de oluşabilir. Yapılan araştırmalara göre; eski karı kocaların grup içerisindeki ilişkilerinin, özellikle grup içindeki anlaşmazlık ve çatışmalarının duygusal yanıt içerip içermeyeceğini test ediyorlardı. Şimdi biliyoruz ki tahrik gibi duygusal reaksiyon, bireyler arası ilişkide meydana gelebilir ve grup dışındaki kişilerden kaçma nedeni olabilir. Suçluluk duygusu gibi diğer olumsuz duygu çeşitleri de ilişkilerde ortaya çıkabilir. 1980 yılının sonunda geçmişteki duyguların rolünün görmezden gelindiğine dair tek tük işaretler varken şimdi tersine dönmüş ve 1989'da bir ana akım haline dönüşmüştür (Pettigrew, 1997).

İnsanlar aile gibi bir sosyal grup ile tanıdıklarında, grup psikolojisinin bir kısmını oluştururlar. Grup içindeki bazı konu ve hadiselerde (grup içi anlaşmazlık gibi) grubun duygusal heyecanı, bireylerin algıları üzerinde etkili olmasa bile önem taşır (Smith, 1993).

Konular, gruplara yardım etmek veya zarar vermek olarak değerlendirilip yorumlandığı zaman, duygularını kendi şahsi olayları gibi başlatırlar (Scherer, 1984, akt. Pettigrew, 2008).

Bu nedenle insanlar şartlardan dolayı bir gruba bağlandıklarında, duyguları iyice tecrübe edebilirler. Örnek olarak; kadınları erkeklerle aynı seviyede hatta daha yüksekte görmesine rağmen, kendini aşağıda gören hizmetçi bir kadının konumunu düşünebiliriz. Eğer algı ve idrak insanlara reaksiyon göstermek ise, hizmetçi kadın umutsuzluk, nefret veya kıskançlık duygularını hissedebilir. Buna karşın eğer hizmetçi kadını güçlü bir kadın kimliği olarak düşünürseniz, olumlu duyguları tecrübe edebildiğini de görebilirsiniz (Pettigrew, 2008).

Grup içi duygular teorisi üçe ayrılır. Birincisi; bir gruba üye olmak kolay değildir ama grubu tanımak, grubun bir bölümünü kişiye ait yapar ve grup içi duyguyu

tecrübe etmesi için önemli şartları oluşturur. İkincisi; duyguların mahiyetine göre, birkaç ayrı türde olan ve özel şartlara sahip grupların, tehdit oluşturduğu esas alınarak yön verilir. Üçüncüsü; kişilerin yüzeysel duyguları, başka gruplara ve kendi gruplarına karşı tutumları ve davranışları özdenetim mekanizmasının bir parçası olur. İnsanlar daha önce ön planda olan grup üyelerinin, konumuna zarar veren eylemlerini fark edince rahatsız olup öfkelenirler. Smith ve arkadaşlarına göre insanların yüzeysel olan grup içi duyguları, sosyolojik olarak kategorize olmuştur. Anlamı ise; her sosyal grubun kendine özel yüzeysel olan grup içi duyguları vardır (Sevinç, öfke, suçluluk duygusu) (Pettigrew, 2008).

Tarihi açıdan ilk kadına yönelik istismar olayına, belki de dini kitaplarda geçen Adem ile Havva hikayesinde rastlayabiliriz. Bu hikayeye göre Adem, Havva'nın etkisiyle şeytan tarafından kandırılıp cennetten kovuldu. Başka deyişle bu olay batıda ve Hristiyan dünyasında, kadınlara yapılan zulüm ve eziyet için bir bahane oluşturdu. Bu esnada kadın özünde şeytani bir varlık olarak lanse edilip kilise yetkililerince evlilikte kadına şiddet öneriliyordu. Roma imparatorluğunun ilk Hristiyan imparatoru, karısını işkenceyle öldürttü ve maalesef tarih bu vahşete kutsal bir görünüm kazandırdı. İsa'nın doğumundan bin sene sonra, kadına şiddet hakkında kilisenin ilk yasası yürürlüğe girdi ama günümüzde kilise yetkililerinin birçoğu, kilisenin kadına şiddet uygulanmasındaki rolünü inkar ediyor.

Fakat M. Loter'in 16. Yüzyılda yaptıkları bile bu gerçeği yeterince göz önüne seriyor. Kaldı ki bazı yazarlara göre, kadınlara şiddet Napolyon'un medeni kanunlarında açıkça kabul edilmese de, o kanunların yaygın ve inkar edilemez bir parçası sayılıyordu. Bu da daha çok Napolyon'un hükümet konseyine karşı hatasından kaynaklanıyordu ki Napolyon'un açıklaması şöyle olmuştur "koca, eşiyile ilişkide mutlak güçtür. Koca, eşine evden dışarı çıkamazsın, tiyatroya gidemezsin deme hakkına sahiptir."

Britanya'da da kadınların durumu aynı seviyede kötüydü. Tek fark, İngilizlerin aydınlık çağında kadın haklarını savunmak için çok çabalayan John Stuart Mill gibi filozofa sahip olmasıydı (Motamedi Mehr, 2001).

Farklı yaklaşımlara bağlı birçok görüş mensubu bu konu hakkında açıklama yaptı. Sosyologlara göre ilişkiler ve öğrenilmişlikler şiddet uygulamasında doğal faktörlerden daha önemli bir yere sahiptir. Başka bir grup da, suç işleme fırsatlarının

bu tür davranışları açığa çıkarmasındaki önemine vurgu yapmaktadır. Diğer bir görüş ise şiddetin kaynağını ekonomik ilişkiler ve üretim makinelerinin mahiyeti olarak görür. Bu görüşe göre, bu makinelerle çalışmaya erkeklerin gücünün yeteceği gerçeğine dayanarak, ekonomik güç bir şiddet aracı olarak erkeklerin elinde bulunur (Motamedi Mehr, 2001).

4.5 Kadına Yönelik Şiddet ve İstismarın Tanımı

Kadına yönelik şiddet ve istismar, dünya çapında bir sorun olup farklı bir coğrafya ile kısıtlamak imkansızdır. Genel anlamda şiddet ve istismarı, her türlü fiziki, cinsel ve psikolojik eziyet olarak tanımlayabiliriz. Şiddet ve istismar hem kadınlar ile çocukların akli, psikolojik ve duygusal sağlığını tehlikeye atar hem de toplumun zarar görmesine sebep olur. İstismar, bir insanı kontrol edip ona boyun eğdirmek için sergilenen her türlü davranışa denir ve korkutmak, hakaret etmek, sözlü veya fiziki tacizi kapsar (Bakhshi Pourroodsari, 2000).

Ayrıca Birleşmiş Milletler genel kurulunun 1993 yılındaki tanımına göre kadına yönelik şiddet ve istismar, kadına zarar verecek fiziki, cinsel, psikolojik davranışa ya da kadının baskı ve eziyete maruz kalma ihtimalini doğuracak her türlü cinsiyetçi davranışa denir. Böyle bir davranış tehdit, zorlama, özgürlük ve iradenin mutlak gaspı ile gizlice ya da açıkça ortaya çıkabilir. Kadına yönelik şiddet ve istismar ömür boyunca sürebilir, amacı da tüm yaşam süresince kadını değiştirmektir (Doğmadan önce, çocukluk, kızlık, gençlik, yetişkinlik, yaşlılık) (Ghaffari, 2002).

4.6 Duygusal İstismarın Tanımı

Günümüz dünyasında fiziksel şiddet nadiren görülse de duygusal ve psikolojik şiddet toplumun kültürel yapısında her zaman gizli kalmış ve birçok kurbanı olmuştur. Kemiklerinin kırılma sesi duyulmayan ama aslında acılarını kemiklerine kadar hisseden, gizli öfkeleri öfke dolu bağırışlarından daha can yakıcı olan kurbanlardır bunlar (Ghaffari, 2002).

Aile içinde kadınların maruz kaldığı duygusal istismar veya kadınlara yönelik psikolojik şiddet bu araştırmanın bahis konusu sayılır ki bu da gizli bir şiddettir ve birçok kadın için belirli bir tanımı yoktur, fazla bilimsel seviyeye taşınmaz ve şahsi seviyede kalmaya devam eder. Duygusal istismar mahiyet olarak, fiziksel değil

duygusal ve heyecansaldır. Duygusal istismar her şeyi kapsar. Sözlü eleştiri ve benzeri suiistimal, suçlama, küsme, hile, umursamazlık, surat asma vb. hepsi duygusal istismarın örnekleridirler (Bakhshi Pourroodsari, 2006).

Duygusal istismar düzenli olarak kişilerin özgüveninin, kişisel değerlerinin, kişisel algılarının ve öz kavramının tahrip edildiği bir beyin yıkama türü gibidir. Duygusal istismar azarlama ve devamlı aşağılama ile de yapılırsa, yol göstermek, öğretmek ve öğüt vermek adıyla da uygulansa sonuç hep aynıdır. İstismara maruz kalan şahıs benliğini ve kişisel değerini kaybeder. Duygusal istismar kişinin iç dünyasına zarar verir ve fiziki yaralardan daha derin, daha etkili yaralara sebep olabilir (Bakhshi Pourroodsari, 2006).

Başka deyişle duygusal istismar kadının onurunu, haysiyetini ve özgüvenini zedeleyen şiddet içerikli bir davranıştır. Bu davranış yersiz eleştiri, aşağılamak, hakaret etmek, dalga geçmek, kabalık, küfretmek, laf sokmak, boşamak veya kuma getirmekle tehdit etmek olarak uygulanır. İran'da da kadınların onurunu, gururunu ve özgüvenini zedeleyen birçok duygusal istismar örneğine rastlamak mümkündür. Ama maalesef henüz verdiği zarar ve hasarlarla ilgili bir araştırma yapılmamıştır (Ensan, 2007).

O'Hagan'ın fikrine göre duygusal istismar, başkalarının duygusal hissine uygunsuz veya tekrarlanan cevaplar verip ifadesel davranışlarına eşlik etmemektir. Duygusal istismarı tanımlarken kilit terim, başkalarına karşı uygulanan olumsuz davranışlar ve empoze edilen duygusal cevaplardır. Duygusal istismar başka tanıma göre, devamlı sözlü suiistimal, psikolojik baskı ve eziyet, tehdit, fiziki, maddi açıdan ve kişisel bağımsızlıktan mahrumiyet olarak ortaya çıkar. Birçok kadın için kocalarının hakaretleri ve evdeki diktatörlükleri fiziksel saldırılarından daha çok can yakıcıdır. Zira bu davranışları kadınlardaki itimat ve özgüven duygularını yok eder. Ayrıca duygusal istismarın şiddeti ve etkisi fiziksel bir saldırıyla daha da artar. Duygusal istismara maruz kalan kadınların itirafına göre, dövülmenin ve yaralanmanın en kötü tarafı fiziki şiddetin kendisi değil, saldırıdan doğan psikolojik baskı ve korku ile yaşamak mecburiyetidir (Ghaffari, 2002).

Başka tanımlamaya göre de fikri, psikolojik, duygusal veya sosyal bakımdan kişinin zevklerine zarar vermek de duygusal istismar veya psikolojik şiddet sayılır. Çünkü kurbanı yaşamın temel malzemelerinden mahrum kılar, yeteneklerini yok eder ve

olumlu yaratıcı faaliyetlerde bulunmasını engeller. Yani ayrımcılık ve adaletsizlik, bilgilerden, yeniliklerden, yeteneklerden mahrumiyet, hayatın aşk, sevgi, merhamet, yaşam sevincinden yoksunlaşması, özgürce düşünmesinin yasaklanması ve yaratıcılıklarının engellenmesi hepsi duygusal istismarın bariz örneklerindedir (Peyman, 1999).

4.7 Duygusal İstismarın Çeşitleri

Duygusal istismarın farklı çeşitleri vardır. İstismarcı davranışın üç modeli ise; saldırganlık, inkar ve hor görmektir (Bakshi Pourroodsari, 2000).

4.7.1 Saldırganlık

Küfürbazlık, itham etmek, suçlamak, tehdit etmek ve emir vermek istismarın saldırgan şekilleridir. Saldırgan davranış genelde direkt ve bariz şekilde olur. İstismar edenin istismar edileni itibarsızlaştırarak, üzerinde kurduğu tartışmasız hakimiyet; sağlıklı yetişkinlik ilişkilerinde olması gereken denge ve öz yönetimi ortadan kaldırır. Bu ilişkisel olgu istismar eden saldırganlığa yöneldiği zaman, en açık şekilde kendini gösterir. Saldırganca istismar bazen, dolaylı olarak görülebilir hatta “yardımcı olma” davranışı ile karıştırılabilir. Eleştirmek, öğüt vermek, çözüm sunmak, incelemek, sorgulamak ve soru sormak vs. yardımcı olmak için yapılan dürüstçe çabalar olarak nitelendirilebilir ancak bazı durumlarda bu davranışlar küçük düşürmek, kontrol etmek ve rezil etmek için yapılır, yardım amaçlı değildir. İstismar eden “ben bunu herkesten daha iyi biliyorum” dediğinde, tavrında o duruma uygun olmayan gizli bir hüküm vardır ve bu hüküm eşit seviyedeki ilişkilerde eşitsizliğe yol açar. İstismarcı istismar olanın, dünyadan edindiği algıları değiştirmek veya tekzip etmek için, itibarsızlaştırmaya başvurur. İstismar eden gerçeği kabul etmekten imtina edip onu reddettiğinde itibarsızlaştırma başlar. Örneğin; eğer istismar kurbanı, istismarcının ona hakaret ettiğini söylerse istismarcı ısrarla “ben öyle bir şey yapmadım, neden bahsettiğini bilmiyorum” der.

4.7.2 İnkâr

Esirgemek inkar etmenin bir diğer şeklidir ve dinlemeyi esirgemek, iletişim kurmayı esirgemek ve küsmeyi kapsar. Bu inkar yöntemi bazen “sessizlik yoluyla ıslah” diye adlandırılır. Karşı koymak da istismarcının, istismara uğrayan bireyi kendinden bir

parça olarak algılayıp aralarında farklılığa yol açacak her düşünce veya duyguyu inkar ettiğinde başlar.

4.7.3 Hor görmek

Hor görmek inkarın radikal şeklidir. Bu yöntemde istismarcı vuku bulan hadiseyi inkar etmez ama istismara uğrayan kişinin o olaya karşı tecrübesini veya tepkisini sorgular. “Sen gereğinden fazla hassassın”, “çok abartıyorsun”, “olayları büyütüyorsun” gibi cümleler, istismara maruz kalan şahsın duygularının, algılarının sorunlu ve güvenilmez olduğunu lanse eder. Hor görmenin daha ince şekli; istismarcının, yaptığınız eylem veya söylediğiniz sözün alakasız ve önemsiz olduğunu ifade etmesidir. İnkâr ve hor görme zarar vericidir. Bu iki yöntem şahsın kendine saygısını azaltır, çatışma oluşturur, gerçeği, duyguları ve tecrübeleri itibarsızlaştırır. Aslında kadınların duygusal algılarını ve deneyimlerini sorgulayarak itibar kaybına uğrattır.

4.7.4 İstismarcı ilişkileri algılamak

Hiç kimse suiistimale dayalı ilişkinin bir parçası olmak istemez ancak ebeveyn veya başka önemli şahıslar tarafından sözlü suiistimale maruz kalan kişiler, yetişkinlikte genellikle benzer pozisyonlarda istismarcı gibi davranırlar. Eğer ebeveyn deneyimlerinizi ve duygularınızı isimlendirmeye çalışırsa ve davranışlarınızı yargılamaya kalkarsa kendi ölçülerinizi oluşturmayı, size has görüş sahibi olmayı, kendi algı ve hislerinize güvenmeyi öğrenemezsiniz. Sonuç olarak duygusal istismarcı birisi karşınızda kontrolcü bir tavırla bulunuyorsa, mazideki ve huzur verici duyguları hissedersiniz bu duygular size zarar verici olsa bile. İstismarcılar, kendilerini güçsüz ve aciz gören kişilere yönelirler. Bu kişiler kendi hislerine, algılarına veya görüşlerine saygı duymayı öğrenmemiş bireylerdir. Böyle düşünceler istismarcının güvende hissetmesini sağlar, kontrol etme isteğini ortaya çıkarır ve kendi duyguları ile algılarının sorgulanmasından kaçınmasını sağlar.

Buna dayanarak değişimdeki ilk adımımız, özellikle aile bireyleri ve diğer bireylerle olan ilişki modelimizi tanımlamaktır. Önemli kişilerle kurduğumuz ilişkilerde dürüstlük ve şeffaflığın olmayışı çeşitli yollarla kendini gösterebilir. Örnek olarak; kişi bazı durumlarda istismarcı olarak bazı durumlarda ise istismar mağduru olarak davranabilir (Bakshi Pourroodsari, 2006).

4.7.5 İstismarcı erkeklerin karakteristik ve sosyolojik özellikleri

İstismarcı erkeklerin özelliklerine değinmeden önce temas etmemiz gereken konu şudur; istismara maruz kalan kişilerin geneli güçsüzlük, eziyet, korku ve öfke gibi duyguların tutsağıdırlar. İşin trajikomik tarafı ise istismarcının da aynı duyguların esiri olmasıdır. İstismarcı da büyük olasılıkla suiistimale dayalı duygusal bir ortamda yetişmiştir ve böyle bir ortamda istismarcılığı güçsüzlük, eziyet, korku ve öfkeye karşı koymak için seçmiştir (Bakshi Pourroodsari, 2001).

Olumsuz davranışlı ve istismarcı erkekler genellikle dayanın, kadına yönelik hakaret ve aşağılamanın normal karşılandığı ailelerde yetişmişlerdir hatta çocukluk dönemlerinde dayığa ve sevgisizliğe maruz kalmışlardır (Kaplan, 1999; Amir Khalifi'den alıntı, 2005).

Duygusal istismara, evli kişilerde daha fazla rastlandığı için eşine eziyet eden kocaların özelliklerine daha çok dikkat etmek vurgulanır. Evli kişilerde, eşine şiddet uygulayan ve duygusal istismarcı koca, çoğu zaman kişilik bozukluklarıyla boğuşur, şiddetli eziklik kompleksi barındırır veya başarısızlık, hakaret, küçük düşürölme gibi duyguları yaşar. İstismar ve eziyet mağduru kadın ev ortamını terk ettiği zaman daha fazla suiistimale ve şiddete uğrar hatta ölüm tehlikesiyle bile karşı karşıya kalabilir. Bu tip kadınlar her zaman kocalarından korkarlar ve eve geri dönmeye cesaret edemezler. Evlilik hayatındaki anlaşmazlıklar ve çatışmalar insanoğlunun doğumundan hemen sonra başlamıştır. Birbiri ile sorunu olmayan çift bulmamız neredeyse imkansızdır, kişisel farklılıklar gelişim ve yükselişi sağlar. Hatta kardeşlerin evlenmesine imkan olsaydı yine de zıtlıklar ve sıkıntılar yaşanırdı. Fakat önemli olan sorunları düzgün, insancıl ve şiddetsiz halledabilmektir. Bazen çiftlerin duygusal boşanması gerçekleşir sadece resmi kaşesi eksik olur. Karı koca birbirlerinin en nefret ettiği kişilere dönüşebilirler. Hatta anlaşmazlıklar bazen o kadar büyür ki biri diğerini öldürebilir. Eşe şiddette genelde fiziki, sözlü ve psikolojik saldırganlık birbirine eşlik eder.

Kadınların saldırganlığı daha çok sözlü, erkeklerinki ise genelde fiziksel olur. Kadınların saldırganlığı erkeklerin saldırganlığını tetikler ve alevlendirir (Amir Khalifi, 2005).

İstismarcı erkeklerin birçoğunun kavga deneyimi vardır, genellikle çocukken anne veya kız kardeşlerinin babaları tarafından istismara, aşağılanmaya ve hakarete maruz

kaldığına şahit olmuşlardır. Ayrıca istismarcı erkekler bazı örneklerde daha önce evlenip boşanmış olabiliyorlar ki bu birçok erkeğin farklılık sevmesi, düşük özgüven, sorunlara karşı koyamama, saldırgan kişiliğe sahip olma, sinirli olma vs. gibi unsurlarla izah edilebilir (Ramazani Tehrani ve ark. 2002).

Ataerkil düzene inanmak, erkeklerin duygusal istismar ve psikolojik şiddet uygulamasında etkili olabilir. Ek olarak kadınların sosyal konumuna olumsuz bakış da ataerkillik ideolojisini ve erkelerin duygusal şiddeti benimsemesini güçlendirir. Erkeklerin ekonomik ve sosyal konumunun düşük olduğu ailelerde şiddetin vuku bulma olasılığı daha yüksektir (İsimsiz, FARHANG PAZHUHESH Dergisi).

Bu erkeklerin diğer özellikleri ise; işsiz olmaları ve düşük kazanç elde etmeleri, düşük eğitim seviyesi, uyuşturucu bağımlılığı (Panaghi ve ark. 2006), olgunlaşmama, sabırsızlık, kararsızlık, erkekliği ön plana çıkarma isteği, öfke, şüphencilik, sinirlilik, hastalık derecesinde kıskançlık, bazen çok merhametli bazen ise aşırı acımasız olma, yalnızlık korkusu, beynin sürekli üstünlük ve bağlanma korkusuna yönelik çalışması, özgüven ve irade eksikliğidir (İsimsiz, 2006).

4.7.6 İstismar mağduru kadınların karakteristik özellikleri

Çocuklukta babanın anne veya kız kardeşe hakaret etmesine ve şiddet uygulamasına şahit olan kadınlar, yetişkinlikte stres ve sıkıntılara karşı daha az direnç gösterirler. Ayrıca alkol, sigara ve uyuşturucu ile alakalı yapılan araştırmalar, bu etkenlerin kadına yönelik istismardaki rolünü açıklamıştır (Ramazani Tehrani ve ark. 2002).

Tahran Üniversitesine bağlı 6 sağlık merkezine gelen 350 evli kadın üzerinde yapılan çalışmada, istismara uğrayan kadınlarda en düşük yaşın 16 en yüksek yaşın ise 57, eşlerinin en düşük yaşının 20 ve en yüksek yaşının 77 olduğu tespit edilmiştir. Eğitim seviyesi bakımından %1.3'ünün okuma yazması yokken, %59.6'sı lise ve altı, %35.7'si lise mezunu ve %6.1'i de üniversite mezunu olarak belirlenmiştir. Erkeklerde ise eğitim seviyesi %5'inin okuma yazması yokken, %56'sı üniversite mezunudur. Dikkat çekici detay ise üniversite geçmişi olan karı kocaların olmasıdır. Çalışma durumu ile ilgili ise beklendiği gibi kadınların; %89.6'sı ev hanımı, %10'u çalışan ve %8'i öğrencidir. Mesken olarak %29'u kendi evinde, %71'i kiralık evde veya bir akrabasının evinde ikamet ediyor. Ek olarak kadınların %61'e yakını akrabalarından ayrı, %39'u ise akrabaları veya eşinin ailesi ile birlikte aynı evde

yaşıyor. Bazı kadınlarda tedavisi olmayan fiziksel hastalıklar ya da psikolojik rahatsızlık geçmişine rastlandı (Ramazani Tehrani ve ark. 2002).

Yapılan bir araştırmada kadınların büyük çoğunluğu suiistimale uğrayan kadınların üç gruba ayrıldığını beyan edilmiştir:

Birinci grup özgüveni az olan kadınlar: Topluluktan bir kişi; “toplumumuz utangaç kadınları iffetli sayıyor ve ne yazık ki bu tip kadınlar daha çok suiistimale maruz kalıyor” dedi. Aslında bu kadınlar utangaçtırlar ve kendilerini savunma gücüne sahip değildirlere.

İkinci grup duygusal ve ekonomik dayanaktan yoksun olan kadınlar: görüşmenin devamında katılımcı bir kadın şöyle konuştu; “kız evlenirken babası ona, evlendikten sonra eve geri dönemeyeceğini ve eğer geri dönerse evde yeri olmayacağını söylüyor” bu konu kadının şiddet görmesine rağmen kocasının yanından ayrılamamasına sebep oluyor. Bu kadınlar genelde kendilerinin ve çocuklarının geçimi için tamamen eşlerinin kazancına bağılıdırlar ve bu bağımlılık onları her türlü şiddet ve istismara göğüs germek zorunda bırakmaktadır.

Özellikle açık belirtileri olmayan duygusal istismara karşı üçüncü grup; boşanmaktan sonraki dönemde oluşacak şartlardan korkan kadınlardır. Kadınlardan biri “bu konu kadın olmaktan doğan bir korku değil, dul kadınların İran toplumunda yaşadıkları sıkıntılarla ilgilidir” diye konuştu. Diğer katılımcı kadınlar da buna katıldıklarını söyleyerek bir konuya daha vurgu yaptılar; “Toplumun dul kadına bakışı fazlasıyla olumsuzdur. Boşanmak kadının, birçok sosyal bağınyı kaybetmesine sebep olur, öyle ki kadın arkadaşları bile onun ile olan ilişkilerini sonlandırırılar.” Bazı kadınlar da “etkili ve uygun iletişim kurma becerisine sahip olmamak, kadını daha savunmasız hala getirir ki bu da onu istismar mağduru yapabilir” diye fikir beyan ettiler. Kadınların çoğu, istismarın duygusal yönlerini dayak yemekten bile daha rahatsız edici görüyorlar. Evli kadınlardan biri ise; “eşimin asık surat ile eve gelmesi benim için her şeyden daha acı vericidir” diye konuştu (Panaghi ve ark. 2006).

İstismar ve şiddetle yaşayan ve buna tahammül eden kadın daima bu şiddetin; fiziksel, cinsel ve duygusal istismarın tekrarına maruz kalacaktır (Pico-Alfonso, 2005).

Kadınların geneli sadece tıbbi şikayetleri için doktora giderler ve çok az sayıda kadın, partnerlerinin suiistimalini ifşa etmek için doktoru ziyaret eder. Psikoloğa

giden kadınların hayatlarında genelde şartlar değişir (Şartların değişimi: başlatıp devam ettirdikleri durumlardır).

Partnerlerinin suiistimalini ifşa etmeyen, yardım istemeyip, doktora gitmeyen kadınlar değişimden uzak ve istismar korkusu içinde yaşamaya mahkumlardır ve mecbur katlanmaktan başka seçenekleri yoktur (Wong ve ark. 2008).

4.8 İstismarcılar ve Suçluların Davranış Bilimleri ile Birim Sınıflandırılması (FBI)

4.8.1 Öfkeden doğan intikam duygusu

Bu suçlular grubunun en asli hedefi kadınlara zarar vermektir. Bu kategoride yer alan erkeklerin yaklaşık %56'sı çocukluk dönemlerinde ebeveyninden birinin veya ikisinin suiistimaline maruz kalmışlardır. Bu kişilerin yaklaşık %80'i boşanmış anne ve babaların çocuklarıdır ve %20'sine yakını çocukken evlatlık verilmiş, %53'ü ise yetiştirme yurtlarında büyümüşdür. Bu şahısların kadına bakışı, olumsuz ve düşmancadır. Özsaygı bu tip insanlarda önemli bir faktördür.

4.8.2 Rahat ve güçlü

Bu grup en az tehlikesi olan gruptur. İstismar ve şiddete yöneldikleri nadiren görülmüştür. Bu kişilerin farklı geçmişleri olabilir. Rahat tecavüzcü, karşı cinsin giysilerini giymekten zevk alır, laubali bir cinsel yaşamı vardır ve cinsel organını teşhir edip röntgencilik yapar. Amaçları pozisyon ve saygınlıklarını yükseltmektir.

4.8.3 Sömürgeci

Bu kategoride yer alanlar egoist kişiliğe sahiptirler ve bunu yapmaya hakları olduğunu düşünürler. Böyle bir eylem bu kişiler için cinsel değil avcılık mahiyeti taşır.

4.8.4 Sadist

Bu grup diğerlerinden daha tehlikelidir. İlk önce saldırgan-cinsel tutumları vardır, kurbanlarına fiziki ve psikolojik işkence yapmayı hedeflerler. Bu kişilerin çoğu anti-sosyal karaktere sahiptir ve normal yaşamda da saldırganlardır. %60'ı tek ebeveynli ailede yetişmiştir (Motamedi Mehr, 2001).

4.9 Duygusal İstismar ve Psikolojik Şiddetin Sebepleri

Şiddet yanlısı davranış kişinin içinde bulunup rahatsızlık veren güvensizlik duygusuna karşı bir reflektir. Biliyoruz ki yaşamda kalmak, bütün yaşamsal faaliyetlerin en temel amacıdır ve tehlikeye girdiği an tehlikenin giderilmesi için tüm imkanlar seferber olur. Her canlı varlıkta, farklı durumlara ve bilinen tehlikelere karşı uygun ve akıllıca savunma mekanizması ön görülmüş ve evrilmiştir. Savunma refleksleri yaratıcı, yenilikçi ve barışçıl bir takım eylemin toplamıdır. Şiddet, bu mekanizmalar devreye girmediği zaman veya devreye girmesi engellendiği zaman gerekli olur. Tehdit unsurunun var olması korku veya öfke duygularını ortaya çıkarır, durum ve şartlara, düşmanın gücünün değerlendirilmesine bağlı olarak kaçmak veya saldırmak refleksine başvurur.

İnsan vücudu da diğer canlı türleri gibi farklı savunma mekanizmalarına sahiptir. Ama uygar toplumda birçok caydırıcı faktörden dolayı nadiren içgüdüsel savunma reflekslerine fırsat doğmaktadır. Yani insanların çoğu öfke veya korku hislerine karşı başkalarının önünde kaçmak veya saldırmayı deneyip enerjilerini boşaltamazlar. Bu vaziyet tekrarlandığı takdirde stresten doğan bazı hastalıklara sebep olabilir. Şiddet içerikli refleks, tehlikeli bir davranış türüdür, gelişim ve yaratıcılık gerektirmediği gibi bazen kişinin ölümüyle bile sonuçlanabilir. O yüzden normal şartlarda sadece şahsın hayati bağlarına ve yeteneklerine bir saldırı söz konusu ise, barışçıl yöntemler tükendiye bu yola başvurulabilir. Bunun haricinde sırf yabancının yanında hissedilen güvensizlik duygusu cebir ve şiddeti zorunlu ve meşru kılmaz. Doğada her canlı diğer türlerle uyum içinde yaşamak için çaba gösterir, yiyecek paylaşımı, bir arada yaşamak ve yardımlaşmaya dayalı bir ilişki inşa eder (Peyman, 1999).

Kadınların geneli istismarın nedenini, kültürel sorunlar ve ataerkil düşünce olarak görüp evli erkeklerin bu sebeplerden ötürü eşlerine duygusal istismar ve baskı uyguladığını düşünür. Erkekler ve kadınların birbirinin özelliklerinden habersiz olması, evlilikten önce kadınlarla ilgili ve eşe davranışla alakalı eğitimlerin yeterli seviyede verilmemesi, eğitim düzeyi farkı ve kültürel farklılıklar kadına yönelik istismarın diğer sebeplerinden birkaçıdır (Panaghi ve ark. 2006).

Şiddetin ve kadına yönelik istismarın bir diğer hatta en önemli nedeni ise hayatın tüm alanlarında kadın-erkek eşitliğine engel olan ayrımcılıktır. Şiddet ve istismarın hem kökü ayrımcılıktır hem de ayrımcılığın artmasına sebep olur (İsimsiz, 2006).

Bir yabancıнын yanında veya bilinmedik bir pozisyonda güvensizlik duygusuna kapılmak doğal ve tüm türlerde yaygın histir. Bu duygu ile birey, ayıklık ve savunma moduna geçer. Birinci aşamada tanımlar ve değerlendirme yapar, yaşamı ve zevklerine yönelik bir tehlikenin olmadığına kanaat getirirse sakinleşir. İkinci aşamada edindiği bilgilere dayanarak yakınlık ve iletişim kurmak için yol arar. İnsanın özgürlük seviyesi daha yüksek olduğu için akli tanım ve özgür seçime dayalı davranması gerekir. İnsan bir yabancıyla karşılaştığında değerleri ve ürettiklerine (fikri, duygusal, fiziki) dair alışveriş konusunda yetersiz olduğu için güvensizlik duygusu artabilir ve en kolay yol olan kaçış ya da saldırıyı seçebilir. Tehdit gerçek veya sadece evham ürünü olabilir. Şahsın hayati zevkleri ve yetenekleri gerçek anlamda saldırıya uğrarsa savunma kaçınılmaz olur. Savunmanın yaratıcı yöntemleri işe yaramadığı zaman tecavüz ve zarar verici etkilerini defetmek için meşruiyet kazanır. Tehdidin mutlaka şahsın canına veya hayatına yönelik olması gerekmez, zevklerin herhangi birine yönelik bir tehdit aynı duygusal reflekslere neden olabilir. Bireyler cismi, fikri, ruhsal, duygusal ve sosyal yaşamlarını bu zevklere bağlı görürler. Onlardan birine yönelik bir tehdit güvensiz hissedip korkmalarına yol açar. Ayrıca düşüncesel, duygusal ve zevksel ihtilaflar hiç kimsenin birbiri aleyhinde bir şey yapmasına gerek kalmadan, bazı kişilerin huzur ve güven duygusunu yok etmeye yeterli olur (Peyman, 1999).

Daha önce de zikredildiği gibi birçok araştırmadan elde edilen istatistik sonuçlarına göre, evli kadınlarda duygusal istismarın oranı daha yüksektir. O yüzden eşe yönelik her türlü olumsuz davranışı kapsayan, eşe yönelik baskıyı hem kişilik açısından hem de başka yönleriyle araştırmamız gerekir.

4.10 Eşe Yönelik Duygusal İstismar veya Şiddetin Sebepleri

Eşine baskı yapan kişilerin karakter analizi için karakter yapısını araştırmak lazım. Her kişinin karakteristik yapısı genetik, psikolojik ve sosyolojik olarak 3 boyuttan oluşur. Eşine şiddet uygulayan erkekler genetik olarak saldırgan, aceleci, itici ve tez canlı olurlar, psikolojik olarak olgunlaşmak, derin becerisizlik duygusu, kişisel güvensizlik, özsaygıdan yoksunluk ve bunlara bağlı başka karakteristik özellikleri barındırırlar. Söylendiği gibi şiddet ve istismarın bariz şekilde var olduğu veya uyuşturucu ve alkolün aşırı kullanımı olduğu ailelerde yaşamışlardır (Azimi Marvi, 2009).

Duygusal ve ekonomik olarak daha bağımlı olan bireyin şiddete maruz kalma olasılığı daha yüksektir, zira ezik konumundadır. Eşe duygusal şiddet uygulamanın nedenlerini araştırırken ailede güç dengesi denen çok önemli bir konuya varırız ve bu dengeye temas etmek öyle geniş bir yelpazedir ki çocukluğa ve çocuklukta verilmesi gereken eğitime bile inebilir. Ama hiçbir şekilde bireysel ve toplumsal faktörleri göz ardı edemeyiz. Kişilik ve psikolojik bozuklukları olan bireyler muhtemelen başkalarından daha fazla duygusal istismar döngüsünde yer almışlardır. Heyecan kontrolü becerisinden yoksun olmak, heyecanı ifade etme becerisine sahip olmamak, öfke kontrol mekanizmasından yoksunluk, düşük özsaygı, stresten doğan bozukluklar, mesleki stresler, ekonomik sorunlar, eşe bağımlılık, ten uyumsuzluğu, halledilememiş evlilik sıkıntıları vs. istismar döngüsüne giriş ve orada devam etme konusunda ciddi rol oynayan unsurlardır. Çocukluk dönemindeki öğretim ve ebeveynin birbirine davranışı, olguları da önemli yere sahiptir ve bu olgular bazen nesiller boyu devam eden suiistimal döngüsünde tekrarlanır. Bazı ailelerdeki gövde gösterisi ve fikir beyanının yolu şiddet ve istismardan geçer. Yani aile fertleri sözlerini oturtmak için bu yöntemden medet umarlar. Okuma ve tartışma kültüründen yoksun, eğitim seviyesi düşük, yoksul, alkol ve uyuşturucu bağımlılığı olan ailelerde bu döngü devam eder. Manevi ve dini değerlerden uzaklaşmak da devam etmesinde rol oynayabilir. Sosyal korumaların olmaması, aile içi şiddetin ve istismarın özellikle duygusal istismarın, önlenmesi ile ilgili yazılı, belirgin kanunların, bağımsız tanımlamanın olmaması mağdur kişiyi şiddet döngüsüne katlanmak zorunda bırakır. Ayrıca insan yaşadığı aile ve toplumun ortamından etkilenir. Bu yüzden ailenin bakış açısının ve topluma hakim olan sosyal kültürünün rolü önemlidir.

4.11 Kadınlara Yönelik Duygusal İstismarın Kültürel ve Sosyolojik Sebepleri

Bu alanda kadınların genellikle vurgu yaptığı konu şudur; şiddet ve istismar mağduru olan kadın, toplum ve yetiştiği kültür tarafından itiraz etmemenin ve utangaç olmanın bir meziyet olduğuna dair ikna edilmiş kadındır, bu da kadını fazlasıyla savunmasız kılıyor. Diğer taraftan bunu yapan erkek de aldığı terbiye ve yetiştiği kültür itibarı ile kadının sorgusuz sualsiz ona itaat etmesini kendine hak görüp bazen kadına şiddet uygulamanın da gerekli olduğunu düşünür. Fowcett'in Meksika'daki araştırması istismar kurbanlarının, istismarın ifşa edilmesinden utanç duyduklarını gösterdi. Nikaragua'daki istismar ve şiddet mağduru kadınlar, şiddetin beklenen bir olay

olarak toplumda kaçınılmaz olduğunu ve ister istemez her kadının başına gelebileceğini düşünüyor (Ellsberg, 1999).

Çalışmalar aile yapısının fazlasıyla, toplumdaki güç yapısının tesiri altında olduğunu gösteriyor. Öyle ki diktatörlükle yönetilen ülkelerde istismar ve aile içi şiddet, sosyalizm ile yönetilen ülkelere göre daha fazladır (Panaghi ve ark. 2006).

4.12 Evli Kadınların Duygusal İstismara Katlanma Sebepleri

Eşlerin istismarına özellikle duygusal olarak maruz kalan kadınların birçoğu, eşini terk etmeyip evde kalmaya devam ederek eşlerinin duygusal istismarına tahammül ederler. Bu densizliklere katlanmalarının nedenleri şöyledir:

- Kültür
- Kocanın intikamından korkmaları
- Kendilerinde suç bulup vicdan azabı duymaları ve çocuklarının geleceğine dair endişeleri
- Evde kalıp kocalarıyla diyalog kurdukları takdirde kocalarının düzeleceğine dair umutları
- Yasal ve sosyal korumalardan yararlanamama korkuları
- Yalnızlık, kimsesizlik ve ekonomik sorunlardan korkmaları (Amir Khalifi, 2005).

Eşlerinin istismarına uğrayan kadınların duygusal suiistimaline eşlik eden diğer faktörler; terk edilmek, boşanmak, dul olmak, üç veya daha fazla çocuk sahibi olmak ve sosyal korumadan yoksun olmak sayılabilir. Düşük gelirlili ailelerde bulunan kadınlar, daha fazla aile içi şiddetle karşılaşır ve duygusal istismarı kabullenir (Ruiz-Perez ve ark. 2006).

4.13 Kadınlara Yönelik İstismarın Etkileri ve Sonuçları

Duygusal istismar yeni bir hadise değil ama gittikçe artan bir olaydır, şiddet ve istismar dünya sıralamasında ikinci sırada yer alır. Duygusal istismarın ciddi sonuçları vardır. İstismar ve şiddetle alakalı yapılan bütün araştırmalarda, kurban ve topluma olan etkileri vurgulanmıştır. Kurban etkileri iş yerinde randıman eksikliği, okulda dikkat eksikliği ve sosyal iletişimde başarısızlık olarak yansır.

Kadına şiddet ve istismar, insana yönelik ciddi bir suiistimal şekli olarak tanımlanır. Bu şiddet türü gittikçe daha da artmakta ve toplum sağlığı açısından ciddi sonuçları doğuracak olan sorunları ortaya çıkarır (Garcia Moreno ve ark. 2006).

Kadın istismarının özel bir yeri ve mekanı yoktur. Evde, sokakta, iş yerinde kadınlar her çeşit istismar ile karşı karşıya gelirler. Evde babası, eşi veya erkek kardeşi tarafından istismar ve küfre maruz kalırlar.

Ruhsal sağlığa kavuşmak, çocukken istismarın tanığı veya kurbanı olan kişiler için diğer bireylere göre daha zordur. Yetişkinlikte ise hem sıradan insanlara göre daha çok istismara hedef olurlar hem de istismarcı olma potansiyeline daha fazla sahiptirler (Ensan, 2006).

Kadın psikolojisi bulgularına göre, duygusal ve psikolojik istismar kadın ruhunu fiziksel istismar ve şiddetten daha fazla yaralar, içlerindeki derin ve daha hassas katmanları tehdit eder. Daha az göz önünde olan ve kültürel sebeplerden dolayı bazen resmiyet kazanmayan bir şiddettir (Ensan, 2007).

Bulgular gösteriyor ki ebeveyn arasında; kavga, dayak, duygusal şiddet ve başka şiddet türleri ile karşı cins arasında bağlantı vardır. Şöyle ki evde huzur bulamayan gençler, karşı cins ile ilişki ve arkadaşlığa yöneliyorlar (Ghaffari, 2002).

Kadına yönelik istismarın; depresyon, korku, tedirginlik, aşağılık kompleksi, cinsel sıkıntılar, beslenme sorunları, aşırı titizlik gibi sonuçları olur. Kısa vadede; korku, şok, ölüm ve tutsaklık hissi istismarın kadınlarda bırakacağı psikolojik izler olabilir. Uzun vadede ise; kronik korkular, istismara uğradığı dönemi hatırlatan pozisyonlardan kaçınmak, rahatsız edici düşünceler, istismarın tekrarlanmasından korkmak, normal yaşamda sorumluluk alma gücünün azalması, yeniden samimi ve özel bağ kurmakta sorun yaşamak, derin bir utanç, depresyon, kaygı, hüznün duyguları istismarın kadınlarda bırakacağı psikolojik izler olabilir. İstismar mağduru bazı kadınların kendini suçlayıp, suçluluk hissetmesi veya psikolojik bozukluklar yaşaması olasıdır, başlangıçta baş ağrısı gibi somut belirtileri olabilir. Genel olarak tümünde psikolojik ağır travma, fevri davranışlar ve intihar gibi eylemlerin ihtimali vardır (Ghaffari, 2002).

Duygusal istismara maruz kalan kişiler etkilerinden fazlaca zarar görürler. Hatta anti-sosyal ve işkenceci bile olabilirler, özellikle duygusal istismarın son şekilleri ile. Gazetecilerle polisler genelde bu kişilerin mahkeme odalarında, hiçbir pişmanlık

veya duygusallık belirtisi yansıtmadıklarını gözlemlerler. Duygusal istismarın etkilerinden biri istismarcının çoğu zaman duygusuz oluşudur, bu şahıslar başkalarına hakaret etmekten, zarar verip çile çektirmekten zevk alırlar ve umursamaz bir şekilde yetişirler (O'Hagan, 2006).

Duygusal istismar kadınlarda, boşluk veya kendini yok etme duygusuna, sosyal katılımdan uzaklaşmaya ve kaygıya sebep olur. Duygusal istismarın etkileri, kadının ruhunu yaralar ve ona kendisini iradesiz, kullanılmış ve pasif hissettirir (O'Hagan, 2006).

Sürekli olarak duygusal istismara uğrayan kadınlar, ciddi anlamda kişisel kontrol hislerini kaybederler ve davranışlarının doğuracağı sonuçları öngöremezler. Ayrıca bu kişilerin özgüveni düşüktür. Kendine karşı negatif düşünce, sosyal inziva, bağımsızlıktan yoksunluk, yeteneklerin ve becerilerin körelmesi de kadınlara yönelik istismarın başka etkileridir (Ghaffari, 2002).

Duygusal istismar algılama gücünün kaybına, kadının evi idare etmekteki yetersizliğine, iş yerinde vizyonsuzluğa, sosyal katılımdan kaçınmasına, uyarıcı ilaçlara, alkole ve uyuşturucuya sığınmasına, kumara, fala, hocalara yönelmesine, sosyal ve ailevi itibarın kaybına, evli kadınlarda ise bu etkilere ek olarak çocukta şiddet eğilimli ve istismarcı davranışlara, derslerde başarısızlığa ve annede ise yetiştirme konusunda başarısızlığa sebebiyet verebilir (Ensan, 2007).

Duygusal istismarın etkilerinden elde edilen bazı sonuçlar şu şekildedir;

Avusturalya, Nikaragua, Pakistan ve ABD'de yapılan çalışmalara göre eşleri tarafından duygusal istismara uğrayan kadınlar, normal kadınlara göre daha fazla depresyon ve strese yakalanırlar, daha çok hastalık derecesine varan endişe ve korku ile yaşamak zorunda kalırlar. İlaveten sağlık koruması isteğinde bulunan kadınların üzerinde yapılan araştırmada geçen senelerde duygusal istismara maruz kalan kadınların, normal kadınlara göre üç katı alkole ve dört katı uyuşturucuya yöneldikleri gözlemlenmiştir (Esan, 2007).

Duygusal istismarın etkileri ile ilgili başka bir çalışmada, uzmanlar istismar mağduru kadınların %75'inin doğrudan söylediklerine dayanarak, duygusal veya psikolojik istismarın fiziksel istismardan daha tahrip edici olduğunu anladılar (Dutton, 2005; Garcia-Liners, 2005).

Son zamanlarda toplanan birçok delil, duygusal istismarın psikolojik sağlığı baltalayan anlamlı ve öngörücü olduğunu beyan ediyor. İstismara uğrayan 68 kadına yapılan araştırmada Arias ve Pope (1999); duygusal istismar (fiziksel değil) anlamlı bir şekilde vaka sonrası stresi, depresyonu ve düşük özsaygıyı ön görüyor (Dutton, 2005).

Garcia-Liners (2005) de aynı bulguyu doğrularken bu istismarın hafızada kaldığını ve daha çok araştırmaya ihtiyaç olduğunu dile getirdiler. Başka bir araştırmada istismara dayalı bir ilişkide; vaka sonrası stresi, stresler, depresyon, endişe, uyku bozukluğu, beslenme bozukluğu, sosyal eksiklikler, intihar, psikolojik eksiklikler, tanım ve tutum değişiklikleri ve iletişim becerilerinde rahatsız edici değişimler gibi belirtilere rastlandı (Pico-Alfonso, 2005).

Şiddetin ve istismarın zarar verici etkilerinin günümüzde biliniyor olmasına ve çok bariz olarak görünmesine rağmen, son zamanlarda bu tanımlamalar görmezden geliniyor (Romitto, 2005).

4.14 Kimsesiz, Kısır ve Baskı Altındaki Kadınlara Yönelik İstismarın Yaygınlığı ve Fazlalığı

Ne yazık ki kadınlara uygulanan istismar ve şiddetin tanımı, oranları kolaylıkla istatistiksel verilere yansımaz. Zira bu sorunun bir bölümünün kökü toplum ve yetkililerin, güvensizlik duygusuna karşı yanlış algısına ve çeşitli şiddet olaylarına kafa yormamasına dayanır. Başka bir bölümü ise istatistiksel yöntemlerin yetersiz kalmasının, bu konudaki gerçeklere ulaşmamızı engellemesidir. Diğer sebebi de bu tür davranışların mahiyetinin ve yapılış yollarının karmaşık hale gelmesidir. Başka bir deyişle birçok vakada, kadının hayat ve şiddete karşı özel pozisyonuna göre, belki de dövmek gibi bir davranış erkeğin tartışılmaz hakkı sayılıyordur (Motamedi Mehr, 2001).

Onun haricinde birçok kadın duygusal istismar ile ilgili bilgi ve gerçekçi algıya sahip olmadığı için, çoğu zaman erkekler tarafından istismar edildiğinin farkına bile varmaz, bu nedenle bu vakaları duygusal istismar olarak saymayıp rapor etmezler. Ancak bu istismarın diğerlerinden daha acı verici olduğunu itiraf ederler. Bu sorunun (kadına yönelik istismar ve şiddet) büyüklüğünü gerçek anlamda algılamak inatçı çabalara rağmen, çok bilinçli olan toplumlarda bile fazlasıyla zordur. Bu gerçeğe

karşın Avrupalılar 1997 yılında istismar ile ilgili birçok yıllık veriyi ülkelerinde derleyip, düzenledikten sonra basıma verdiler. Ama maalesef İspanya’da istismar ve şiddetle ilgili yayın sayısı çok azdır (Ruiz-Perez ve ark. 2006).

Bireyler arası araştırmalar kadına yönelik şiddet ve istismarın yaygınlaşması ile ilgili birçok kanıt sunuyor. Birkaç ülkede yapılan bir araştırmada ana konu şiddet ve kadın istismarının farklı şekillerinin yayılışının tahmini idi. Araştırmanın sonucu gösterdi ki kadınlar eşlerinin, partnerlerinin ve arkadaşlarının şiddeti ve istismarına karşı tehlikededirler. Aynı zamanda bu şiddet ve istismarla mücadele etmeye çalışırlar (Garcia Moreno ve ark. 2006).

Kadınlara yönelik olumsuz davranış ve istismar, dünya ülkelerinin çoğunda yaygın olan bir sorundur (Clark, 2001).

Bu sorunun İngiltere ve ABD gibi batılı ülkelerde yaygınlaşması dikkat çekicidir. Nitekim Richardson’ın çalışmasına göre İngiltere’de her beş kadından biri şiddet ve istismara maruz kalıyor (Richardson ve ark. 2002).

Türkiye’de de eşe eziyet ve baskı çok ciddi bir sorun haline gelmiştir (Burken ve Sahinogle, 2006).

Japonya’da yapılan bir araştırmada ülkede kadınların erkeklerden 2.5 kat daha fazla istismar ve şiddete uğradığını gözler önüne sermiştir (Koze, 1999).

Kadına yönelik şiddet ve istismar gelişmekte olan ülkelerde daha sık görülür (Ahmed-Elmardi, 2005).

Öyle ki Şili’deki çalışmalar her 4 kadından birinin fiziksel şiddete, her 3 kadından birinin ise duygusal şiddete uğradığını gösteriyor (Me Whiter, 1999).

Nijerya’da 100 kişilik bir kadın topluluğuna yapılan araştırmada, kadınların %81’inin eşleri tarafından istismara maruz kaldığı belirlendi (Odjinrin, 1995).

Arap Bedouin’de yetişkin kadınlar üzerinde yapılan çalışmaya göre, katılımcıların %69’u istismar raporunda bulundular (Elbedour, 2006).

İstismarın iki şekli olan fiziki ve duygusal istismar birbiriyle bağlantılıdır. Teksas’da sağlık merkezine gelen kadınların %43’ü fiziksel istismara, %73’ü ise sözlü ve duygusal istismara uğradığını ifade ettiler (Lane, 2003).

Hintli-Amerikalı topluluğundaki kadınların, partner veya yakın arkadaştan gördükleri fiziksel şiddet ve istismar ile duygusal istismar tecrübeleri araştırılmıştır. Araştırmalar partner veya yakın arkadaş şiddetinin, istismarının Hintli-Amerikalı kadınlarda yaygın olduğunu gösterdi. Ayrıca yerli temalı bir araştırmada Alaska yerlisi ve Hintli-Amerikalı kadınlar, hayatlarındaki istismar deneyimlerini diğer kadınlara nazaran fazla rapor ediyorlar (Harvel ve ark. 2003).

İran'da üniversite öğrencileri ile eşe baskı konulu bir çalışmada %91'i duygusal istismarı tattıklarını açıkladı ki istismarlar arasında en yüksek vaka sayısına sahiptir ve en acı olanıdır (Ghahhari ve ark. 2006).

Ulusal bir araştırmanın sonucuna göre İranlı kadınlar, dokuz istismar ve aile içi şiddet türü arasında, en fazla psikolojik şiddet veya duygusal istismara maruz kalmışlardır. Cevap verenlerin %52.7'si müşterek hayatın başından itibaren küfür, bağırma, tavır alma ve hor görmeyi kapsayan istismarın kurbanı olduklarını açıkladılar. İkinci sırada fiziksel şiddet ve istismar bulunuyor ki İranlı kadınların %37.8'i, evliliklerinin ilk günlerinden tecrübe etmişlerdir ve tokat atma, yumruk atma, tekme atma vs. gibi unsurları kapsar. Aile içi şiddetle uğraşan kadınlarda bu şiddet türünü tecrübe etme ortalaması 2.46 kezdir. Üçüncü sırada yer alan şiddet türü ise %27.7'si ile sosyal, fikri ve eğitimsel gelişimi engelleyen şiddet ve istismar şeklindedir. Bu istismar şekli akrabalık, arkadaşlık ve sosyal ilişkileri kısıtlar, kadının iş bulmasını, çalışmasını engeller, okula devam etmesini ve toplumsal derneklere katılmasını yasaklar. Kadınların %72.37'si evliliğin ilk zamanlarından bu güne kadar böyle bir muameleye maruz kalmadıklarını ifade ettiler. Bu tür kısıtlamalar ve şiddet şekilleri de bir nevi duygusal istismar sayılır (Ensan, 2001).

Başka bir araştırmanın sonucu, toplumda en yaygın istismar ve şiddetin %88 oranıyla duygusal istismar ve psikolojik şiddet olduğunu açıklıyor. Yani kadınların sadece %12'si yaşamları boyunca duygusal istismar ve psikolojik şiddete uğramamışlardır. Cinsel şiddet ise %76 oranıyla bu araştırmada ikinci sırada yer alıyor (Rahimi Sajasi, 2009).

Kadınların birçoğu fiziksel ve duygusal olarak partnerleri veya karşı cinsten arkadaşları (eş, erkek kardeş, baba, arkadaş) tarafından istismara uğrarlar, buna rağmen bu iki tür istismarın birbirine eşlik etmesinin kadın sağlığına etkisini araştıran çalışmalara nadiren rastlanır. Duygusal istismarın fonksiyonel analizini ve

ölçümünü yapmak son derece zordur ve ağır ilerler ama yüksek orana sahiptir (Garcia Linares, 2005).

4.15 Kişinin Kendine İstismarı

Genelde beklediğimiz gibi davranan kişilerin hayatımıza girmesine izin veririz. Eğer içimizde eziklik veya kendimize hakaret etme eğilimi varsa bu duyguları içimizde alevlendirecek kişileri hayatımıza dahil ederiz. Başkalarının olumsuz davranışlarına göğüs geriyorsak veya başkalarına olumsuz davranış sergiliyorsak, kendimize de aynı şekilde davranma ihtimalimiz var demektir. İstismarcı mı istismar mağduru mu olduğumuzu anlamak için, kendimize nasıl davrandığımıza bakmamız lazım. Kendimize neler söylüyoruz? Acaba “ben bir aptalım” veya “bir işi düzgün yaptığım görülmemiş” gibi düşünceler mi aklımıza hakim olmuş? Kendimize aşk ile bakıp, kendimiz için kaygılanmak özsaygımızı arttırır ve sağlıklı ilişkiler kurmamıza zemin hazırlar. Şayet bu güne kadar suiistimale dayalı ilişkilerimiz olduysa, bundan böyle kendimize bunu hatırlatmalıyız ki karşılıklı ilişkilerde her zaman bu konulara dikkat edelim ve bu detayları başkaları ile iletişimde uygulayabilelim.

Başkalarından iyi niyet ve iyi davranış beklemek, duygusal koruma altına alınmak, başkalarının bizi dinlemesi ve saygılı bir şekilde yanıt vermesi, özel düşüncelere sahip olması, arkadaşımız bizden farklı düşünceye sahipse bile bizim hislerimize ve tecrübelerimize gerçek hadise olarak bakması, terbiye sınırını aşan şaka ve davranışlar için dürüstçe bizden özür dilemesi, sorabileceğimiz sorulara şeffaf ve doyurucu cevaplar verilmesi, iftira ve suçlamadan uzak yaşamak, eleştiri ve yargılanmaktan uzak yaşamak, işimiz ve zevklerimizle ilgili saygıyla konuşulması, alkışlanmak, duygusal ve fiziksel tehditten uzak yaşamak, öfke ve nefretten uzak kalmak, değerimize leke sürecek isim ve lakaplarla hitap edilmemesi, emir vermek yerine saygıyla sizden rica edilmesi birkaç örnekten bazılarıdır (Bakhshipour Roodsari, 2006).

4.16 Sözlü İstismar

Sözlü istismar duygusal istismarın bir çeşididir. Bu istismarın belirli bir suç izi ve açık bir yüzü yoktur. Ama kurbanın içsel açıdan zarar görmesine, güvenlik ve sağlığının zedelenmesine yol açabilir. Sözlü istismar tehdit eden, değersiz sayan,

korkutan, emir veren, itham eden ve saygısızlık yayan ses veya yöntemlerdir. Sözlü istismar moral bozar, memnuniyetsizlik ve vahşet oluşturur, üremeyi azaltır, kavga ve hatayı fazlalaştırır. Maruz kalan; kişiliğinin sorgulandığını, değerinin düştüğünü ve küçük düşürüldüğünü hisseder. Bazı kadınlar istismarı hayatlarının bir parçası olarak kabullenirler. Sürekli devam eden duygusal ve sözlü istismar bombardımanı, mağdurun becerilerini ve karşılık verme mekanizmasını stresin gölgesinde bırakır (Oweis-Diabat, 2005)

14-24 yaş arası kadınlar üzerinde yapılan araştırmaya göre partner veya arkadaşın istismarı, zarar görmelerinin en önemli nedeni olarak görüldü. Araştırmalar gösteriyor ki sözlü istismar fiziksel istismarın öncüsüdür ya da beraberinde gelir. Sözlü istismar krizsel ve hakaretamiz bir davranıştır.

4.17 Kişilik ve Şiddet

Şiddet, klinik bozukluklarda ve toplumla uyumsuzlukla uygunsuz davranış bağlamında yüksek bir konuma sahiptir ve çatışmalarla devamlılık kazanır. Saldırganlık anketinin soru analizine göre saldırganlığın 4 türü; sözlü, fiziksel, öfke ve husumettir. Bu değerler bu alandaki tanımsal bileşen olarak sunulabilir. Kişilik faktörlerinin araştırılmasındaki en uygun yaklaşım beş büyük faktör kuramıdır. Caprara ve arkadaşları (1996), Sharpe ve Desai (2001) gibi beş büyük kuramdan A ve N boyutlarının saldırganlıkla güçlü bir bağ içinde olduğunu ve en önemli öngörücüsü olduğunu öne sürmüşlerdir. A faktörünün saldırganlık anketindeki 4 saldırganlık faktörü ile negatif ilişkisi vardır. Halbuki nörotiklik (N) husumet ve öfkeyle pozitif bağlantı içerisindedir. Ayrıca Tremblay ve Ewart vicdanın (C); fiziksel saldırganlık ile dışa dönüklüğün (E), husumet ile ve açıklığın (O), öfke ve husumet arasında bağlantısını buldular. Bu modellerin, kişiliğin beşli boyutlarıyla makul bir bağlantısı vardır.

Merkezi değişken bir yaklaşım da genel olarak kişilik ve saldırganlık zemininde bazı önemli kavramların oluşmasını sağlar (Grumm ve Colloni, 2009).

4.18 Kadına Yönelik Şiddet ve İstismar Üzerinde Çalışmanın Kısıtlamaları (Kısır Kadınlar)

Son 20 yılda, bazı çalışmalar ve araştırmalar aile içi şiddet ve istismarın kadın sağlığına etkisini araştırıp tahrip edici zararları hakkında fikir birliğine vardılar. Buna rağmen mevcut araçlar duygusal istismarın kurbandaki tahribatını ölçmekte yetersiz kalıyor. Şiddet ve istismarın kadın sağlığına etkisi hakkında iyi araştırmalar mevcuttur fakat bazı boyutlarının üzerinde çalışma yapılmamış ve bu konuda sıkıntılar vardır.

Birinci sorun şu ki biz aynı anda bir kadının hayatı boyunca karşılaşılabileceği şiddeti ve onun sağlığını etkileyebilecek unsurları sayamayız. Bu tecrübelerin birçok şeyle bağlantısı vardır. Örneğin; çocuklukta istismar ve ihmale maruz kalmak, gelecekte istismar kurbanı olma tehlikesini artırıyor. Partner veya karşı cinsten arkadaşın şiddeti, diğer aile bireyleri tarafından istismara uğramakla alakalı olabilir.

İkincisi bireyler arası şiddettir ve sosyolojik sorunlara sebep olabilir bu da duygusal streslerin ortaya çıkması açısından ve sağlık açısından tehlikelidir. Şiddet ve duygusal istismar eğitimsel fırsatları yok eder. Kadınların iş yerinde taciz ve eziyete uğrama ihtimali daha yüksek olur. Hele ki çocukken istismara uğradılar ise aşağılanmaya karşı daha açık hale gelirler. Önceki çalışmalar ve araştırmalarda, hem istismarın hem de şiddet ve sosyal tehlikelerin kadın sağlığına etkisi daha az dikkate alınmıştır. Yaşlı kadınlar nadiren çalışmalara dahil edilmiştir, ama son zamanlarda kadına yönelik istismarın yayılması hakkındaki araştırmalarda, araştırılan kadın kitlesi 60 veya 65 yaş üstü olanlardan oluşmaktadır. Şiddet ve istismar ile bu kadınların sağlığı arasındaki ilişkinin araştırılması sevindirici bir hadise olmuştur (Garcia Liners, 2005).

Tayvan'da da yetişkinlere yönelik istismar ile ilgili araştırma sayısı azdır. Duygusal istismarı tanımlamak zordur, zira davranışsal kritere sahip değildir. Duygusal istismar sadece ilişkiler ve bağlantılara, günlük izlenimlerle tanımlanabilir. Tayvan'daki bu yetişkin istismarı araştırmalarının azlığının birkaç nedeni vardır; birincisi devlet kurumlarının çoğu bariz belirtilerinden dolayı sadece fiziksel istismarı dikkate alırlar. İkincisi araştırmacılar araştırmalarında, ev veya bakım kurumundaki istismara yönelik delil sunmadığı takdirde, yapılanın duygusal şiddet olarak değil de aileye iftira veya çalışanın dikkatsizliği olarak algılanacağından

korkuyorlar. Üçüncüsü, istismara uğrayan yaşlı Tayvanlılar bu olayların rapor edilmesini istemezler çünkü yaşamlarını idame ettirmek için istismarcıya bağılıdır. Buna göre bazı kadınlar istismara uğradıklarında, istismarı resmiyete taşımayı ve ifşa etmeyi intikam duygusundan ve terk edilmekten korktukları için reddeder. Bu sebepten dolayı duygusal istismarın tüm yönlerinin incelenmesine yeterli zemin oluşturulamaz (Wang, 2006).

4.19 Kadın Hareketleri

Kadın hareketleri, sosyalizm veya kapitalizme bağılılığına bakmaksızın bir nevi konuşmaktır. Bu yüzyıldaki kadınların çilelerini, ataerkil toplumu, savaşların, ırkçılığın, yoksulluğun; kadınlara çektirdiği bedbahtlıkları konuşmaktır. Bazen genel politikalara atıfta bulunsa da birçok zaman hükümet ayağından temel beklenti olarak, küçük yatırımlara yönelik politikalar talep eder. Bazen tedavi ve ıslah önlemi önerilerinde bulunur, bu sebepten dolayıdır ki yapıcı bir unsur olarak değil de daha çok etkili bir faktör olarak anılır. Devletler ve resmi kurumların kadınların, sorunlarını çözmekte yetersizliğini dile getiren bir nevi halk hareketidir.

4.19.1 Sığınma evi hareketi

Kadın meselelerine ilgiyi gözler önüne seren ilk icraat, Kadın Özgürlük Hareketi'nin istismar mağduru kadınlar için kurduğu sığınma evleri ve güvenli mekanlar olmuştur. Yardımlar 1971'de iki sığınma evinin açılmasıyla başladı ve 1977 yılına kadar bu sayı Büyük Britanya'da yaklaşık 200 sığınma evine ulaştı. Ondan sonra İngiltere'nin denetimi altında aile içi şiddet ve istismarla ilgilenen bir komite kuruldu, aynı komite 1975'te kadın istismarının bireysel değil toplumsal bir sorun olduğuna dair rapor sundu. Bu raporda sığınma evleri fikrini desteklediklerini ama ailenin tekrar bir araya gelmesi için hiçbir çabadan kaçınılmaması gerektiğini vurguladılar (Motamedi Mehr, 2001).

Sığınma evleri, istismar ve ailevi şiddetle ilgili kurulan ilk kurumlardır; özellikle de bu evlerin açılması sosyalist veya gelişmekte olan ülkelerde daha az rastlanır deneyimsel bir adımdır. ABD'de bu evlerden ilki, alkolik erkeklerin eşleri için yapıldı. Bu evler danışmanlık hizmeti veya birleştirilmiş son derece acil hizmetlerin yanı sıra, bazı vakalarda istismar mağduru kadınlar ve kızlara polise intikal edip etmediğine bakılmaksızın koruma sağlayıp tavsiyelerde bulunurlar. Bu evlerde aktif

olan iki ayrı hareketin düşünceleri mevcuttur. Biri aile odaklı hareket diğeri ise kadın haklarının özgünlüğünü destekleyen harekettir. Bu iki hareketin farkları şöyledir:

Aile odaklı hareket güvenli evlerin, aile şiddetini genel anlamda ele almasının taraftarıyken diğeri hareket bu evlerin sadece dayak mağduru kadınlara odaklanmasını destekler. Aile odaklı hareket, kadın hakları hareketlerinin görüşlerine nispeten olumsuz, diğeri hareket ise fazlaca olumlu bakar. Aile odaklılar, istismar ve aile içi şiddeti ailevi ilişkilerdeki sıkıntıların meyvesi olarak değerlendirir, diğeri hareket ise ataerkil düzeni sorumlu tutar. İlki aile içi şiddet ve istismarı mahiyeten toplum hastalığı, diğeri ise suç olarak görür. Kanada'da bulunan ve dünyanın en gelişmiş sığınma evleri olan güvenli evler, kadın hakları özgünlüğü çerçevesinde hareket ederler. Bu evlerde üç değişmez sınırlama vardır: erkekler, alkol ve uyuşturucu. Bu, üçünün güvenli evlere girişinin kesinlikle yasak olduğu ve hiçbir şart altında giremeyecekleri anlamına gelir.

ABD'de ilk güvenli ev Chis Wick şehrinde E.Pizzey isimli bir kişi tarafından kuruldu. Pizzey sonradan kadın hareketinden ayrıldı, bunun sebebi aile içi şiddet ve istismar algısındaki farklılıklardı. O, kadınların aile içi şiddet ve istismarı cinsiyetçi toplumun ürünü olarak görmek yerine, şiddet içerikli ilişkilere daha çok cezp olmasından endişe duyuyordu (Motamedi Mehr, 2001).

4.19.2 Polis ve yasaların kadına yönelik şiddeti durdurma yönündeki önlemleri

Sosyolojik değerle tamamen değiştiler, değişimdeki ama kadına yönelik şiddet ve olumsuz davranışın önlenmesi ayrıca aile içi şiddetin ve ona kurban verilmesinin engellenmesidir. Politikada yasalar ve polisin gerekli değişiklikleri yaparak kadınların güvenliğini sağlaması için değişim göstermektedir. Federal devlet kadına şiddeti yok etmek için, sığınma yeri ile sosyal servisler oluşturmayı ve yasaları eğitim, donanımsal yanıt ve aile içi şiddetin yayılmasını engellemek adına zorlamayı amaçlıyor. Ayrıca gerekli zamanlarda aile içi şiddeti durdurmak için polisi çağıran sistemler oluşturulmuştur. Birkaç karakol da organizasyon ve iş mantalitesi bakımından değişime giderek devriye ve aralamalarını sosyal olarak arttırdı (Janckins ve Davidson, 2001).

Buna rağmen eğer her polis memuru büyük toplumsal muhitin kurallarını çiğneyen ve böyle durumların oluşmasına yol açan kişilerin davranışlarını kontrol etmeye kalkarsa, tam olarak yetersiz olur (Sokolof, 2008).

4.20 Araştırmanın Geçmişi

4.20.1 İran’da yapılan araştırmalar

Mevzu bahis olan araştırmanın konusunun kapsamında bulunan, birkaç özel araştırma incelenerek özet geçilecektir. Bir çalışma, kişilik boyutları ile Aleksitimi arasındaki ilişkiyi araştırma konusu yaptı. Araştırmanın asıl amacı kişiliğin; nevrotiklik, dışa dönüklük, deneyimcilik, armoni, göreve bağlılık olan boyutlarının aleksitimi ve duygu tanımında zorlanma, duygu ifadesinde zorlanma ve nesnel düşünceden oluşan bileşenleriyle bağlantısı üzerinde çalışmaktı. Tahran üniversitesinin farklı bölümlerinden 346 öğrenci (156 erkek, 190 kız) bu araştırmaya katıldı. Deneklerden, NEO-P-I-R kişilik envanterini ve FTAS-20 Toronto Aleksitimi envanterinin farsça versiyonunu doldurmaları istendi. Veri analizi için; bolluk, yüzde, ortalama, sapma, diyagram, çok değişkenli varyans, analiz testi, korelasyon kat sayısı ve regresyon analizinden oluşan istatistiksel yöntemler kullanıldı. Araştırma sonucu gösterdi ki nevrotiklik ile aleksitimi arasında anlamlı pozitif ilişki; dışa dönüklük ve deneyimcilik ile aleksitimi arasında ise anlamlı negatif ilişki vardır. Bu araştırmanın bulgularına göre nevrotiklik, dışa dönüklük ve deneyimcilik, aleksitimi ve bileşenlerindeki değişimleri öngörebilirler. Nevrotiklik aleksitiminin şiddetlenmesi ile dışa dönüklük ve deneyimcilik ise aleksitiminin azalmasıyla ilişkilendirilmektedir. Söz konusu araştırmanın bulgularına istinaden karakteristik özelliklerin, kişinin duygusal bilgileri bilişsel olarak işlenmesinde ve duyguları denetlemesindeki gücünde etkili olduğu sonucuna varabiliriz (Besharat, 2007).

“İstismar ve eş şiddetine maruz kalan kadınların psikolojik sağlık durumu” konulu bir başka araştırmada, Tahran’ın çeşitli bölgelerinden sistematik random olarak 1186 kadın seçildi ve GHQ-2 genel sağlık ve eş şiddeti anketini doldurdular. Edinilen bilgilerin analizinden sonra sonuç gösterdi ki 1186 kadından 1013 (% 85.4) kadın duygusal istismara, 374 (% 31.5) kadın fiziki istismara, 360 (% 30.4) kadın cinsel istismara ve 206 (% 17.4) kadın ise aynı zamanda üçüne de maruz kalmıştır. İstismar kurbanı kadınlar genel sağlık durumu olarak daha kötü durumdadırlar (Ghahhari ve ark. 2005).

2001 yılında bölümsel analiz yöntemiyle evli kadınlarla ilgili Tahran üniversitesi çatısı altında gerçekleşen bir projede, 384 evli kadın random olarak çok aşamalı örnekleme ile 6 sağlık merkezinden seçildiler ve aile sağlığı uzmanları huzurunda

anketleri doldurdular. Bilgi analizi gösteriyor ki e e şiddet, batılı ülkelerde olduğu kadar revaçtadır (% 41.7). Ve en yaygın  c e e şiddet türü şunlardır:

- E in k smesi ve önemsememesi % 63.1
- Aşağılama ve suçlama % 27.5
- Küfür ve hakaret % 30

Ki bunlar e e duygusal ve psikolojik şiddetin toplum çapında yaygınla tığının habercisidir (PAZHUHESH ZANAN e-dergisinden alıntıdır, 2008).

İstismar ve şiddet mağduru kadınların görüşlerini incelemek, tehlikeli ve koruyucu unsurları araştırmak amacıyla bir çalışma yürütüldü. Bu  alı ma bir çeşit niteliksel  alı maydı.

Çalışma iki seans olarak yapıldı ve her seans için Tahran'ın güney ve güneydoğusundan gelen 9'ar 10'ar istismar kurbanı seçildi. Veriler  zerine çalışmalar yapıp kayıt altına alındı. Kodlandıktan sonra sonuçlar çıkarıldı. Sonuçlara göre istismar ve şiddet mağduru kadınlar, istismarın her  c boyutunu yani duygusal, fiziksel ve cinsel olarak biliyorlardı ve duygusal istismarı istismar ve şiddetin diğer boyutlarından daha önemli görüyorlardı. Onlara göre şiddet ve istismar kurbanı kadınların özgüveni d  k olur, ailevi ve sosyal himayeden yoksun olurlar ya da evliler ise bo andıktan sonra oluşacak durumdan korkarlar. Bu kadınlar en iyi korumanın yasalar olabileceğini söylerken hali hazırda yasaların kadını koruma konusundaki etkinliğini d  k değerlendirdiler.

4.20.2 Diğer ülkelerde yapılan araştırmalar

Jokar (2010), “kadın  niversitelilerdeki duygusal istismarın karakteristik boyutla ilişkisinin analizi” başlıklı çalışmasında, karakter boyutlarının duygusal istismarla ilintili olduğunu açıklıyor.

Evli  Ğrenciler bekar öğrencilere göre daha fazla istismara uğramı lar ve karakteristik olarak da sadece nevrotiklik ve deneyimcilik boyutlarında bekar öğrencilerden farklılar, diğer  c kişilik boyutu ile aralarında bir fark yoktur.

“Bilinçli ve mantıksız d  ncelerin  irazlı kısır kadınlarda cinsellik isteklerine etkisi” başlıklı bir araştırmadan mantıksız d  nceler ile bilinçli duygu ve cinsel meyil arasında doğrusal ilişki olduğu sonucu ortaya  ıktı. Ayrıca mantıksız

düşüncelerin cinselliğe ters etkisi olduğu açıklandı. İlaveten iki alt ölçek olan mükemmeliyetçilik ve yüksek beklentiler, mantıksız düşünceler seviyesine çıkarsa kısır kadınların cinsel isteğine ters etki yapar. Kısırlık süresi ile cinsel istek arasında ise anlamlı bir bağ bulunamadı.

Dujardin Hastanesi'nde çalışan hemşirelerin sözlü saldırıya (duygusal istismarın örneği olarak kabul edilmiştir) karşı olan tutum ve tepkilerinin sıklığını ölçmeyi amaçlayan gözleme dayalı bir araştırma yapılmıştır. Sözlü saldırıya uğramış farklı beş hastanede çalışan toplam 138 hemşireye, sözlü saldırının farklı şekillerine yönelik sorular içeren anketler dağıtılmıştır. Veriler duygusal istismara karşı en çok ve en ciddi şekilde verilen tepkinin ön yargılı davranmak, sitem etmek, suçlamak ve öfke olduğunu ve bu durumun sözlü saldırılara karşı uyanan en önemli tepki olduğunu ortaya çıkarmıştır. Bu araştırmanın sonuçları hemşirelere karşı yapılan duygusal istismarın önüne geçmeye yönelik hastanenin geliştirmeye çalıştığı yol haritasına önemli katkılar sağlamıştır. Duygusal istismara maruz kalmış hemşirelerin oranı %82 ile %97 arası bulunmuştur. Bu oran oldukça kayda değer bir orandır. Hintli-Amerikalı topluluğuna ait kadınların fiziksel şiddet ve istismar deneyimiyle alakalı bir çalışmada, yakın partner istismarı ve duygusal istismar vaka sayısı konusu 1006 kadın üzerinden araştırıldı. Sonuca göre kadınların %5'i geçen seneki dönemde aile içi şiddet raporunda bulunmuştur, %3'ü partner veya yakın arkadaş şiddetini, %18'i ise duygusal istismarı dile getirdiler. Şiddet ve istismarı rapor eden kadınlar gençtiler ve ondan önceki ay boyunca psikolojik sorunlar yaşamışlardır (Harvel ve ark. 2003).

Başka bir çalışmada, partnerin cinsel istismarı ile duygusal ve fiziksel istismarının yaygınlığını ölçmek için İspanyol kadınlar üzerinde çalışıldı. Denekler 18-65 yaş aralığına ait, İspanya'nın üç bölgesinden 1402 kadından oluşuyordu. Sonuç partner veya yakın arkadaş istismar ve şiddetinin, %32 ile yaygın olduğudur. Duygusal istismar tek başına %14.4 oranında ve gittikçe artmaktadır.

Duygusal istismara bağlı faktörler terk edilmiş olmak, dul olmak, boşanmış olmak, üç veya üçten fazla çocuğa sahip olmak ve sosyal korumadan yoksun olmaktan ibarettir. Dar gelirli ailelerde bulunan kadınlar, daha çok istismarın türlerine maruz kalırlar ama şiddete ve duygusal istismara katlanmak mecburiyetindedirler (Ruiz-Perez ve ark. 2006).

Türkiye’de yapılan bir araştırmada, infertil çiftlerin evlilik uyumlarının klinik değişkenler üzerine olan etkisini 104 infertil çift ve kontrol grubu olarak sağlıklı ve çocuklu 44 çift dahil edilerek, infertilite grubu kadınlar, infertil erkeklere göre daha fazla evlilik uyumunda düşme bildirseler de bu kontrol grubundan farklı değildir. Genel olarak, infertil çiftlerde evlilik uyumu arttıkça depresyon ve anksiyete düzeyinin düştüğü, aileden algılanan sosyal desteğin evlilik uyumu üzerine olumlu etkisinin olduğu görülmüştür (Nurdan Eren Bodur, Mehmet Erdem, 2012).

Başka bir çalışmada ise; Eylül 2012-2013 tarihleri arasında bir devlet hastanesinin infertilite merkezine başvuran primer infertilite tanısı almış 264 kadın, örneklemini ise 18 yaşından büyük, en az okur-yazar olan, psikiyatrik rahatsızlığı olmayan, kronik herhangi bir hastalığı bulunmayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 112 kadın oluşturmuştur. Araştırmadan elde edilen bulgular, primer infertilite tanısı alan kadınların evliliklerinde çift uyumlarının artmasıyla, cinsel ilişki veya işlevlerde bozulmayı daha az yaşadıklarını ve evlilik sürelerinin artması ile çift uyumu ve cinsel doyumlarının arttığını göstermektedir (Nüray Egeliolu, Nevin oğuz, 2014)

Türk psikiyatri dergisinde 2011 yılında yayınlanan bir çalışmaya göre; tedaviye başvuran infertil çiftlerde, infertilitenin cinsel işlev ve çift uyumu üzerindeki etkisinin değerlendirilmesinde, infertil 220 kişi ve kontrol grubu 110 kişi toplam 330 örneklem üzerinde, infertilite ve kontrol grubu arasında cinsel işlev bağlamında anlamlı bir farklılık olmadığı saptandı. Çift uyumu bağlamında ise infertilite grubundaki hem kadın hem de erkeklerin kontrol grubuna göre daha fazla sorunları olduğu saptandı.

5. YÖNTEM

5.1 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Bu araştırmanın evreni İstanbul ilinde kısırlık tedavisi gören ve evli olan kadınlardır. Araştırma modeli ilişkisel ve betimsel betimsel araştırma olarak çalışılmıştır. Araştırma örnekleminde hasta grubunu oluşturan katılımcılar özel bir hastanede kısırlık tedavilerine devam eden evli kadınlardır. Araştırmanın kontrol grubu ise kısırlık tedavi görmeyen evli kadınlardır. Araştırmada, N=50 kısırlık tedavisi gören (yaş \bar{x} =29.60; ss: 6.395) evli kadın katılımcı hasta grubuna; N=50 kadın doğum polikliniğine başka sıkıntılar sebebiyle gelen (yaş \bar{x} =31.86; ss: 7.010) evli kadın katılımcı kontrol grubuna ve toplamda N=100 evli kadın (yaş \bar{x} =30.73; ss: 6.772) seçkisiz olarak atanmıştır.

5.2 Veri Toplama Araçları

Bu araştırmaya katılan kısırlık tedavisi gören ve görmeyen evli kadınlara, kişisel bilgi formu, Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği uygulanmıştır. Aşağıda bu ölçek ve formlara ilişkin açıklamalar yer almaktadır.

5.2.1 Kişisel bilgi formu

Bu form araştırmacı tarafından hazırlanmış olup, formda katılımcılara, yaşları, gelir düzeyleri, eğitim düzeyleri, ilk evlilik yaşları, şimdiki evliliklerinin ilk evlilikleri olup olmadığı, şimdiki eşleri ile evlenme biçimleri, kaç yıllık evli oldukları, çocuk sahibi olup olmadıkları, kendilerinin ve eşlerinin çalışma durumları, evlerinde aile üyeleri dışında kimsenin kalıp kalmadığı, evlilikleri boyunca travmatik olay yaşantılarının bulunup bulunmadığı, psikolojik rahatsızlıklarının bulunup bulunmadığı, psikolojik destek alıp almadıkları, ilaç kullanıp kullanmadıkları, psikoterapi, çift terapisi ya da grup terapisi alıp almadıkları gibi demografik özellikleri, evlilikle ilgili özellikleri ve klinik özelliklerine ilişkin betimleyici sorular sorulmuştur.

5.2.2 Cinsel yaşam kalitesi ölçeği

Symonds ve arkadaşları (2005) tarafından geliştirilen ve Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Tuğut ve Gölbaşı (2010) tarafından yapılan ölçek 18 yaşın üstündeki tüm kadınlara uygulanabilen, bireylerin kendi kendilerine yanıtlayabilecekleri, uygulanışı kolay 18 maddeli ve bireylerin cinsel yaşam kalitesini ölçen bir ölçektir. Ölçek 6'lı likert tipindedir ve orijinal çalışmasında maddelerin 1-6 arasında ya da 0-5 arasında puanlanabileceği bildirilmiştir. Şimdiki çalışmada puanlama 1-6 sistemi ile yapılmıştır. Ölçekte yer alan ifadelere tamamen katılıyorum=1, büyük ölçüde katılıyorum=2, kısmen katılıyorum=3, kısmen katılmıyorum=4 ve büyük ölçüde katılmıyorum=5, hiç katılmıyorum=6 puan almıştır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 18 ve en yüksek puan 108'dir. Ölçekte yer alan 1, 5, 9, 13 ve 18. maddeler ters puanlanan maddelerdir. Ölçeğin puanlanması için toplam ölçek puanının 100'e dönüştürülmesi gerektiğinden ölçekten alınan ham puandan soru sayısı çıkarılır ve elde edilen sonuç 100/90 ile çarpılır: $[P=(hp-18) \times 100/90]$. Ölçekten alınan puanlar yükseldikçe cinsel yaşam kalitesinin artacağı söylenebilir. Ölçeğin toplam güvenilirlik katsayısı $\alpha=.83$ 'tür ve geçerli ve güvenilir bir ölçektir.

5.2.3 Çok boyutlu duygusal istismar ölçeği

Murphy ve Hoover (1999) tarafından geliştirilen ve Demirtaş, Sümer ve Murphy (2016) tarafından Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılan ölçek 56 maddeli likert tipinde ve ilişkilerde duygusal şiddeti çeşitli boyutları açısından ölçen bir ölçektir. Ölçekte, son altı ay boyunca duygusal şiddet yaşantısı 7 puanlık bir frekans ölçeğinde değerlendirilmektedir. Ölçekte yer alan deneyimlerin son altı ay içinde kaç kez yaşandığı sorulmaktadır ve eğer hiç olmadı ise 0 puan, bir kere=1, iki kere=2, üç-beş kere=3, altı-on kere=4, on bir-yirmi kere=5, 20'den fazla kere=6, ve son 6 ayda hiç olmadı ancak daha önce oldu=7 biçimde kodlanmaktadır. Murphy ve Hoover (1999) son 6 ayda hiç olmadı ancak daha önce oldu ifadesi için alt boyut ve toplam puanlar alınırken 0 verilmesinin uygun olacağını bildirmişlerdir. Dolayısıyla "Hiç olmadı" ve "Son altı ayda hiç olmadı" ifadeleri 0 puan almaktadır. Ölçek duygusal istismarı, kontrol, aşağılama, düşmanca geri çekilme ve tehdit olmak üzere dört faktörlü bir ölçektir. Ölçekte her soru hem uygulama hem de maruz kalma açısından iki kez tekrar edilmiştir. Böylece hem uygulama boyutu için hem de maruz

kalma boyutu için kontrol, aşağılama, düşmanca geri çekilme ve tehdit faktörleri bulunmaktadır. Ölçeğin uygulama boyutunda kontrol alt boyutunda 7 madde (1, 3, 5, 7, 9, 11, 13), aşağılama alt boyutunda 7 madde (15, 17, 19, 21, 23, 25, 27), düşmanca geri çekilme alt boyutunda 7 madde (29, 31, 33, 35, 37, 39, 41) ve tehdit alt boyutunda 7 madde (43, 45, 47, 49, 51, 53, 55) yer almaktadır. Ölçeğin maruz kalma boyutunda kontrol alt boyutunda 7 madde (2, 4, 6, 8, 10, 12, 14), aşağılama alt boyutunda 7 madde (18, 18, 20, 22, 24, 26, 28), düşmanca geri çekilme alt boyutunda 7 madde (30, 32, 34, 36, 38, 40, 42) ve tehdit alt boyutunda 7 madde (44, 46, 48, 50, 52, 54, 56) yer almaktadır. Ölçekte tek sayı olarak numaralandırılmış maddeler uygulama, çift sayı olarak numaralandırılmış maddeler maruz kalma boyutları içindir.

5.3 İşlem

Araştırmada kullanılan veri toplama araçları Medical Park Hastanesine kısırlık tedavisi için başvuran gönüllü hastalardan toplanmıştır. Kontrol grubunda toplanan veriler de yine gönüllü katılımcılardan toplanmıştır. Formlar katılımcıların kendi başlarına doldurabilecekleri kağıt kalem testleri olup, uygulanma süresi yaklaşık 30 dakikadır. Ölçeklerin uygulanması sırasında hastaların yanında bulunulmuştur.

5.4 Verilerin Analizi

Araştırmada elde edilen veriler, Sosyal Bilimler İstatistik Paket Programı (SPSS) v.21 kullanılarak çözümlenmiştir. Hasta grubu ve kontrol grubunun Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeğinden ve Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeğinden aldıkları puanlar bağımsız örneklem t testi ile karşılaştırılmıştır. Katılımcıların demografik özelliklerine göre, evlilikle ilgili özelliklerine göre ve klinik özelliklerine göre her iki ölçekten alınan puanlar normal dağılım gösterip göstermediklerine bakılarak bağımsız örneklem t testi ya da Kruskal Wallis ve Mann Whitney U testi kullanılarak karşılaştırılmıştır. Her iki ölçekten alınan puanlar arasındaki korelasyonlar için Pearson korelasyon analizi yürütülmüştür.

Analizler öncesinde puanların normal dağılım gösterip göstermediği, histogram, artık değerlerin normallik grafiği ve Kurtosis ve Skewness değerlerinin -1 ve +1 aralığında olup olmadığı incelenmiş, sonucunda ise histogram grafiğinin çok sivri ya da düz

olmadığı, normallik grafiğinde tüm değerlerin doğru etrafında toplandığı, dolayısıyla verilerin normale yakın dağılım gösterdiği tespit edilmiştir. Diğer yandan, katılımcıların evlilik öncesi aile onayı alıp almamalarına, evlilik sürelerine, ailede kayıp yaşantılarının bulunup bulunmadığına, hastane ortamında bulunup bulunmadıklarına, duygusal şiddete maruz kalıp kalmadıklarına, ilaç kullanıp kullanmadıklarına, psikoterapi desteği alıp almadıklarına göre ölçeklerden aldıkları puanların normal dağılım göstermediği ve kategorilere düşen kişi sayılarının birbirine denk olmaması nedeniyle bu bağımsız değişkenler açısından ölçeklerden alınan puanların karşılaştırılmasında normal dağılım göstermeyen örnekleme uygun Kruskal Wallis ve Mann Whitney U testleri kullanılmıştır.

5.5 Etik İlkeler

Araştırmanın katılımcılarına araştırma öncesi, araştırmanın amacı açıklanmış, toplanan verilerin nasıl kullanılacağı anlatılmış, kimlik bilgilerinin gizliliği hakkında ve araştırma sonuçları ile ilgili olarak nasıl bilgi alabilecekleri konusunda bilgilendirilme yapılmış ve katılımcıların araştırmaya katılımları için aydınlatılmış onamları alınmıştır. Çalışmada katılımcılara ruhsal olarak zarar verebilecek herhangi bir uygulama ya da deneysel çalışma yapılmamıştır.

5.6 Sınırlılıklar

Yapılan araştırmanın evrenini sadece kadınların oluşturması ve araştırmayı gerçekleştirdiğimiz ortamın özel bir hastanede olması ve bundan dolayı (hastane) güvensizlik duygu hissi yaratılması, kadınların anketleri cevaplar iken aynı zamanda çoğunun eşinin yanlarında bulunması bireylerin gerçek yaşantıralını ve duygularını ortaya koymadıkları gözlemlenmiştir.

6. BULGULAR

Bu bölümde araştırmanın amaçlarına uygun olarak toplanan verilere uygulanan istatistiksel analiz bulguları verilmiştir. İlk olarak hasta ve kontrol grubunun demografik, evlilik, travmatik olay yaşantısı ve psikolojik destek değişkenleri bakımından frekans dağılımları ve yüzdeleri ile bu dağılımlar arasında fark bulunup bulunmadığına ilişkin ki-kare analizi bulguları verilmiştir. İkinci olarak, hasta grubunun ve kontrol grubunun ölçeklerden aldıkları ortalama puanlar arasında fark bulunup bulunmadığının belirlenmesi amacıyla bağımsız örneklem t testi yürütülmüştür. Üçüncü olarak hasta grubunun kendi içinde demografik, evlilik, travmatik olay yaşantısı ve psikolojik destek değişkenleri bakımından ölçeklerden aldıkları ortalama puanlar arasında fark bulunup bulunmadığının belirlenmesi amacıyla normal dağılım gösteren veri için bağımsız örneklem t testi, tek yönlü varyans analizi, normal dağılım göstermeyen veri için kruskal wallis ve mann whitney u testleri yürütülmüştür. Son olarak da hasta grubunun ölçeklerden aldıkları puanlar arasındaki ilişkiler Pearson korelasyon analizi ile hesaplanmıştır.

6.1 Hasta ve Kontrol Grubunun Çeşitli Değişkenler Bakımından Dağılımları

6.1.1 Hasta ve kontrol grubunun demografik değişkenler bakımından dağılımları

Çizelge 6.1’de hasta ve kontrol grubunun demografik değişkenler bakımından frekans dağılımları, yüzdeleri ve ki-kare bulguları verilmiştir.

Çizelge 6.1: Hasta ve Kontrol Grubunun Demografik Değişkenler Bakımından Frekans Dağılımları, Yüzelikleri ve Ki-Kare Bulguları

			Hasta	Kontrol	Toplam	χ^2	p
Gelir	1400 TL ve altı	n	8	7	15	1.366	.850
		%	16.0	14.0	15.0		
	1401-3000 TL	n	14	11	25		
		%	28.0	22.0	25.0		
	3001-4500 TL	n	12	17	29		
		%	24.0	34.0	29.0		
4501-6000 TL	n	9	9	18			
	%	18.0	18.0	18.0			
6000 TL ve üstü	n	7	6	13			
	%	14.0	12.0	13.0			
Eğitim Durumu	Lise ve altı	n	22	20	42	.164	.685
		%	44.0	40.0	42.0		
	Lisans ve üstü	n	28	30	58		
		%	56.0	60.0	58.0		
Eşin Eğitim Durumu	Lise ve altı	n	23	23	46	.000	1.000
		%	46.0	46.0	46.0		
	Lisans ve üstü	n	27	27	54		
		%	54.0	54.0	54.0		
Medeni Durum	Evli	n	50	50	100	.	.
		%	100.0	100.0	100.0		
Çalışma Durumu	Çalışıyor	n	24	25	49	2.041	.360
		%	48.0	50.0	49.0		
	Çalışmıyor	n	24	25	49		
		%	48.0	50.0	49.0		
	Emekli	n	2	0	2		
		%	4.0	0.0	2.0		
Eşin Çalışma Durumu	Çalışıyor	n	44	43	87	.821	.663
		%	88.0	86.0	87.0		
	Çalışmıyor	n	4	3	7		
		%	8.0	6.0	7.0		
	Emekli	n	2	4	6		
		%	4.0	8.0	6.0		
Aile üyeleri dışında evde kalan	Var	n	16	7	23	4.574	.032
		%	32.0	14.0	23.0		
	Yok	n	34	43	77		
		%	68.0	86.0	77.0		
Toplam	n	50	50	100			
	%	100.0	100.0	100.0			

Hasta ve kontrol grubunun dağılımları incelendiğinde, gelir durumları, eğitim durumları, eşlerinin eğitim durumları, medeni durumları, çalışma durumları, eşlerinin çalışma durumları açısından dağılımları arasında anlamlı fark bulunmamıştır ve demografik özellikler bakımından birbirlerine denk gruplar oldukları gözlenmiştir.

Ancak hasta ve kontrol grubunun aile üyeleri dışında evde kalan kimse olup olmadığına ilişkin dağılımları arasında anlamlı fark bulunmuştur [$\chi^2=4.574$; $p<.05$]. Hasta grubunda aile üyeleri dışında evde kalan diğer akrabaların (%32) kontrol grubuna nazaran (%14) anlamlı şekilde daha fazla olduğu gözlenmiştir.

6.1.2 Hasta ve kontrol grubunun evlilikle ilişkili değişkenler bakımından dağılımları

Çizelge 6.2’de hasta ve kontrol grubunun evlilikle ilgili değişkenler bakımından frekans dağılımları, yüzdeleri ve ki-kare bulguları verilmiştir.

Çizelge 6.2: Hasta ve Kontrol Grubunun Evlilikle İlgili Değişkenler Bakımından Frekans Dağılımları, Yüzdeleri ve Ki-Kare Bulguları

			Hasta	Kontrol	Toplam	χ^2	p
Şimdiki eşle evlenme biçimi	Görücü usulü	n	8	15	23	7.018	.071
		%	16.0	30.0	23.0		
	Arkadaş tavsiyesiyle Kaçarak	n	5	10	15		
		%	10.0	20.0	15.0		
		n	4	1	5		
Aile Onayı	Flört	%	8.0	2.0	5.0		
		n	33	24	57		
	Var	%	66.0	48.0	57.0		
		n	40	45	85		
		%	80.0	90.0	85.0		
Evlilik Süresi	Yok	n	10	5	15	1.961	.161
		%	20.0	10.0	15.0		
	1-3 yıl	n	18	18	36		
		%	36.0	36.0	36.0		
		n	7	6	13		
Evlilik Sayısı	3-5 yıl	%	14.0	12.0	13.0	1.641	.650
		n	21	18	39		
	5-15 yıl	%	42.0	36.0	39.0		
		n	4	8	12		
		%	8.0	16.0	12.0		
Çocuk Sayısı	Bir kez	n	47	47	94	28.307	.000
		%	94.0	94.0	94.0		
	İki kez	n	3	3	6		
		%	6.0	6.0	6.0		
		n	39	13	52		
Toplam	Hiç yok	%	78.0	26.0	52.0	28.307	.000
		n	9	25	34		
	Bir	%	18.0	50.0	34.0		
		n	2	7	9		
		%	4.0	14.0	9.0		
Toplam	Üç veya daha fazla	n	0	5	5	100.0	100.0
		%	0.0	10.0	5.0		
	Toplam	n	50	50	100		
		%	100.0	100.0	100.0		

Hasta ve kontrol grubunun dağılımları incelendiğinde, şimdiki eşle evlenme biçimi, aile onayının bulunup bulunmadığı, evlilik süresi ve evlilik sayısı açısından dağılımları arasında anlamlı fark bulunmamıştır ve evlilikle ilgili özellikler bakımından birbirlerine denk gruplar oldukları gözlenmiştir. Ancak hasta ve kontrol grubunun çocuk sayısına ilişkin dağılımları arasında anlamlı fark bulunmuştur [$\chi^2=28.307$; $p<.05$]. Hasta grubunda hiç çocuğu olmayanların oranı (%78) kontrol grubunda hiç çocuğu olmayanlardan (%26) anlamlı şekilde yüksektir. Kontrol grubunda bir çocuğu olanların oranı (%50) hasta grubunda bir çocuğu olanlardan (%18) anlamlı şekilde yüksektir. Kontrol grubunda iki çocuğu olanların oranı (%14) hasta grubunda iki çocuğu olanlardan (%4) anlamlı şekilde yüksektir. Kontrol grubunun %10'u üç ya da daha fazla çocuğa sahipken hasta grubunda üç ya da daha fazla çocuk bulunmamaktadır.

6.1.3 Hasta ve kontrol grubunun yaş, ilk evlilik yaşı, şimdiki eşi ile evlendiğindeki yaş ortalamaları bakımından dağılımları

Çizelge 6.3'te hasta ve kontrol grubunun yaş, ilk evlilik yaşı, şimdiki eşi ile evlendiğindeki yaş ortalamaları, standart sapmaları ve bağımsız örneklem t testi bulguları verilmiştir.

Çizelge 6.3: Hasta ve Kontrol Grubunun Yaş, İlk Evlilik Yaşı ve Şimdiki Evliliğindeki Yaş Ortalamaları, Standart Sapmaları ve t testi Bulguları

	Grup	N	Ort	SS	t	p
Yaş	Hasta	50	29.60	6.395	-1.684	.095
	Kontrol	50	31.86	7.010		
	Toplam	100	30.73	6.772		
İlk Evlilik Yaşı	Hasta	50	22.36	3.932	-1.836	.069
	Kontrol	50	23.78	3.803		
	Toplam	100	23.07	3.914		
Şimdiki eşi ile evlendiğindeki yaşı	Hasta	50	22.94	3.920	-1.541	.126
	Kontrol	50	24.12	3.734		
	Toplam	100	23.53	3.855		

Hasta ve kontrol grubu arasında yaş, ilk evlilik yaşı ve şimdiki eşi ile evlenme yaş ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

6.1.4 Hasta ve kontrol grubunun travmatik olay yaşantısı değişkenleri bakımından dağılımları

Çizelge 6.4'te hasta ve kontrol grubunun travmatik olay yaşantısı değişkenleri bakımından frekans dağılımları, yüzdeleri ve ki-kare bulguları verilmiştir.

Çizelge 6.4: Hasta ve Kontrol Grubunun Travmatik Olay Yaşantısı Değişkenleri Bakımından Frekans Dağılımları, Yüzdeleri ve Ki-Kare Bulguları

			Hasta	Kontrol	Toplam	χ^2	p
Doğal Afet	Evet	n	1	3	4	1.042	.307
		%	2.0	6.0	4.0		
	Hayır	n	49	47	96		
		%	98.0	94.0	96.0		
Fiziksel Saldırı	Evet	n	2	1	3	.344	.558
		%	4.0	2.0	3.0		
	Hayır	n	48	49	97		
		%	96.0	98.0	97.0		
Ciddi Hastalık	Evet	n	4	3	7	.154	.695
		%	8.0	6.0	7.0		
	Hayır	n	46	47	93		
		%	92.0	94.0	93.0		
Aile Üyesi Kaybı	Evet	n	12	14	26	.208	.648
		%	24.0	28.0	26.0		
	Hayır	n	38	36	74		
		%	76.0	72.0	74.0		
Ayrılık	Evet	n	15	12	27	.457	.499
		%	30.0	24.0	27.0		
	Hayır	n	35	38	73		
		%	70.0	76.0	73.0		
Hastane Ortamı	Evet	n	16	16	32	.000	1.000
		%	32.0	32.0	32.0		
	Hayır	n	34	34	68		
		%	68.0	68.0	68.0		
Ciddi Kaza	Evet	n	5	8	13	.796	.372
		%	10.0	16.0	13.0		
	Hayır	n	45	42	87		
		%	90.0	84.0	87.0		
Aile içi şiddet	Evet	n	1	3	4	1.042	.307
		%	2.0	6.0	4.0		
	Hayır	n	49	47	96		
		%	98.0	94.0	96.0		
Fiziksel Şiddet	Evet	n	2	3	5	.211	.646
		%	4.0	6.0	5.0		
	Hayır	n	48	47	95		
		%	96.0	94.0	95.0		
Duygusal Şiddet	Evet	n	11	5	16	2.679	.102
		%	22.0	10.0	16.0		
	Hayır	n	39	45	84		
		%	78.0	90.0	84.0		
Cinsel İstismar	Hayır	n	50	50	100		
		%	100.0	100.0	100.0		
Travmatik olay	Evet	n	29	31	60	.167	.683
		%	58.0	62.0	60.0		
	Hayır	n	21	19	40		
		%	42.0	38.0	40.0		
Toplam		n	50	50	100		
		%	100.0	100.0	100.0		

Hasta ve kontrol grubunun dağılımları incelendiğinde, doğal afet, fiziksel saldırı, cinsel hastalık, aile üyesinin kaybı, ayrılık, hastane ortamında bulunma, ciddi kaza, aile içi şiddet, fiziksel şiddet, duygusal şiddet, cinsel istismar ve hiç travmatik olay yaşamamış olma değişkenleri açısından dağılımları arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

6.1.5 Hasta ve kontrol grubunun psikolojik destek değişkenleri bakımından dağılımları

Çizelge 6.5'te hasta ve kontrol grubunun psikolojik destek değişkenleri bakımından frekans dağılımları, yüzdeleri ve ki-kare bulguları verilmiştir.

Çizelge 6.5: Hasta ve Kontrol Grubunun Psikolojik Destek Değişkenleri Bakımından Frekans Dağılımları, Yüzdeleri ve Ki-Kare Bulguları

			Hasta	Kontrol	Toplam	χ^2	p
Psikolojik Rahatsızlık	Evet, var	n	13	8	21	1.507	.220
		%	26.0	16.0	21.0		
	Hayır, yok	n	37	42	79	1.000	.317
		%	74.0	84.0	79.0		
Psikolojik Destek	Evet, aldım	n	12	8	20	1.000	.317
		%	24.0	16.0	20.0		
	Hayır, almadım	n	38	42	80	.071	.790
		%	76.0	84.0	80.0		
İlaç kullanımı	Evet, kullanıyorum	n	9	8	17	.071	.790
		%	18.0	16.0	17.0		
	Hayır, kullanmıyorum	n	41	42	83	1.515	.218
		%	82.0	84.0	83.0		
Psikoterapi	Evet, aldım	n	8	4	12	1.515	.218
		%	16.0	8.0	12.0		
	Hayır, almadım	n	42	46	88	.919	.338
		%	84.0	92.0	88.0		
Çift Terapisi	Evet, aldım	n	7	4	11	.919	.338
		%	14.0	8.0	11.0		
	Hayır, almadım	n	43	46	89	1.10	.315
		%	86.0	92.0	89.0		
Grup Terapisi	Evet, aldım	n	0	1	1	1.10	.315
		%	0.0	2.0	1.0		
	Hayır, almadım	n	50	49	99	1.10	.315
		%	100.0	98.0	99.0		
Toplam		n	50	50	100		
		%	100.0	100.0	100.0		

Hasta ve kontrol grubunun dağılımları incelendiğinde, psikolojik rahatsızlık, psikolojik destek, ilaç kullanımı, psikoterapi, çift terapisi, grup terapisi değişkenleri açısından dağılımları arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

6.2 Hasta ve Kontrol Grubunun Cinsel Yaşam Kaliteleri ve Duygusal İstismara Maruz Kalma Düzeyleri Bakımından Karşılaştırılması

Çizelge 6.6'da hasta ve kontrol grubunun Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar, standart sapmalar ve bağımsız örneklem t testi bulguları verilmiştir.

Çizelge 6.6: Hasta ve Kontrol Grubunun Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeğinden Aldıkları Ortalama Puanlar, Standart Sapmalar ve t testi Bulguları

	Grup	N	Ort	SS	t	p
U-Kontrol	Hasta	50	9.98	6.974	2.183	.031*
	Kontrol	50	7.14	6.000		
U-Aşağılama	Hasta	50	3.50	4.791	2.212	.029*
	Kontrol	50	1.72	3.071		
U-Düşmanca Geri Çekilme	Hasta	50	18.30	10.300	1.161	.248
	Kontrol	50	16.04	9.129		
U-Tehdit	Hasta	50	5.44	6.506	2.771	.007*
	Kontrol	50	2.44	4.036		
M-Kontrol	Hasta	50	7.56	6.905	1.137	.258
	Kontrol	50	6.04	6.455		
M-Aşağılama	Hasta	50	4.02	4.918	1.844	.068
	Kontrol	50	2.40	3.796		
M-Düşmanca Geri Çekilme	Hasta	50	16.56	9.809	1.347	.181
	Kontrol	50	13.86	10.234		
M-Tehdit	Hasta	50	6.80	8.468	2.228	.028*
	Kontrol	50	3.56	5.832		
Duygusal İstismar Uygulama	Hasta	50	37.22	23.272	2.466	.016*
	Kontrol	50	27.34	16.164		
Duygusal İstismara Maruz Kalma	Hasta	50	34.94	24.315	2.094	.039*
	Kontrol	50	25.86	18.690		
Duygusal İstismar Toplam	Hasta	50	72.16	46.795	2.319	.023*
	Kontrol	50	53.20	33.928		
Cinsel Yaşam Kalitesi	Hasta	50	69.29	25.002	-4.148	.000*
	Kontrol	50	86.27	14.585		

p<.05

Hasta ve kontrol grubunun Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği Kontrol Uygulama alt boyutundan aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [$t=2.183$; $p<.05$]. Hasta grubunun kontrol uygulama ortalama puanları ($\bar{x}=9.98$) kontrol grubunun kontrol uygulama ortalama puanlarından ($\bar{x}=7.14$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Hasta ve kontrol grubunun Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği Aşağılama Uygulama alt boyutundan aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [$t=2.212$; $p<.05$]. Hasta grubunun aşağılama uygulama ortalama puanları ($\bar{x}=3.50$) kontrol grubunun aşağılama uygulama ortalama puanlarından ($\bar{x}=1.72$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Hasta ve kontrol grubunun Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği Tehdit Uygulama alt boyutundan aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [$t=2.771$; $p<.05$]. Hasta grubunun tehdit uygulama ortalama puanları ($\bar{x}=5.44$) kontrol grubunun tehdit uygulama ortalama puanlarından ($\bar{x}=2.44$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Hasta ve kontrol grubunun Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği Tehdide maruz kalma alt boyutundan aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [$t=2.228$; $p<.05$]. Hasta grubunun tehde maruz ortalama puanları ($\bar{x}=6.80$) kontrol grubunun tehde maruz kalma ortalama puanlarından ($\bar{x}=3.56$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Hasta ve kontrol grubunun Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği Duygusal İstismar Uygulama toplam puanları arasında anlamlı fark bulunmuştur [$t=2.466$; $p<.05$]. Hasta grubunun duygusal istismar uygulama ortalama puanları ($\bar{x}=37.22$) kontrol grubunun ortalamalarından ($\bar{x}=27.34$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Hasta ve kontrol grubunun Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği Duygusal İstismara Maruz Kalma toplam puanları arasında anlamlı fark bulunmuştur [$t=2.094$; $p<.05$]. Hasta grubunun duygusal istismara maruz kalma ortalama puanları ($\bar{x}=34.94$) kontrol grubunun ortalamalarından ($\bar{x}=25.86$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Hasta ve kontrol grubunun Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği toplam puanları arasında anlamlı fark bulunmuştur [$t=2.319$ $p<.05$]. Hasta grubunun duygusal istismar toplam puan ortalamaları ($\bar{x}=72.16$) kontrol grubunun ortalamalarından ($\bar{x}=53.20$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Hasta ve kontrol grubunun Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [$t=-4.148$; $p<.05$]. Kontrol grubunun cinsel yaşam kalitesi ortalama puanları ($\bar{x}=86.27$) hasta grubunun cinsel yaşam kalitesi ortalama puanlarından ($\bar{x}=69.29$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

6.3. Hasta Grubunun Çeşitli Değişkenler Açısından Cinsel Yaşam Kalitelerinin ve Duygusal İstismara Maruz Kalma Düzeylerinin Karşılaştırılması

6.3.1 Hasta grubunun demografik değişkenler açısından cinsel yaşam kalitelerinin ve duygusal istismara maruz kalma düzeylerinin karşılaştırılması

Çizelge 6.7’de hasta grubunun eğitim düzeylerine göre Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar, standart sapmalar ve bağımsız örneklem t testi bulguları verilmiştir.

Çizelge 6.7: Hasta Grubunun Eğitim Durumuna Göre Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeğinden Aldıkları Ortalamalar, Standart Sapmalar ve t testi Bulguları

	Eğitim Durumu	N	Ort	SS	t	p
U-Kontrol	Lise ve altı	22	11.00	7.584	.915	.365
	Lisans ve üstü	28	9.18	6.481		
U-Aşağılama	Lise ve altı	22	4.23	4.482	.951	.347
	Lisans ve üstü	28	2.93	5.025		
U-Düşmanca Geri Çekilme	Lise ve altı	22	21.36	10.918	1.914	.062
	Lisans ve üstü	28	15.89	9.283		
U-Tehdit	Lise ve altı	22	6.41	7.076	.932	.356
	Lisans ve üstü	28	4.68	6.043		
M-Kontrol	Lise ve altı	22	9.32	8.056	1.622	.111
	Lisans ve üstü	28	6.18	5.618		
M-Aşağılama	Lise ve altı	22	5.59	5.646	2.068	.044*
	Lisans ve üstü	28	2.79	3.938		
M-Düşmanca Geri Çekilme	Lise ve altı	22	20.14	9.915	2.393	.021*
	Lisans ve üstü	28	13.75	8.918		
M-Tehdit	Lise ve altı	22	8.59	9.994	1.336	.188
	Lisans ve üstü	28	5.39	6.914		
Duygusal İstismar Uygulama	Lise ve altı	22	43.00	23.680	1.580	.121
	Lisans ve üstü	28	32.68	22.318		
Duygusal İstismara Maruz Kalma	Lise ve altı	22	43.64	26.894	2.261	.030*
	Lisans ve üstü	28	28.11	20.008		
Duygusal İstismar Toplam	Lise ve altı	22	86.64	49.732	1.997	.051
	Lisans ve üstü	28	60.79	41.778		
Cinsel Yaşam Kalitesi	Lise ve altı	22	60.91	26.429	-2.180	.034*
	Lisans ve üstü	28	75.87	22.113		

$p<.05$

Hasta grubunun eğitim düzeylerine göre Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği Aşağılanmaya Maruz Kalma alt ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [$t=2.068$; $p<.05$]. Lise ve altı eğitim düzeyinde olan hastaların aşağılanmaya maruz kalma ortalamaları ($\bar{x}=5.59$) lisans ve üstü eğitim düzeyinde olan hastaların ortalamalarından ($\bar{x}=2.79$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Hasta grubunun eğitim düzeylerine göre Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği Düşmanca Geri Çekilmeye maruz kalma alt ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur. Lise ve altı eğitim düzeyinde olan hastaların düşmanca geri çekilmeye maruz kalma ortalamaları ($\bar{x}=20.14$) lisans ve üstü eğitim düzeyinde olan hastaların ortalamalarından ($\bar{x}=13.75$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Hasta grubunun eğitim düzeylerine göre Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği Duygusal İstismara Maruz Kalma toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur [$t=2.261$; $p<.05$]. Lise ve alt eğitim düzeyinde olanların duygusal istismara maruz kalma ortalamaları ($\bar{x}=43.64$) lisans ve üstü eğitim düzeyinde olanların ortalamalarından ($\bar{x}=28.11$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Hasta grubunun eğitim düzeylerine göre Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur. Lisans ve üstü eğitim düzeyinde olan hastaların cinsel yaşam kalitesi ortalamaları ($\bar{x}=75.87$) lise ve altı eğitim düzeyinde olan hastaların ortalamalarından ($\bar{x}=60.91$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Hasta grubunda gelir düzeyi ve aile üyeleri dışında evde kalan akraba bulunup bulunmadığına göre ölçeklerden alınan ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Eşin çalışma durumuna göre ölçeklerden alınan puanlar çalışan ve çalışmayan eş dağılımının istatistiksel analize izin vermemesi nedeniyle karşılaştırılamamıştır.

6.3.2 Hasta grubunun eşlerinin eğitim durumuna göre cinsel yaşam kalitesi ölçeği ve çok boyutlu duygusal istismar ölçeği bakımından dağılımları

Çizelge 6.8: Hasta Grubunun Eşlerinin Eğitim Durumuna Göre Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeğinden Aldıkları Ortalamalar, Standart Sapmalar ve t testi Bulguları

	Eşin Eğitim Durumu	N	Ort	SS	t	p
U-Kontrol	Lise ve altı	23	11.26	7.759	1.204	.234
	Lisans ve üstü	27	8.89	6.166		
U-Aşağılama	Lise ve altı	23	3.78	3.908	.382	.704
	Lisans ve üstü	27	3.26	5.495		
U-Düşmanca Geri Çekilme	Lise ve altı	23	21.43	10.282	2.050	.046*
	Lisans ve üstü	27	15.63	9.716		
U-Tehdit	Lise ve altı	23	5.83	6.527	.384	.703
	Lisans ve üstü	27	5.11	6.594		
M-Kontrol	Lise ve altı	23	8.30	7.258	.700	.487
	Lisans ve üstü	27	6.93	6.662		
M-Aşağılama	Lise ve altı	23	4.65	5.051	.836	.407
	Lisans ve üstü	27	3.48	4.831		
M-Düşmanca Geri Çekilme	Lise ve altı	23	20.00	9.568	2.397	.020*
	Lisans ve üstü	27	13.63	9.191		
M-Tehdit	Lise ve altı	23	7.65	8.315	.653	.517
	Lisans ve üstü	27	6.07	8.687		
Duygusal İstismar Uygulama	Lise ve altı	23	42.30	22.694	1.441	.156
	Lisans ve üstü	27	32.89	23.291		
Duygusal İstismara Maruz Kalma	Lise ve altı	23	40.61	23.397	1.543	.129
	Lisans ve üstü	27	30.11	24.461		
Duygusal İstismar Toplam	Lise ve altı	23	82.91	45.064	1.520	.135
	Lisans ve üstü	27	63.00	47.107		
Cinsel Yaşam Kalitesi	Lise ve altı	23	67.10	24.255	-.567	.573
	Lisans ve üstü	27	71.15	25.931		

p<.05

Hasta grubunun eşlerinin eğitim düzeylerine göre Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği Düşmanca Geri Çekilme Uygulama alt ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [t=2.050; p<.05]. Eşleri lise ve altı eğitim düzeyindeki hastaların düşmanca geri çekilme uygulama ortalama puanları (\bar{x} =21.43) eşleri lisans ve üstü eğitim düzeyindeki hastaların düşmanca geri çekilme uygulama ortalamalarından (\bar{x} =15.63) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Hasta grubunun eşlerinin eğitim düzeylerine göre Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği Düşmanca Geri Çekilme Maruz Kalma alt ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [$t=2.397$; $p<.05$]. Eşleri lise ve altı eğitim düzeyindeki hastaların düşmanca geri çekilme maruz kalma ortalama puanları ($\bar{x}=20.00$) eşleri lisans ve üstü eğitim düzeyindeki hastaların düşmanca geri çekilme maruz kalma ortalamalarından ($\bar{x}=13.63$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

6.3.3 Hasta grubunun çalışma durumuna göre cinsel yaşam kalitesi ölçeği ve çok boyutlu duygusal istismar ölçeği bakımından dağılımları

Çizelge 6.9’da hasta grubunun çalışıp çalışmamalarına göre Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar, standart sapmalar ve bağımsız örneklem t testi bulguları verilmiştir.

Çizelge 6.9: Hasta Grubunun Çalışma Durumuna Göre Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeğinden Aldıkları Ortalamalar, Standart Sapmalar ve t testi Bulguları

	Çalışma Durumu	N	Ort	SS	t	p
U-Kontrol	Çalışıyor	24	9.25	7.438	-.790	.434
	Çalışmıyor	24	10.88	6.797		
U-Aşağılama	Çalışıyor	24	3.46	5.453	-.146	.884
	Çalışmıyor	24	3.67	4.341		
U-Düşmanca Geri Çekilme	Çalışıyor	24	15.50	10.155	-1.775	.083
	Çalışmıyor	24	20.75	10.339		
U-Tehdit	Çalışıyor	24	5.54	7.483	.000	1.000
	Çalışmıyor	24	5.54	5.793		
M-Kontrol	Çalışıyor	24	6.75	7.491	-.842	.404
	Çalışmıyor	24	8.46	6.541		
M-Aşağılama	Çalışıyor	24	3.83	5.156	-.401	.690
	Çalışmıyor	24	4.42	4.916		
M-Düşmanca Geri Çekilme	Çalışıyor	24	13.83	9.145	-1.894	.065
	Çalışmıyor	24	19.13	10.187		
M-Tehdit	Çalışıyor	24	6.46	8.572	-.200	.842
	Çalışmıyor	24	6.96	8.750		
Duygusal İstismar Uygulama	Çalışıyor	24	33.75	25.959	-1.034	.307
	Çalışmıyor	24	40.83	21.294		
Duygusal İstismara Maruz Kalma	Çalışıyor	24	30.88	25.865	-1.132	.264
	Çalışmıyor	24	38.96	23.566		
Duygusal İstismar Toplam	Çalışıyor	24	64.63	51.112	-1.102	.276
	Çalışmıyor	24	79.79	43.952		
Cinsel Yaşam Kalitesi	Çalışıyor	24	78.43	21.550	2.459	.018*
	Çalışmıyor	24	62.22	24.037		

$p<.05$

Hasta grubunun çalışıp çalışmamasına göre Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [$t=2.459$; $p<.05$]. Çalışan hastaların cinsel yaşam kalitesi ortalama puanları ($\bar{x}=78.43$) çalışmayan hastaların ortalamalarından ($\bar{x}=62.22$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

6.3.4 Hasta grubunun evlilikle ilgili değişkenler açısından cinsel yaşam kalitelerinin ve duygusal istismara maruz kalma düzeylerinin karşılaştırılması

Hasta grubunda şimdiki eşi ile evlenme biçimine ve çocuk sayısına göre ölçeklerden alınan puanlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Çizelge 6.10'da hasta grubunun evlilikleri için ailelerinin olayını alıp almamalarına göre Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği ve Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar, standart sapmalar ve Mann Whitney U testi bulguları verilmiştir.

Çizelge 6.10: Hasta Grubunun Evlilikleri İçin Aile Onayı Alıp Almamalarına Göre Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeğinden Aldıkları Ortalamalar, Standart Sapmalar ve Mann Whitney U testi Bulguları

	Aile Onayı	N	ORT	SS	z	p
U-Kontrol	Var	40	8.38	6.376	-3.063	.002*
	Yok	10	16.40	5.602		
U-Aşağılama	Var	40	2.90	4.482	-2.341	.019*
	Yok	10	5.90	5.466		
U-Düşmanca Geri Çekilme	Var	40	17.38	10.765	-1.615	.106
	Yok	10	22.00	7.513		
U-Tehdit	Var	40	4.48	6.381	-2.800	.005*
	Yok	10	9.30	5.774		
M-Kontrol	Var	40	6.48	6.898	-2.664	.008*
	Yok	10	11.90	5.216		
M-Aşağılama	Var	40	3.28	4.657	-2.772	.006*
	Yok	10	7.00	5.033		
M-Düşmanca Geri Çekilme	Var	40	15.08	9.962	-2.319	.020*
	Yok	10	22.50	6.687		
M-Tehdit	Var	40	5.80	8.540	-2.239	.025*
	Yok	10	10.80	7.223		
Duygusal İstismar Uygulama	Var	40	33.13	22.731	-2.620	.009*
	Yok	10	53.60	18.356		
Duygusal İstismara Maruz Kalma	Var	40	30.63	24.039	-2.766	.006*
	Yok	10	52.20	17.345		
Duygusal İstismar Toplam	Var	40	63.75	46.172	-2.705	.007*
	Yok	10	105.80	33.349		
Cinsel Yaşam Kalitesi	Var	40	74.64	24.325	-3.373	.001*
	Yok	10	47.89	14.253		

$p<.05$

Hasta grubunda evlilik için aile onayı alıp almamaya göre Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği Kontrol Uygulama alt ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [$t=-3.063$; $p<.05$]. Evlilikleri için aile onayı almamış olan hastaların kontrol uygulama ortalama puanları ($\bar{x}=16.40$) aile onayı almış hastaların ortalamalarından ($\bar{x}=8.38$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Hasta grubunda evlilik için aile onayı alıp almamaya göre Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği Aşağılama Uygulama alt ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [$t=-2.341$; $p<.05$]. Evlilikleri için aile onayı almamış olan hastaların aşağılama uygulama ortalama puanları ($\bar{x}=5.90$) aile onayı almış hastaların ortalamalarından ($\bar{x}=2.90$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Hasta grubunda evlilik için aile onayı alıp almamaya göre Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği Tehdit Uygulama alt ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [$t=-2.800$; $p<.05$]. Evlilikleri için aile onayı almamış olan hastaların tehdit uygulama ortalama puanları ($\bar{x}=9.30$) aile onayı almış hastaların ortalamalarından ($\bar{x}=4.48$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Hasta grubunda evlilik için aile onayı alıp almamaya göre Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği Kontrol Maruz Kalma alt ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [$t=-2.664$; $p<.05$]. Evlilikleri için aile onayı almamış olan hastaların kontrol maruz kalma ortalama puanları ($\bar{x}=11.90$) aile onayı almış hastaların ortalamalarından ($\bar{x}=6.48$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Hasta grubunda evlilik için aile onayı alıp almamaya göre Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği Aşağılama Maruz Kalma alt ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [$t=-2.772$; $p<.05$]. Evlilikleri için aile onayı almamış olan hastaların aşağılama maruz kalma ortalama puanları ($\bar{x}=7.00$) aile onayı almış hastaların ortalamalarından ($\bar{x}=3.28$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Hasta grubunda evlilik için aile onayı alıp almamaya göre Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği Düşmanca Geri Çekilme Maruz Kalma alt ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [$t=-2.319$; $p<.05$]. Evlilikleri için aile onayı almamış olan hastaların düşmanca geri çekilme maruz kalma ortalama puanları ($\bar{x}=22.50$) aile onayı almış hastaların ortalamalarından ($\bar{x}=15.08$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Hasta grubunda evlilik için aile onayı alıp almamaya göre Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği Tehdit Maruz Kalma alt ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [$t=-2.239$; $p<.05$]. Evlilikleri için aile onayı almamış olan hastaların tehdit maruz kalma ortalama puanları ($\bar{x}=10.80$) aile onayı almış hastaların ortalamalarından ($\bar{x}=5.80$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Hasta grubunda evlilik için aile onayı alıp almamaya göre Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği Duygusal İstismar Uygulama toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur [$z=-2.620$; $p<.05$]. Aile onayı almayanların duygusal istismar uygulama ortalama puanları ($\bar{x}=53.60$) alanların ortalamalarından ($\bar{x}=33.13$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Hasta grubunda evlilik için aile onayı alıp almamaya göre Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği Duygusal İstismara Maruz Kalma toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur [$z=-2.766$; $p<.05$]. Aile onayı almayanların duygusal istismara maruz kalma ortalama puanları ($\bar{x}=52.20$) alanların ortalamalarından ($\bar{x}=30.63$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Hasta grubunda evlilik için aile onayı alıp almamaya göre Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur [$z=-2.705$; $p<.05$]. Aile onayı almayanların duygusal istismar toplam puan ortalamaları ($\bar{x}=105.80$) alanların ortalamalarından ($\bar{x}=63.75$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Hasta grubunda evlilik için aile onayı alıp almamaya göre Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [$t=-3.373$; $p<.05$]. Evlilik için aile onayı almış olan hastaların cinsel yaşam kalitesi ortalama puanları ($\bar{x}=74.64$) aile onayı almamış olan hastaların ortalamalarından ($\bar{x}=47.89$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

6.3.5 Hasta grubunun evlilik sürelerine göre cinsel yaşam kalitesi ölçeği ve çok boyutlu duygusal istismar ölçeği bakımından dağılımları

Çizelge 6.11’de hasta grubunun evlilik sürelerine göre Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeğinden aldıkları ortalamalar, standart sapmalar ile Kruskal Wallis ve Mann Whitney U testi bulguları verilmiştir.

Çizelge 6.11: Hasta Grubunun Evlilik Sürelerine Göre Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeğinden Aldıkları Ortalamalar, Standart Sapmalar ve Kruskal Wallis ve Mann Whitney U Bulguları

	Evlilik Süresi	N	Ort	SS	χ^2	p	z
U-Kontrol	1-3 yıl	18	9.17	7.406	1.116	.773	
	3-5 yıl	7	9.29	7.111			
	5-15 yıl	21	10.90	6.511			
	15 yıl ve üstü	4	10.00	9.416			
U-Aşağılama	1-3 yıl	18	2.44	3.698	5.127	.163	
	3-5 yıl	7	1.43	1.902			
	5-15 yıl	21	5.43	5.938			
	15 yıl ve üstü	4	1.75	2.872			
U-Düşmanca Geri Çekilme	1-3 yıl	18	17.72	13.919	3.575	.311	
	3-5 yıl	7	13.57	5.682			
	5-15 yıl	21	20.43	7.346			
	15 yıl ve üstü	4	18.00	11.165			
U-Tehdit	1-3 yıl	18	3.06	4.151	8.085	.044*	5-15 yıl > 1-3 yıl z=-2.586; p=.010
	3-5 yıl	7	5.29	8.976			
	5-15 yıl	21	8.14	6.959			
	15 yıl ve üstü	4	2.25	3.304			
M-Kontrol	1-3 yıl	18	6.17	7.065	1.640	.650	
	3-5 yıl	7	8.71	8.015			
	5-15 yıl	21	8.33	6.491			
	15 yıl ve üstü	4	7.75	8.221			
M-Aşağılama	1-3 yıl	18	3.28	4.713	2.430	.488	
	3-5 yıl	7	4.43	6.399			
	5-15 yıl	21	4.67	4.673			
	15 yıl ve üstü	4	3.25	5.852			
M-Düşmanca Geri Çekilme	1-3 yıl	18	16.28	12.870	3.359	.340	
	3-5 yıl	7	11.71	6.343			
	5-15 yıl	21	18.24	7.245			
	15 yıl ve üstü	4	17.50	11.240			
M-Tehdit	1-3 yıl	18	5.28	7.193	1.829	.609	
	3-5 yıl	7	6.57	10.114			
	5-15 yıl	21	8.43	9.304			
	15 yıl ve üstü	4	5.50	7.853			
Cinsel Yaşam Kalitesi	1-3 yıl	18	75.74	23.292	10.658	.014*	3-5 yıl < 5-15 yıl z=-2.734; p=.005 3-5 yıl > 15 + yıl z=-2.462; p=.012
	3-5 yıl	7	87.62	11.749			
	5-15 yıl	21	62.33	24.180			
	15 yıl ve üstü	4	44.72	27.997			

p<.05

Hasta grubunda evlilik sürelerine göre Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği Tehdit Uygulama alt ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [$\chi^2=8.085$; $p<.05$]. Farkın kaynağının tespit edilmesi amacıyla yürütülen Mann Whitney U testi sonucunda 5-15 yıldır evli olanların tehdit uygulama ortalamaları

(\bar{x} =8.14) 1-3 yıldır evli olanların ortalamalarından (\bar{x} =3.06) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur [z =-2.586; p =.010].

Hasta grubunda evlilik süresine göre Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği Duygusal İstismar Uygulama toplam puanları arasında, Duygusal İstismara Maruz Kalma toplam puanları arasında ve ölçek toplam puanı arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Hasta grubunda evlilik sürelerinde gör Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [χ^2 =10.658; p <.05]. Farkın kaynağının tespit edilmesi amacıyla yürütülen Mann Whitney U testi sonucunda, 3-5 yıldır evli olanların cinsel yaşam kalite ortalamaları (\bar{x} =87.62) 5-15 yıldır evli olanların ortalamalarından (\bar{x} =62.33) anlamlı şekilde yüksektir [z =-2.734; p =.005]. 3-5 yıldır evli olanların cinsel yaşam kalite ortalamaları (\bar{x} =87.62) 15 yıldan fazla süredir evli olanların ortalamalarından (\bar{x} =44.72) anlamlı şekilde yüksektir [z =-2.462; p =.012].

6.3.6 Hasta grubunun travmatik olay yaşantısı değişkenleri açısından cinsel yaşam kalitelerinin ve duygusal istismara maruz kalma düzeylerinin karşılaştırılması

Hasta grubunda, doğal afet, fiziksel saldırı, ciddi hastalık, ciddi kaza, aile içi şiddet, fiziksel şiddet, cinsel istismar değişkenlerine dağılan kişi sayısının elverişli olmaması nedeniyle bu değişkenlere göre ölçeklerden alınan puanlar arasında karşılaştırma yapılamamıştır. Hasta grubunda ayrılık yaşayıp yaşamamaya göre ölçeklerden alınan puanlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Çizelge 6.12'de hasta grubunda aile üyesi kaybı yaşamış ve yaşamamış olanların Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeğinden ve Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar, standart sapmalar ve Mann Whitney U testi bulguları verilmiştir.

Çizelge 6.12: Hasta Grubunda Aile Üyesi Kaybı Yaşamış ve Yaşamamış Olanların Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeğinden ve Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeğinden Aldıkları Ortalama Puanlar, Standart Sapmalar ve Mann Whitney U Testi Bulguları

	Aile Üyesi Kaybı	N	ORT	SS	z	p
U-Kontrol	Evet	12	15.17	5.374	-3.176	.001*
	Hayır	38	8.34	6.659		
U-Aşağılama	Evet	12	6.92	6.973	-1.959	.050
	Hayır	38	2.42	3.310		
U-Düşmanca Geri Çekilme	Evet	12	21.25	7.250	-1.296	.195
	Hayır	38	17.37	11.007		
U-Tehdit	Evet	12	8.50	7.775	-1.472	.141
	Hayır	38	4.47	5.839		
M-Kontrol	Evet	12	11.33	6.893	-2.222	.026*
	Hayır	38	6.37	6.553		
M-Aşağılama	Evet	12	6.58	5.583	-1.892	.058
	Hayır	38	3.21	4.467		
M-Düşmanca Geri Çekilme	Evet	12	19.08	7.317	-1.524	.128
	Hayır	38	15.76	10.430		
M-Tehdit	Evet	12	11.58	10.933	-1.936	.053
	Hayır	38	5.29	7.048		
Duygusal İstismar Uygulama	Evet	12	51.83	22.583	-2.488	.013*
	Hayır	38	32.61	21.782		
Duygusal İstismara Maruz Kalma	Evet	12	48.58	24.847	-2.171	.030*
	Hayır	38	30.63	22.803		
Duygusal İstismar Toplam	Evet	12	100.42	46.102	-2.386	.017*
	Hayır	38	63.24	43.901		
Cinsel Yaşam Kalitesi	Evet	12	53.06	29.037	-2.204	.027*
	Hayır	38	74.42	21.557		

p<.05

Hasta grubunda aile üyesi kaybı yaşamış olanlarla yaşamamış olanların Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği Kontrol Uygulama alt boyutundan aldıkları ortalama puanlar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur [z=-3.176; p<.05]. Hasta grubunda aile üyesi kaybı yaşayanların kontrol uygulama ortalamaları (\bar{x} =15.17) kayıp yaşamayanların ortalamalarından (\bar{x} =8.34) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Hasta grubunda aile üyesi kaybı yaşamış olanlarla yaşamamış olanların Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği Kontrol Maruz Kalma alt boyutundan aldıkları ortalama puanlar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur [z=-2.222; p<.05]. Hasta grubunda aile üyesi kaybı yaşayanların kontrol maruz kalma ortalamaları (\bar{x} =11.33) kayıp yaşamayanların ortalamalarından (\bar{x} =6.37) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Hasta grubunda aile üyesi kaybı yaşamış olanlarla yaşamamış olanların Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği Duygusal İstismar Uygulama ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur [$z=-2.488$; $p<.05$]. Hasta grubunda aile üyesi kaybı yaşayanların duygusal istismar uygulama ortalamaları ($\bar{x}=51.83$) kayıp yaşamayanların ortalamalarından ($\bar{x}=32.61$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Hasta grubunda aile üyesi kaybı yaşamış olanlarla yaşamamış olanların Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği Duygusal İstismara Maruz Kalma ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur [$z=-2.171$; $p<.05$]. Hasta grubunda aile üyesi kaybı yaşayanların duygusal istismara maruz kalma ortalamaları ($\bar{x}=48.58$) kayıp yaşamayanların ortalamalarından ($\bar{x}=30.63$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Hasta grubunda aile üyesi kaybı yaşamış olanlarla yaşamamış olanların Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği toplam puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur [$z=-2.386$; $p<.05$]. Hasta grubunda aile üyesi kaybı yaşayanların duygusal istismar toplam puan ortalamaları ($\bar{x}=100.42$) kayıp yaşamayanların ortalamalarından ($\bar{x}=63.24$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Hasta grubunda aile üyesi kaybı yaşamış olanlarla yaşamamış olanların Cinsel Yaşam Kalite Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur [$z=-2.204$; $p<.05$]. Hasta grubunda aile üyesi kaybı yaşamamış olanların cinsel yaşam kalite ortalamaları ($\bar{x}=74.42$) aile üyesi kaybı yaşamış olanların ortalamalarından ($\bar{x}=53.06$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

6.3.7 Hasta grubunda hastane ortamında bulunup bulunmamaya göre cinsel yaşam kalitesi ölçeğinden ve çok boyutlu duygusal istismar ölçeği bakımından dağılımları

Çizelge 6.13’de hasta grubunda hastane ortamında bulunup bulunmamaya göre Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeğinden ve Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeğinden aldıkları ortalamalar, standart sapmalar ve Mann Whitney U testi bulguları verilmiştir.

Çizelge 6.13: Hasta Grubunda Hastane Ortamında Bulunup Bulunmamaya Göre Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeğinden ve Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeğinden Aldıkları Ortalama Puanlar, Standart Sapmalar ve Mann Whitney U Testi Bulguları

	Hastane Ortamı	N	Ort	SS	z	p
U-Kontrol	Evet	16	13.13	5.702	-2.460	.014*
	Hayır	34	8.50	7.098		
U-Aşağılama	Evet	16	6.13	6.098	-2.936	.003*
	Hayır	34	2.26	3.502		
U-Düşmanca Geri Çekilme	Evet	16	19.88	7.438	-1.052	.293
	Hayır	34	17.56	11.429		
U-Tehdit	Evet	16	7.94	6.608	-2.464	.014*
	Hayır	34	4.26	6.210		
M-Kontrol	Evet	16	10.06	6.137	-2.190	.028*
	Hayır	34	6.38	7.015		
M-Aşağılama	Evet	16	6.13	5.188	-2.514	.012*
	Hayır	34	3.03	4.529		
M-Düşmanca Geri Çekilme	Evet	16	18.31	6.509	-1.187	.235
	Hayır	34	15.74	11.019		
M-Tehdit	Evet	16	10.81	9.460	-3.028	.002*
	Hayır	34	4.91	7.371		
Duygusal İstismar Uygulama	Evet	16	47.06	22.095	-2.143	.032*
	Hayır	34	32.59	22.653		
Duygusal İstismara Maruz Kalma	Evet	16	45.31	23.012	-2.227	.026*
	Hayır	34	30.06	23.673		
Duygusal İstismar Toplam	Evet	16	92.38	44.009	-2.215	.027*
	Hayır	34	62.65	45.604		
Cinsel Yaşam Kalitesi	Evet	16	52.99	24.104	-3.184	.001*
	Hayır	34	76.96	21.784		

p<.05

Hasta grubunda hastane ortamında bulunup bulunamamaya göre Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği Kontrol uygulama alt ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [z=-2.460; p<.05]. Hastane ortamında bulunmuş olanların kontrol uygulama ortalamaları (\bar{x} =13.13) bulunmamış olanların ortalamalarından (\bar{x} =8.50) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Hasta grubunda hastane ortamında bulunup bulunamamaya göre Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği Aşağılama uygulama alt ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [z=-2.464; p<.05]. Hastane ortamında bulunmuş olanların aşağılama uygulama ortalamaları (\bar{x} =6.13) bulunmamış olanların ortalamalarından (\bar{x} =2.26) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Hasta grubunda hastane ortamında bulunup bulunamamaya göre Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği Tehdit uygulama alt ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [$z=-2.936$; $p<.05$]. Hastane ortamında bulunmuş olanların tehdit uygulama ortalamaları ($\bar{x}=7.94$) bulunmamış olanların ortalamalarından ($\bar{x}=4.26$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Hasta grubunda hastane ortamında bulunup bulunamamaya göre Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği kontrol maruz kalma alt ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [$z=-2.190$; $p<.05$]. Hastane ortamında bulunmuş olanların kontrol maruz kalma ortalamaları ($\bar{x}=10.06$) bulunmamış olanların ortalamalarından ($\bar{x}=6.38$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Hasta grubunda hastane ortamında bulunup bulunamamaya göre Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği aşağılama maruz kalma alt ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [$z=-2.514$; $p<.05$]. Hastane ortamında bulunmuş olanların aşağılama maruz kalma ortalamaları ($\bar{x}=6.13$) bulunmamış olanların ortalamalarından ($\bar{x}=3.03$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Hasta grubunda hastane ortamında bulunup bulunamamaya göre Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği tehdit maruz kalma alt ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [$z=-3.028$; $p<.05$]. Hastane ortamında bulunmuş olanların tehdit maruz kalma ortalamaları ($\bar{x}=10.81$) bulunmamış olanların ortalamalarından ($\bar{x}=4.91$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Hasta grubunda hastane ortamında bulunup bulunmamaya göre Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği Duygusal İstismar Uygulama toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur [$z=-2.143$; $p<.05$]. Hastane ortamında bulunanların duygusal istismar uygulama ortalamaları ($\bar{x}=47.06$) bulunmayanların ortalamalarından ($\bar{x}=32.59$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Hasta grubunda hastane ortamında bulunup bulunmamaya göre Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği Duygusal İstismara Maruz Kalma toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur [$z=-2.227$; $p<.05$]. Hastane ortamında bulunanların duygusal istismara maruz kalma ortalamaları ($\bar{x}=45.31$) bulunmayanların ortalamalarından ($\bar{x}=30.06$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Hasta grubunda hastane ortamında bulunup bulunmamaya göre Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark

bulunmuştur [$z=-2.215$; $p<.05$]. Hastane ortamında bulunanların duygusal istismar toplam puan ortalamaları ($\bar{x}=92.38$) bulunmayanların ortalamalarından ($\bar{x}=62.65$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Hasta grubunda hastane ortamında bulunup bulunmamaya göre Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [$z=-3.184$; $p<.05$]. Hastane ortamında bulunmamış olanların cinsel yaşam kalitesi ortalamaları ($\bar{x}=76.96$) bulunmuş olanların ortalamalarından ($\bar{x}=52.99$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

6.3.8 Hasta grubunda duygusal şiddete maruz kalıp kalmamaya göre cinsel yaşam kalitesi ölçeğinden ve çok boyutlu duygusal istismar ölçeği bakımından dağılımları

Çizelge 6.14'te hasta grubunda duygusal şiddete maruz kalıp kalmamaya göre Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeğinden alınan ortalamalar, standart sapmalar ve Mann Whintry U testi bulguları verilmiştir.

Çizelge 6.14: Hasta Grubunda Duygusal Şiddete Maruz Kalıp Kalmamaya Göre Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeğinden ve Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeğinden Aldıkları Ortalama Puanlar, Standart Sapmalar ve Mann Whitney U Testi Bulguları

	Duygusal Şiddet	N	Ort	SS	z	p
U-Kontrol	Evet	11	14.91	6.024	-2.746	.006*
	Hayır	39	8.59	6.644		
U-Aşağılama	Evet	11	6.91	5.804	-3.114	.002*
	Hayır	39	2.54	4.051		
U-Düşmanca Geri Çekilme	Evet	11	24.82	5.741	-2.802	.005*
	Hayır	39	16.46	10.600		
U-Tehdit	Evet	11	10.00	5.950	-3.036	.002*
	Hayır	39	4.15	6.128		
M-Kontrol	Evet	11	11.09	5.540	-2.349	.019*
	Hayır	39	6.56	6.984		
M-Aşağılama	Evet	11	7.91	4.482	-3.379	.001*
	Hayır	39	2.92	4.504		
M-Düşmanca Geri Çekilme	Evet	11	21.27	4.606	-2.157	.031*
	Hayır	39	15.23	10.499		
M-Tehdit	Evet	11	13.27	8.522	-3.195	.001*
	Hayır	39	4.97	7.604		
Duygusal İstismar Uygulama	Evet	11	56.64	18.063	-3.093	.002*
	Hayır	39	31.74	21.739		
Duygusal İstismara Maruz Kalma	Evet	11	53.55	19.154	-3.081	.002*
	Hayır	39	29.69	23.180		
Duygusal İstismar Toplam	Evet	11	110.18	35.179	-3.045	.002*
	Hayır	39	61.44	44.288		
Cinsel Yaşam Kalitesi	Evet	11	53.23	16.773	-2.835	.005*
	Hayır	39	73.82	25.225		

$p<.05$

Hasta grubunda duygusal şiddete maruz kalıp kalmamaya göre Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği Kontrol Uygulama alt ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [$z=-2.746$; $p<.05$]. Hasta grubunda duygusal şiddet bildirenlerin kontrol uygulama ortalamaları ($\bar{x}=14.91$) bildirmeyenlerin ortalamalarından ($\bar{x}=8.59$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Hasta grubunda duygusal şiddete maruz kalıp kalmamaya göre Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği Aşağılama Uygulama alt ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [$z=-3.114$; $p<.05$]. Hasta grubunda duygusal şiddet bildirenlerin aşağılama uygulama ortalamaları ($\bar{x}=6.91$) bildirmeyenlerin ortalamalarından ($\bar{x}=2.54$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Hasta grubunda duygusal şiddete maruz kalıp kalmamaya göre Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği Düşmanca Geri Çekilme Uygulama alt ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [$z=-2.802$; $p<.05$]. Hasta grubunda duygusal şiddet bildirenlerin düşmanca geri çekilme uygulama ortalamaları ($\bar{x}=24.82$) bildirmeyenlerin ortalamalarından ($\bar{x}=16.46$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Hasta grubunda duygusal şiddete maruz kalıp kalmamaya göre Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği Tehdit Uygulama alt ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [$z=-3.036$; $p<.05$]. Hasta grubunda duygusal şiddet bildirenlerin tehdit uygulama ortalamaları ($\bar{x}=10.00$) bildirmeyenlerin ortalamalarından ($\bar{x}=4.15$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Hasta grubunda duygusal şiddete maruz kalıp kalmamaya göre Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği Kontrol Maruz Kalma alt ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [$z=-2.349$; $p<.05$]. Hasta grubunda duygusal şiddet bildirenlerin kontrol maruz kalma ortalamaları ($\bar{x}=11.09$) bildirmeyenlerin ortalamalarından ($\bar{x}=6.56$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Hasta grubunda duygusal şiddete maruz kalıp kalmamaya göre Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği Aşağılama Maruz Kalma alt ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [$z=-3.379$; $p<.05$]. Hasta grubunda duygusal şiddet bildirenlerin aşağılama maruz kalma ortalamaları ($\bar{x}=7.91$) bildirmeyenlerin ortalamalarından ($\bar{x}=2.92$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Hasta grubunda duygusal şiddete maruz kalıp kalmamaya göre Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği Düşmanca Geri Çekilme Maruz Kalma alt ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [$z=-2.157$; $p<.05$]. Hasta grubunda duygusal şiddet bildirenlerin düşmanca geri çekilme maruz kalma ortalamaları ($\bar{x}=21.27$) bildirmeyenlerin ortalamalarından ($\bar{x}=15.23$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Hasta grubunda duygusal şiddete maruz kalıp kalmamaya göre Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği Tehdit Maruz Kalma alt ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [$z=-3.195$; $p<.05$]. Hasta grubunda duygusal şiddet bildirenlerin tehdit maruz kalma ortalamaları ($\bar{x}=13.27$) bildirmeyenlerin ortalamalarından ($\bar{x}=4.97$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Hasta grubunda duygusal şiddete maruz kalıp kalmamaya göre Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği Duygusal İstismar Uygulama toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur [$z=-3.093$; $p<.05$]. Duygusal şiddete maruz kalanların duygusal istismar uygulama ortalamaları ($\bar{x}=56.64$) kalmayanların ortalamalarından ($\bar{x}=31.74$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Hasta grubunda duygusal şiddete maruz kalıp kalmamaya göre Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği Duygusal İstismara Maruz Kalma toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur [$z=-3.081$; $p<.05$]. Duygusal şiddete maruz kalanların duygusal istismara maruz kalma ortalamaları ($\bar{x}=53.55$) kalmayanların ortalamalarından ($\bar{x}=29.69$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Hasta grubunda duygusal şiddete maruz kalıp kalmamaya göre Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur [$z=-3.045$; $p<.05$]. Duygusal şiddete maruz kalanların duygusal istismara toplam puan ortalamaları ($\bar{x}=110.18$) kalmayanların ortalamalarından ($\bar{x}=61.44$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Hasta grubunda duygusal şiddete maruz kalıp kalmamaya göre Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [$z=-2.835$; $p<.05$]. Hasta grubunda duygusal şiddet bildirmeyenlerin cinsel yaşam kalitesi ortalamaları ($\bar{x}=73.82$) bildirenlerin ortalamalarından ($\bar{x}=53.23$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

6.3.9 Hasta grubunda genel olarak travmatik olaya maruz kalıp kalmamaya göre cinsel yaşam kalitesi ölçeğinden ve çok boyutlu duygusal istismar ölçeği bakımından dağılımları

Çizelge 6.15'te hasta grubunda genel olarak travmatik olaya maruz kalınıp kalınmamasına göre Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeğinden ve Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar, standart sapmalar ve bağımsız örneklem t testi bulguları verilmiştir.

Çizelge 6.15: Hasta Grubunda Genel Olarak Travmatik Olaya Maruz Kalıp Kalmamaya Göre Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeğinden ve Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeğinden Aldıkları Ortalama Puanlar, Standart Sapmalar ve t testi Bulguları

	Travmatik Olay	N	Ort	SS	t	p
U-Kontrol	Evet	29	12.00	6.969	-2.537	.014*
	Hayır	21	7.19	6.088		
U-Aşağılama	Evet	29	4.59	5.110	-1.936	.059
	Hayır	21	2.00	3.950		
U-Düşmanca Geri Çekilme	Evet	29	18.48	7.453	-.146	.885
	Hayır	21	18.05	13.493		
U-Tehdit	Evet	29	6.83	6.990	-1.813	.076
	Hayır	21	3.52	5.354		
M-Kontrol	Evet	29	9.34	6.608	-2.234	.030*
	Hayır	21	5.10	6.685		
M-Aşağılama	Evet	29	5.55	5.578	-2.757	.008*
	Hayır	21	1.90	2.755		
M-Düşmanca Geri Çekilme	Evet	29	16.76	7.786	-.167	.868
	Hayır	21	16.29	12.277		
M-Tehdit	Evet	29	9.10	9.477	-2.364	.022*
	Hayır	21	3.62	5.626		
Duygusal İstismar Uygulama	Evet	29	41.90	21.792	-1.702	.095
	Hayır	21	30.76	24.218		
Duygusal İstismara Maruz Kalma	Evet	29	40.76	24.462	-2.053	.046*
	Hayır	21	26.90	22.221		
Duygusal İstismar Toplam	Evet	29	82.66	45.365	-1.914	.062
	Hayır	21	57.67	45.863		
Cinsel Yaşam Kalitesi	Evet	29	64.10	26.863	1.761	.085
	Hayır	21	76.46	20.694		

p<.05

Hasta grubunda genel olarak travmatik olaya maruz kalınıp kalınmamasına göre Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği Kontrol Uygulama alt ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [$t=-2.537$; $p<.05$]. Travmatik olay yaşamış olan hastaların kontrol uygulama alt ölçeğinden aldıkları ortalamalar ($\bar{x}=12.00$) yaşamamış hastaların ortalamalarından ($\bar{x}=7.19$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Hasta grubunda genel olarak travmatik olaya maruz kalınıp kalınmamasına göre Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği Kontrol Maruz Kalma alt ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [$t=-2.234$; $p<.05$]. Travmatik olay yaşamış olan hastaların kontrol maruz kalma alt ölçeğinden aldıkları ortalamalar ($\bar{x}=9.34$) yaşamamış hastaların ortalamalarından ($\bar{x}=5.10$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Hasta grubunda genel olarak travmatik olaya maruz kalınıp kalınmamasına göre Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği Aşağılama Maruz Kalma alt ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [$t=-2.757$; $p<.05$]. Travmatik olay yaşamış olan hastaların aşağılama maruz kalma alt ölçeğinden aldıkları ortalamalar ($\bar{x}=5.55$) yaşamamış hastaların ortalamalarından ($\bar{x}=1.90$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Hasta grubunda genel olarak travmatik olaya maruz kalınıp kalınmamasına göre Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği Tehdit Maruz Kalma alt ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [$t=-2.364$; $p<.05$]. Travmatik olay yaşamış olan hastaların tehdit maruz kalma alt ölçeğinden aldıkları ortalamalar ($\bar{x}=9.10$) yaşamamış hastaların ortalamalarından ($\bar{x}=3.62$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Hasta grubunda genel olarak travmatik olaya maruz kalınıp kalınmamasına göre Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği Duygusal İstismara Maruz Kalma toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur [$t=-2.053$; $p<.05$]. Travmatik olay yaşantısı olanların duygusal istismara maruz kalma toplam puan ortalamaları ($\bar{x}=40.76$) travmatik olay yaşantısı olmayanların ortalamalarından ($\bar{x}=26.90$) anlamlı şekilde yüksektir.

6.3.10 Hasta grubunun psikolojik destek değişkenleri açısından cinsel yaşam kalitelerinin ve duygusal istismara maruz kalma düzeylerinin karşılaştırılması

Hasta grubunda, grup terapisi, psikolojik tedavi süresi, psikolojik destek alma sayısı ve psikolojik destekten fayda görülüp görülmediği değişkenleri yeterince veri bulunmadığından istatistiksel analizlere tabi tutulmamıştır.

Çizelge 6.16’da hasta grubunda psikolojik rahatsızlık bulunup bulunmamasına göre Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeğinden ve Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeğinden alınan ortalama puanlar, standart sapmalar ve bağımsız örneklem t testi bulguları verilmiştir.

Çizelge 6.16: Hasta Grubunda Psikolojik Rahatsızlık Bulunup Bulunmamasına Göre Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeğinden ve Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeğinden Aldıkları Ortalama Puanlar, Standart Sapmalar ve t testi Bulguları

	Psikolojik Rahatsızlık	N	Ort	SS	t	p
U-Kontrol	Evet	13	14.00	5.538	2.548	.014*
	Hayır	37	8.57	6.934		
U-Aşağılama	Evet	13	7.31	6.005	3.749	.000*
	Hayır	37	2.16	3.484		
U-Düşmanca Geri Çekilme	Evet	13	22.08	6.103	1.559	.126
	Hayır	37	16.97	11.182		
U-Tehdit	Evet	13	9.69	6.885	2.946	.005*
	Hayır	37	3.95	5.744		
M-Kontrol	Evet	13	11.38	5.591	2.436	.019*
	Hayır	37	6.22	6.880		
M-Aşağılama	Evet	13	8.77	5.341	4.911	.000*
	Hayır	37	2.35	3.521		
M-Düşmanca Geri Çekilme	Evet	13	19.77	6.747	1.384	.173
	Hayır	37	15.43	10.524		
M-Tehdit	Evet	13	13.23	9.825	3.537	.001*
	Hayır	37	4.54	6.727		
Duygusal İstismar Uygulama	Evet	13	53.08	19.137	3.096	.003*
	Hayır	37	31.65	22.189		
Duygusal İstismara Maruz Kalma	Evet	13	53.15	23.219	3.477	.001*
	Hayır	37	28.54	21.519		
Duygusal İstismar Toplam	Evet	13	106.23	41.096	3.356	.002*
	Hayır	37	60.19	43.024		
Cinsel Yaşam Kalitesi	Evet	13	44.19	20.165	-5.212	.000*
	Hayır	37	78.11	20.194		

p<.05

Hasta grubunda psikolojik rahatsızlık bulunup bulunmamasına göre Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği Kontrol Uygulama alt ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [$t=2.548$; $p<.05$]. Psikolojik rahatsızlığı bulunanların kontrol uygulama ortalamaları ($\bar{x}=14.00$) bulunmayanların ortalamalarından ($\bar{x}=8.57$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Hasta grubunda psikolojik rahatsızlık bulunup bulunmamasına göre Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği Aşağılama Uygulama alt ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [$t=3.749$; $p<.05$]. Psikolojik rahatsızlığı bulunanların aşağılama uygulama ortalamaları ($\bar{x}=7.31$) bulunmayanların ortalamalarından ($\bar{x}=2.16$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Hasta grubunda psikolojik rahatsızlık bulunup bulunmamasına göre Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği Tehdit Uygulama alt ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [$t=2.946$; $p<.05$]. Psikolojik rahatsızlığı bulunanların tehdit uygulama ortalamaları ($\bar{x}=9.69$) bulunmayanların ortalamalarından ($\bar{x}=3.95$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Hasta grubunda psikolojik rahatsızlık bulunup bulunmamasına göre Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği Kontrol Maruz Kalma alt ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [$t=2.436$; $p<.05$]. Psikolojik rahatsızlığı bulunanların kontrol maruz kalma ortalamaları ($\bar{x}=11.38$) bulunmayanların ortalamalarından ($\bar{x}=6.22$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Hasta grubunda psikolojik rahatsızlık bulunup bulunmamasına göre Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği Aşağılama Maruz Kalma alt ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [$t=4.911$; $p<.05$]. Psikolojik rahatsızlığı bulunanların aşağılama maruz kalma ortalamaları ($\bar{x}=8.77$) bulunmayanların ortalamalarından ($\bar{x}=2.35$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Hasta grubunda psikolojik rahatsızlık bulunup bulunmamasına göre Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği Aşağılama Tehdit Kalma alt ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [$t=3.537$; $p<.05$]. Psikolojik rahatsızlığı bulunanların tehdit maruz kalma ortalamaları ($\bar{x}=13.23$) bulunmayanların ortalamalarından ($\bar{x}=4.54$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Hasta grubunda psikolojik rahatsızlık bulunup bulunmamasına göre Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği Duygusal İstismar Uygulama toplam puan ortalamaları

arasında anlamlı fark bulunmuştur [$t=3.096$; $p<.05$]. Psikolojik rahatsızlığı bulunanların duygusal istismar uygulama toplam puan ortalamaları ($\bar{x}=53.08$) bulunmayanların ortalamalarından ($\bar{x}=31.65$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Hasta grubunda psikolojik rahatsızlık bulunup bulunmamasına göre Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği Duygusal İstismara Maruz Kalma toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur [$t=3.477$; $p<.05$]. Psikolojik rahatsızlığı bulunanların duygusal istismara maruz kalma toplam puan ortalamaları ($\bar{x}=53.15$) bulunmayanların ortalamalarından ($\bar{x}=28.54$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Hasta grubunda psikolojik rahatsızlık bulunup bulunmamasına göre Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur [$t=3.356$; $p<.05$]. Psikolojik rahatsızlığı bulunanların duygusal istismar toplam puan ortalamaları ($\bar{x}=106.23$) bulunmayanların ortalamalarından ($\bar{x}=60.19$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Hasta grubunda psikolojik rahatsızlık bulunup bulunmamasına göre Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [$t=-5.212$; $p<.05$]. Psikolojik rahatsızlığı bulunmayanların cinsel yaşam kalitesi ortalamaları ($\bar{x}=78.11$) bulunanların ortalamalarından ($\bar{x}=44.19$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

6.3.11 Hasta grubunda psikolojik destek alınıp alınmamasına göre cinsel yaşam kalitesi ölçeğinden ve çok boyutlu duygusal istismar ölçeği bakımından dağılımları

Çizelge 6.17'de hasta grubunun psikolojik destek alınıp alınmamasına göre Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeğinden ve Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeğinden aldıkları ortalama puanları, standart sapmalar ve bağımsız örneklem t testi bulguları verilmiştir.

Çizelge 6.17: Hasta Grubunda Psikolojik Destek Alınıp Alınmamasına Göre Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeğinden ve Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeğinden Aldıkları Ortalama Puanlar, Standart Sapmalar ve t testi Bulguları

	Psikolojik Destek	N	Ort	SS	t	p
U-Kontrol	Evet	12	14.58	5.071	2.800	.007*
	Hayır	38	8.53	6.908		
U-Aşağılama	Evet	12	8.50	6.172	5.095	.000*
	Hayır	38	1.92	2.898		
U-Düşmanca Geri Çekilme	Evet	12	22.83	7.433	1.788	.080
	Hayır	38	16.87	10.738		
U-Tehdit	Evet	12	10.33	7.037	3.271	.002*
	Hayır	38	3.89	5.579		
M-Kontrol	Evet	12	12.58	6.259	3.141	.003*
	Hayır	38	5.97	6.382		
M-Aşağılama	Evet	12	7.83	4.648	3.396	.001*
	Hayır	38	2.82	4.404		
M-Düşmanca Geri Çekilme	Evet	12	20.00	5.309	1.407	.166
	Hayır	38	15.47	10.676		
M-Tehdit	Evet	12	12.75	9.715	3.013	.004*
	Hayır	38	4.92	7.198		
Duygusal İstismar Uygulama	Evet	12	56.25	20.702	3.631	.001*
	Hayır	38	31.21	20.863		
Duygusal İstismara Maruz Kalma	Evet	12	53.17	21.641	3.258	.002*
	Hayır	38	29.18	22.404		
Duygusal İstismar Toplam	Evet	12	109.42	40.789	3.510	.001*
	Hayır	38	60.39	42.579		
Cinsel Yaşam Kalitesi	Evet	12	50.74	24.788	-3.217	.002*
	Hayır	38	75.15	22.323		

p<.05

Hasta grubunda psikolojik destek alınıp alınmamasına göre Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği Kontrol Uygulama alt ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [t=2.800; p<.05]. Psikolojik destek alanların kontrol uygulama ortalamaları (\bar{x} =14.58) almayanların ortalamalarından (\bar{x} =8.53) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Hasta grubunda psikolojik destek alınıp alınmamasına göre Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği Aşağılama Uygulama alt ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [t=5.095; p<.05]. Psikolojik destek alanların aşağılama uygulama ortalamaları (\bar{x} =8.50) almayanların ortalamalarından (\bar{x} =1.92) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Hasta grubunda psikolojik destek alınıp alınmamasına göre Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği Tehdit Uygulama alt ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [$t=3.271$; $p<.05$]. Psikolojik destek alanların tehdit uygulama ortalamaları ($\bar{x}=10.33$) almayanların ortalamalarından ($\bar{x}=3.89$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Hasta grubunda psikolojik destek alınıp alınmamasına göre Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği Kontrol Maruz Kalma alt ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [$t=3.141$; $p<.05$]. Psikolojik destek alanların kontrol maruz kalma ortalamaları ($\bar{x}=12.58$) almayanların ortalamalarından ($\bar{x}=5.97$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Hasta grubunda psikolojik destek alınıp alınmamasına göre Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği Aşağılama Maruz Kalma alt ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [$t=3.396$; $p<.05$]. Psikolojik destek alanların aşağılama maruz kalma ortalamaları ($\bar{x}=7.83$) almayanların ortalamalarından ($\bar{x}=2.82$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Hasta grubunda psikolojik destek alınıp alınmamasına göre Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği Tehdit Maruz Kalma alt ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [$t=3.013$; $p<.05$]. Psikolojik destek alanların tehdit maruz kalma ortalamaları ($\bar{x}=12.75$) almayanların ortalamalarından ($\bar{x}=4.92$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Hasta grubunda psikolojik destek alınıp alınmamasına göre Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği Duygusal İstismar Uygulama toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur [$t=3.631$; $p<.05$]. Psikolojik destek alanların duygusal istismar uygulama ortalamaları ($\bar{x}=56.25$) almayanların ortalamalarından ($\bar{x}=31.25$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Hasta grubunda psikolojik destek alınıp alınmamasına göre Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği Duygusal İstismara Maruz Kalma toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur [$t=3.258$; $p<.05$]. Psikolojik destek alanların duygusal istismara maruz kalma ortalamaları ($\bar{x}=53.17$) almayanların ortalamalarından ($\bar{x}=29.18$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Hasta grubunda psikolojik destek alınıp alınmamasına göre Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur

[$t=3.510$; $p<.05$]. Psikolojik destek alanların duygusal istismar ortalamaları ($\bar{x}=109.42$) almayanların ortalamalarından ($\bar{x}=60.39$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Hasta grubunda psikolojik destek alınıp alınmamasına göre Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [$t=-3.217$; $p<.05$]. Psikolojik destek almayanların cinsel yaşam kalitesi ortalamaları ($\bar{x}=75.15$) destek alanların ortalamalarından ($\bar{x}=50.74$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

6.3.12 Hasta grubunda ilaç kullanıp kullanılmamasına göre cinsel yaşam kalitesi ölçeğinden ve çok boyutlu duygusal istismar ölçeği bakımından dağılımları

Çizelge 6.18’de hasta grubunda ilaç kullanılıp kullanılmamasına göre Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeğinden ve Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeğinden alınan ortalama puanlar, standart sapmalar ve Mann Whitney U testi bulguları verilmiştir.

Çizelge 6.18: Hasta Grubunda İlaç Kullanıp Kullanılmamasına Göre Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeğinden ve Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeğinden Aldıkları Ortalama Puanlar, Standart Sapmalar ve Mann Whitney U Testi Bulguları

	İlaç Kullanımı	N	Ort	SS	z	p
U-Kontrol	Evet	9	13.67	5.220	-1.936	.053
	Hayır	41	9.17	7.099		
U-Aşağılama	Evet	9	7.67	5.788	-3.098	.002*
	Hayır	41	2.59	4.080		
U-Düşmanca Geri Çekilme	Evet	9	21.78	5.495	-1.315	.189
	Hayır	41	17.54	10.982		
U-Tehdit	Evet	9	9.89	6.936	-2.532	.011*
	Hayır	41	4.46	6.067		
M-Kontrol	Evet	9	12.89	6.071	-2.584	.010*
	Hayır	41	6.39	6.576		
M-Aşağılama	Evet	9	7.67	4.123	-3.053	.002*
	Hayır	41	3.22	4.751		
M-Düşmanca Geri Çekilme	Evet	9	18.78	4.944	-.759	.448
	Hayır	41	16.07	10.565		
M-Tehdit	Evet	9	11.89	9.493	-2.318	.020*
	Hayır	41	5.68	7.920		
Duygusal İstismar Uygulama	Evet	9	53.00	17.986	-2.450	.014*
	Hayır	41	33.76	23.030		
Duygusal İstismara Maruz Kalma	Evet	9	51.22	21.626	-2.312	.021*
	Hayır	41	31.37	23.621		
Duygusal İstismar Toplam	Evet	9	104.22	37.937	-2.399	.016*
	Hayır	41	65.12	45.962		
Cinsel Yaşam Kalitesi	Evet	9	43.33	21.964	-3.259	.001*
	Hayır	41	74.99	22.009		

$p<.05$

Hasta grubunda ilaç kullanılıp kullanılmamasına göre Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği Aşağılama Uygulama alt ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [$z=-3.098$; $p<.05$]. İlaç kullananların aşağılama uygulama ortalamaları ($\bar{x}=7.67$) kullanmayanların ortalamalarından ($\bar{x}=2.59$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Hasta grubunda ilaç kullanılıp kullanılmamasına göre Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği Tehdit Uygulama alt ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [$z=-2.532$; $p<.05$]. İlaç kullananların tehdit uygulama ortalamaları ($\bar{x}=9.89$) kullanmayanların ortalamalarından ($\bar{x}=4.46$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Hasta grubunda ilaç kullanılıp kullanılmamasına göre Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği Kontrol Maruz Kalma alt ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [$z=-2.532$; $p<.05$]. İlaç kullananların kontrol maruz kalma ortalamaları ($\bar{x}=12.89$) kullanmayanların ortalamalarından ($\bar{x}=6.39$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Hasta grubunda ilaç kullanılıp kullanılmamasına göre Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği Aşağılama Maruz Kalma alt ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [$z=-3.053$; $p<.05$]. İlaç kullananların aşağılama maruz kalma ortalamaları ($\bar{x}=7.67$) kullanmayanların ortalamalarından ($\bar{x}=3.22$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Hasta grubunda ilaç kullanılıp kullanılmamasına göre Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği Tehdit Maruz Kalma alt ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [$z=-2.318$; $p<.05$]. İlaç kullananların tehdit maruz kalma ortalamaları ($\bar{x}=11.89$) kullanmayanların ortalamalarından ($\bar{x}=5.68$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Hasta grubunda ilaç kullanılıp kullanılmamasına göre Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği Duygusal İstismar Uygulama toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur [$z=-2.450$; $p<.05$]. İlaç kullananların duygusal istismar uygulama ortalamaları ($\bar{x}=53.00$) ilaç kullanmayanların ortalamalarından ($\bar{x}=33.76$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Hasta grubunda ilaç kullanılıp kullanılmamasına göre Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği Duygusal İstismara Maruz Kalma toplam puan ortalamaları arasında

anlamli fark bulunmuştur [$z=-2.312$; $p<.05$]. İlaç kullananların duygusal istismara maruz kalma ortalamaları ($\bar{x}=51.22$) ilaç kullanmayanların ortalamalarından ($\bar{x}=31.37$) anlamli şekilde yüksek bulunmuştur.

Hasta grubunda ilaç kullanılıp kullanılmamasına göre Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında anlamli fark bulunmuştur [$z=-2.399$; $p<.05$]. İlaç kullananların duygusal istismar toplam puan ortalamaları ($\bar{x}=104.22$) ilaç kullanmayanların ortalamalarından ($\bar{x}=65.12$) anlamli şekilde yüksek bulunmuştur.

Hasta grubunda ilaç kullanılıp kullanılmamasına göre Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında anlamli fark bulunmuştur [$z=-3.259$; $p<.05$]. İlaç kullanmayanların cinsel yaşam ortalamaları ($\bar{x}=74.99$) kullananların ortalamalarından ($\bar{x}=43.33$) anlamli şekilde yüksek bulunmuştur.

6.3.13 Hasta grubunda psikoterapi alınıp alınmamasına göre cinsel yaşam kalitesi ölçeğinden ve çok boyutlu duygusal istismar ölçeği bakımından dağılımları

Çizelge 6.19'da hasta grubunda psikoterapi alınıp alınmamasına göre Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeğinden ve Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar, standart sapmalar ve Mann Whitney U testi bulguları verilmiştir.

Çizelge 6.19: Hasta Grubunda Psikoterapi Alınıp Alınmamasına Göre Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeğinden ve Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeğinden Aldıkları Ortalama Puanlar, Standart Sapmalar ve Mann Whitney U Testi Bulguları

	Psikoterapi	N	Ort	SS	z	p
U-Kontrol	Evet	8	12.88	4.324	-1.644	.100
	Hayır	42	9.43	7.279		
U-Aşağılama	Evet	8	9.38	6.781	-3.151	.002*
	Hayır	42	2.38	3.400		
U-Düşmanca Geri Çekilme	Evet	8	21.50	4.209	-1.179	.238
	Hayır	42	17.69	11.018		
U-Tehdit	Evet	8	12.00	7.559	-2.814	.005*
	Hayır	42	4.19	5.553		
M-Kontrol	Evet	8	12.13	5.718	-2.177	.030*
	Hayır	42	6.69	6.824		
M-Aşağılama	Evet	8	8.75	4.713	-3.132	.002*
	Hayır	42	3.12	4.462		

Çizelge 6.19 (devam): Hasta Grubunda Psikoterapi Alınıp Alınmamasına Göre Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeğinden ve Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeğinden Aldıkları Ortalama Puanlar, Standart Sapmalar ve Mann Whitney U Testi Bulguları

	Psikoterapi	N	Ort	SS	z	p
M-Düşmanca Geri Çekilme	Evet	8	18.50	3.423	-.755	.450
	Hayır	42	16.19	10.588		
M-Tehdit	Evet	8	13.75	11.411	-2.349	.019*
	Hayır	42	5.48	7.229		
Duygusal İstismar Uygulama	Evet	8	55.75	19.345	-2.555	.011*
	Hayır	42	33.69	22.441		
Duygusal İstismara Maruz Kalma	Evet	8	53.13	21.457	-2.290	.022*
	Hayır	42	31.48	23.476		
Duygusal İstismar Toplam	Evet	8	108.88	39.179	-2.501	.012*
	Hayır	42	65.17	45.186		
Cinsel Yaşam Kalitesi	Evet	8	45.69	23.981	-2.714	.007*
	Hayır	42	73.78	22.794		

p<.05

Hasta grubunda psikoterapi alınıp alınmamasına göre Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği Aşağılama Uygulama alt ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [$z=-3.151$; $p<.05$]. Psikoterapi alanların aşağılama uygulama ortalamaları ($\bar{x}=9.38$) almayanların ortalamalarından ($\bar{x}=2.38$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Hasta grubunda psikoterapi alınıp alınmamasına göre Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği Tehdit Uygulama alt ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [$z=-2.814$; $p<.05$]. Psikoterapi alanların tehdit uygulama ortalamaları ($\bar{x}=12.00$) almayanların ortalamalarından ($\bar{x}=4.19$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Hasta grubunda psikoterapi alınıp alınmamasına göre Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği Kontrol Maruz Kalma alt ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [$z=-2.177$; $p<.05$]. Psikoterapi alanların kontrol maruz kalma ortalamaları ($\bar{x}=12.13$) almayanların ortalamalarından ($\bar{x}=6.69$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Hasta grubunda psikoterapi alınıp alınmamasına göre Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği Aşağılama Maruz Kalma alt ölçeğinden alınan ortalama puanlar

arasında anlamlı fark bulunmuştur [$z=-3.132$; $p<.05$]. Psikoterapi alanların aşağılama maruz kalma ortalamaları ($\bar{x}=8.75$) almayanların ortalamalarından ($\bar{x}=3.12$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Hasta grubunda psikoterapi alınıp alınmamasına göre Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği Tehdit Maruz Kalma alt ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [$z=-2.349$; $p<.05$]. Psikoterapi alanların tehdit maruz kalma ortalamaları ($\bar{x}=13.75$) almayanların ortalamalarından ($\bar{x}=5.48$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Hasta grubunda psikoterapi alınıp alınmamasına göre Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği Duygusal İstismar Uygulama toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur [$z=-2.555$; $p<.05$]. Psikoterapi alanların duygusal istismar uygulama ortalamaları ($\bar{x}=55.75$) almayanların ortalamalarından ($\bar{x}=33.69$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Hasta grubunda psikoterapi alınıp alınmamasına göre Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği Duygusal İstismara Maruz Kalma toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur [$z=-2.290$; $p<.05$]. Psikoterapi alanların duygusal istismara maruz kalma ortalamaları ($\bar{x}=53.13$) almayanların ortalamalarından ($\bar{x}=31.48$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Hasta grubunda psikoterapi alınıp alınmamasına göre Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur [$z=-2.501$; $p<.05$]. Psikoterapi alanların duygusal istismar toplam puan ortalamaları ($\bar{x}=108.88$) almayanların ortalamalarından ($\bar{x}=65.17$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Hasta grubunda psikoterapi alınıp alınmamasına göre Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [$z=-2.714$; $p<.05$]. Psikoterapi almayanların cinsle yaşam kalitesi ortalamaları ($\bar{x}=73.78$) alanların ortalamalarından ($\bar{x}=45.69$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

6.3.14 Hasta grubunda çift terapisi alınıp alınmamasına göre cinsel yaşam kalitesi ölçeğinden ve çok boyutlu duygusal istismar ölçeği bakımından dağılımları

Çizelge 6.20’de hasta grubunda çift terapisi alınıp alınmamasına göre Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeğinden ve Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeğinden alınan ortalama puanlar, standart sapmalar ve Mann Whitney U testi bulguları verilmiştir.

Çizelge 6.20: Hasta Grubunda Çift Terapisi Alınıp Alınmamasına Göre Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeğinden ve Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeğinden Alınan Ortalama Puanlar, Standart Sapmalar ve Mann Whitney U Testi Bulguları

	Çift Terapisi	N	Ort	SS	z	p
U-Kontrol	Evet	7	16.71	4.192	-2.844	.004*
	Hayır	43	8.88	6.741		
U-Aşağılama	Evet	7	8.86	5.669	-3.157	.002*
	Hayır	43	2.63	4.077		
U-Düşmanca Geri Çekilme	Evet	7	24.29	8.420	-1.596	.111
	Hayır	43	17.33	10.330		
U-Tehdit	Evet	7	11.71	6.448	-2.818	.005*
	Hayır	43	4.42	5.985		
M-Kontrol	Evet	7	14.57	5.740	-2.875	.004*
	Hayır	43	6.42	6.434		
M-Aşağılama	Evet	7	8.14	3.237	-2.741	.006*
	Hayır	43	3.35	4.840		
M-Düşmanca Geri Çekilme	Evet	7	21.00	5.888	-1.498	.134
	Hayır	43	15.84	10.172		
M-Tehdit	Evet	7	11.43	4.614	-2.354	.019*
	Hayır	43	6.05	8.745		
Duygusal İstismar Uygulama	Evet	7	61.57	17.971	-2.853	.004*
	Hayır	43	33.26	21.697		
Duygusal İstismara Maruz Kalma	Evet	7	55.14	16.355	-2.406	.016*
	Hayır	43	31.65	23.925		
Duygusal İstismar Toplam	Evet	7	116.71	31.821	-2.615	.009*
	Hayır	43	64.91	45.004		
Cinsel Yaşam Kalitesi	Evet	7	46.03	30.367	-2.140	.032*
	Hayır	43	73.07	22.197		

p<.05

Hasta grubunda çift terapisi alınıp alınmamasına göre Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği Kontrol Uygulama alt ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [z=-2.844; p<.05]. Çift terapisi alanların kontrol uygulama ortalamaları (\bar{x} =16.71) almayanların ortalamalarından (\bar{x} =8.88) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Hasta grubunda çift terapisi alınıp alınmamasına göre Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği Aşağılama Uygulama alt ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [$z=-3.157$; $p<.05$]. Çift terapisi alanların aşağılama uygulama ortalamaları ($\bar{x}=8.86$) almayanların ortalamalarından ($\bar{x}=2.63$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Hasta grubunda çift terapisi alınıp alınmamasına göre Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği Tehdit Uygulama alt ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [$z=-2.818$; $p<.05$]. Çift terapisi alanların tehdit uygulama ortalamaları ($\bar{x}=11.71$) almayanların ortalamalarından ($\bar{x}=4.42$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Hasta grubunda çift terapisi alınıp alınmamasına göre Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği Kontrol Maruz Kalma alt ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [$z=-2.875$; $p<.05$]. Çift terapisi alanların kontrol maruz kalma ortalamaları ($\bar{x}=14.57$) almayanların ortalamalarından ($\bar{x}=6.42$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Hasta grubunda çift terapisi alınıp alınmamasına göre Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği Aşağılama Maruz Kalma alt ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [$z=-2.741$; $p<.05$]. Çift terapisi alanların aşağılama maruz kalma ortalamaları ($\bar{x}=8.14$) almayanların ortalamalarından ($\bar{x}=3.35$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Hasta grubunda çift terapisi alınıp alınmamasına göre Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği Tehdit Maruz Kalma alt ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [$z=-2.354$; $p<.05$]. Çift terapisi alanların tehdit maruz kalma ortalamaları ($\bar{x}=11.43$) almayanların ortalamalarından ($\bar{x}=6.05$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Hasta grubunda çift terapisi alınıp alınmamasına göre Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği Duygusal İstismar Uygulama toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur [$z=-2.853$; $p<.05$]. Çift terapisi alanların duygusal istismar uygulama ortalamaları ($\bar{x}=61.57$) almayanların ortalamalarından ($\bar{x}=33.26$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Hasta grubunda çift terapisi alınıp alınmamasına göre Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği Duygusal İstismara Maruz Kalma toplam puan ortalamaları arasında

anlamli fark bulunmuştur [$z=-2.406$; $p<.05$]. Çift terapisi alanların duygusal istismara maruz kalma ortalamaları ($\bar{x}=65.14$) almayanların ortalamalarından ($\bar{x}=31.65$) anlamli şekilde yüksek bulunmuştur.

Hasta grubunda çift terapisi alınıp alınmamasına göre Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği Duygusal İstismar toplam puan ortalamaları arasında anlamli fark bulunmuştur [$z=-2.615$; $p<.05$]. Çift terapisi alanların duygusal istismar toplam puan ortalamaları ($\bar{x}=116.17$) almayanların ortalamalarından ($\bar{x}=64.91$) anlamli şekilde yüksek bulunmuştur.

Hasta grubunda çift terapisi alınıp alınmamasına göre Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında anlamli fark bulunmuştur [$z=-2.140$; $p<.05$]. Çift terapisi almayanların cinsel yaşam kalitesi ortalamaları ($\bar{x}=73.07$) alanların ortalamalarından ($\bar{x}=46.03$) anlamli şekilde yüksek bulunmuştur.

6.4 Kontrol Grubunun Çeşitli Değişkenler Açısından Cinsel Yaşam Kalitelerinin ve Duygusal İstismara Maruz Kalma Düzeylerinin Karşılaştırılması

6.4.1 Kontrol grubunun demografik değişkenler açısından cinsel yaşam kalitelerinin ve duygusal istismara maruz kalma düzeylerinin karşılaştırılması

Kontrol grubunda çalışma durumlarına, aile üyeleri dışında evde kalan birisi olup olmamasına göre Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeğinden ve Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında anlamli fark bulunmamıştır. Gelir durumuna göre Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeğinden alınan puanlar arasında anlamli fark bulunmamıştır.

Çizelge 6.21'de kontrol grubunda gelir durumuna göre Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeğinden alınan ortalama puanlar, standart sapmalar, Kruskal Wallis ve Mann Whitney U testi bulguları verilmiştir.

Çizelge 6.21: Kontrol Grubunda Gelir Durumuna Göre Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Alınan Ortalama Puanlar, Standart Sapmalar, Kruskal Wallis Testi ve Mann Whitney U Testi Bulguları

	Gelir Durumu	N	Ort	SS	χ^2	p	z
Cinsel Yaşam Kalitesi	1400 ve ↓	7	71.11	15.922	15.728	.003*	-1400 < 3001-4500;
	1401-3000	11	81.92	18.068			
	3001-4500	17	87.25	10.887			
	4501-6000	9	94.44	8.589			
	6000 ve ↑	6	96.85	3.016			z=-2.321; p=.020 1401-3000 < 6000 z=-2.125; p=.034 3001-4500<6000 z=-2.079; p=.038
	Toplam	50	86.27	14.585			

Kontrol grubunda gelir durumuna göre Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [$\chi^2(4)=15.728$; $p<.05$]. Farkın kaynağının tespit edilmesi amacıyla yürütülen Mann Whitney U testi sonucunda, gelir durumu 1400 TL ve altında olanların cinsel yaşam kalitesi ortalamaları ($\bar{x}=71.11$) gelir durumu 3001-4500 TL arasında olanların ortalamalarından ($\bar{x}=87.25$) anlamlı şekilde düşük bulunmuştur [$z=-2.321$; $p=.020$]. Gelir durumu 1401-3000 TL arasında olanların cinsel yaşam kalitesi ortalamaları ($\bar{x}=81.92$) gelir durumu 6000 TL ve üstünde olanların ortalamalarından ($\bar{x}=96.85$) anlamlı şekilde düşük bulunmuştur [$z=-2.125$; $p=.034$]. Gelir durumu 3001-4500 TL arasında olanların cinsel yaşam kalitesi ortalamaları ($\bar{x}=87.25$) gelir durumu 6000 TL ve üstünde olanların ortalamalarından ($\bar{x}=96.85$) anlamlı şekilde düşük bulunmuştur [$z=-2.079$; $p=.038$].

6.4.2 Kontrol grubunda eğitim durumuna göre cinsel yaşam kalitesi ölçeğinden ve çok boyutlu duygusal istismar ölçeği bakımından dağılımları

Çizelge 6.22’de kontrol grubunda eğitim durumuna göre Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeğinden ve Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeğinden alınan ortalama puanlar, standart sapmalar ve bağımsız örneklem t testi bulguları verilmiştir.

Çizelge 6.22: Kontrol Grubunda Eğitim Durumuna Göre Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeğinden ve Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeğinden Alınan Ortalama Puanlar, Standart Sapmalar ve t testi Bulguları

	Eğitim Durumu	N	Ort	SS	t	p
U-Aşağılama	Lise ve altı	20	3.30	4.293	2.695	.014*
	Lisans ve üstü	30	.67	.994		
M-Aşağılama	Lise ve altı	20	4.05	5.266	2.254	.035*
	Lisans ve üstü	30	1.30	1.745		
M-Tehdit	Lise ve altı	20	6.35	7.471	2.604	.015*
	Lisans ve üstü	30	1.70	3.456		
Duygusal İstismar Uygulama	Lise ve altı	20	33.30	18.397	2.212	.032*
	Lisans ve üstü	30	23.37	13.376		
Duygusal İstismara Maruz Kalma	Lise ve altı	20	31.95	21.087	1.830	.076
	Lisans ve üstü	30	21.80	16.007		
Duygusal İstismar Toplam	Lise ve altı	20	65.25	38.170	2.005	.053
	Lisans ve üstü	30	45.17	28.698		
Cinsel Yaşam Kalitesi	Lise ve altı	20	78.67	14.593	-3.298	.002*
	Lisans ve üstü	30	91.33	12.391		

Kontrol grubunda eğitim durumuna göre Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği Aşağılama Uygulama alt ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [$t=2.695$; $p<.05$]. Eğitimi lise ve altı düzeyde olanların aşağılama uygulama ortalamaları ($\bar{x}=3.30$) eğitimi lisans ve üstü düzeyde olanların ortalamalarından ($\bar{x}=.67$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Kontrol grubunda eğitim durumuna göre Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği Aşağılamaya Maruz Kalma alt ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [$t=2.254$; $p<.05$]. Eğitimi lise ve altı düzeyde olanların aşağılamaya maruz kalma ortalamaları ($\bar{x}=4.05$) eğitimi lisans ve üstü düzeyde olanların ortalamalarından ($\bar{x}=1.30$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Kontrol grubunda eğitim durumuna göre Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği Tehdide Maruz Kalma alt ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [$t=2.604$; $p<.05$]. Eğitimi lise ve altı düzeyde olanların tehde maruz kalma ortalamaları ($\bar{x}=6.35$) eğitimi lisans ve üstü düzeyde olanların ortalamalarından ($\bar{x}=1.70$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Kontrol grubunda eğitim durumuna göre Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği Duygusal İstismar Uygulama toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur [t=2.212; p<.05]. Eğitim durumu lise ve altı düzeyde olanların duygusal istismar toplam puan ortalamaları (\bar{x} =33.30) eğitim durumu lisans ve üstü düzeyde olanların ortalamalarından (\bar{x} =23.37) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Kontrol grubunda eğitim durumuna göre Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeğinin diğer alt boyutlarından alınan ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Kontrol grubunda eğitim durumuna göre Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [t=-3.298; p<.05]. Eğitimi lisans ve üstü düzeyde olanların cinsel yaşama kalitesi ortalamaları (\bar{x} =91.33) eğitimi lise ve altı düzeyde olanların ortalamalarından (\bar{x} =78.67) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

6.4.3 Kontrol grubunda eşin eğitim durumuna göre cinsel yaşam kalitesi ölçeğinden ve çok boyutlu duygusal istismar ölçeği bakımında dağılımları

Çizelge 6.23’de kontrol grubunda eşin eğitim durumuna göre Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeğinden ve Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeğinden alınan ortalama puanlar, standart sapmalar ve bağımsız örneklem t testi bulguları verilmiştir.

Çizelge 6.23: Kontrol Grubunda Eşin Eğitim Durumuna Göre Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeğinden ve Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeğinden Alınan Ortalama Puanlar, Standart Sapmalar ve t testi Bulguları

	Eşin Eğitim Durumu	N	Ort	SS	t	p
U-Aşağılama	Lise ve altı	23	3.09	4.033	2.938	.007*
	Lisans ve üstü	27	.56	.974		
U-Tehdit	Lise ve altı	23	3.83	4.345	2.296	.027*
	Lisans ve üstü	27	1.26	3.404		
M-Aşağılama	Lise ve altı	23	4.22	4.972	3.201	.004*
	Lisans ve üstü	27	.85	.907		
M-Tehdit	Lise ve altı	23	6.22	7.249	3.062	.005*
	Lisans ve üstü	27	1.30	2.839		
Duygusal İstismar Uygulama	Lise ve altı	23	33.70	17.272	2.730	.009*
	Lisans ve üstü	27	21.93	13.185		
Duygusal İstismara Maruz Kalma	Lise ve altı	23	32.83	20.577	2.502	.017*
	Lisans ve üstü	27	19.93	14.850		
Duygusal İstismar Toplam	Lise ve altı	23	66.52	36.418	2.665	.011*
	Lisans ve üstü	27	41.85	27.505		
Cinsel Yaşam Kalitesi	Lise ve altı	23	78.36	13.657	-4.060	.000*
	Lisans ve üstü	27	93.00	11.859		

Kontrol grubunda eşin eğitim durumuna göre Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği Aşağılama Uygulama alt ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [t=2.938; p<.05]. Eğitimi lise ve altı düzeyde olanların aşağılama uygulama ortalamaları (\bar{x} =3.09) eğitimi lisans ve üstü düzeyde olanların ortalamalarından (\bar{x} =1.56) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Kontrol grubunda eşin eğitim durumuna göre Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği Tehdit Uygulama alt ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [t=2.296; p<.05]. Eğitimi lise ve altı düzeyde olanların tehdit uygulama ortalamaları (\bar{x} =3.83) eğitimi lisans ve üstü düzeyde olanların ortalamalarından (\bar{x} =1.26) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Kontrol grubunda eşin eğitim durumuna göre Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği Aşağılamaya Maruz Kalma alt ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [t=3.201; p<.05]. Eğitimi lise ve altı düzeyde olanların aşağılamaya maruz kalma ortalamaları (\bar{x} =4.22) eğitimi lisans ve üstü düzeyde olanların ortalamalarından (\bar{x} =1.85) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Kontrol grubunda eşin eğitim durumuna göre Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği Tehdide Maruz Kalma alt ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [t=3.062; p<.05]. Eğitimi lise ve altı düzeyde olanların tehdede maruz kalma ortalamaları (\bar{x} =6.22) eğitimi lisans ve üstü düzeyde olanların ortalamalarından (\bar{x} =1.30) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Kontrol grubunda eşin eğitim durumuna göre Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği Duygusal İstismar Uygulama toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur [t=2.730; p<.05]. Eşinin eğitim durumu lise ve altı olanların duygusal istismar uygulama ortalamaları (\bar{x} =33.70) eşinin eğitim durumu lisans ve üstü olanların ortalamalarından (\bar{x} =21.93) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Kontrol grubunda eşin eğitim durumuna göre Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği Duygusal İstismara Maruz Kalma toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur [t=2.502; p<.05]. Eşinin eğitim durumu lise ve altı olanların duygusal istismara maruz kalma ortalamaları (\bar{x} =32.83) eşinin eğitim durumu lisans ve üstü olanların ortalamalarından (\bar{x} =19.93) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Kontrol grubunda eşin eğitim durumuna göre Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği Duygusal İstismar toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur

[$t=2.665$; $p<.05$]. Eşinin eğitim durumu lise ve altı olanların duygusal istismar toplam puan ortalamaları ($\bar{x}=66.52$) eşinin eğitim durumu lisans ve üstü olanların ortalamalarından ($\bar{x}=41.85$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Kontrol grubunda eşin eğitim durumuna göre Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeğinin diğer alt boyutlarından alınan ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Kontrol grubunda eşin eğitim durumuna göre Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [$t=-4.060$; $p<.05$]. Eğitimi lisans ve üstü düzeyde olanların cinsel yaşama kalitesi ortalamaları ($\bar{x}=93.00$) eğitimi lise ve altı düzeyde olanların ortalamalarından ($\bar{x}=78.36$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

6.4.4 Kontrol grubunun evlilikle ilgili değişkenler açısından cinsel yaşam kalitelerinin ve duygusal istismara maruz kalma düzeylerinin karşılaştırılması

Kontrol grubunda şimdiki eşi ile evlenme biçimine, aile onayına ve çocuk sayısına göre Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeğinden ve Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeğinden alınan puanlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Evlilik süresine göre Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeğinden alınan puanlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Çizelge 6.24'te kontrol grubunda evlilik süresine göre Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeğinden alınan ortalama puanlar, standart sapmalar, Kruskal Wallis ve Mann Whitney U testi bulguları verilmiştir.

Çizelge 6.24: Kontrol Grubunda Evlilik Süresine Göre Cinsel Yaşam Kalitesi Alınan Ortalama Puanlar, Standart Sapmalar ve t testi Bulguları

	Evlilik Süresi	N	Ort	SS	χ^2	p	z
Cinsel Yaşam Kalitesi	1-3 yıl	18	93.58	8.458	11.729	.008*	1-3 > 3-5
	3-5 yıl	6	81.11	12.630			$z=-2.567$; $p=.009$
	5-15 yıl	18	85.80	14.851			1-3 > 15 ve ↑
	15 yıl ve ↑	8	74.72	18.779			$z=-2.751$; $p=.006$
	Toplam	50	86.27	14.585			

Kontrol grubunda evlilik süresine göre Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [$\chi^2(3)=11.729$; $p<.05$]. Farkın

kaynağının tespit edilmesi amacıyla yürütülen Mann Whitney U testi sonucunda evlilik süresi 1-3 yıl arasında olanların cinsel yaşam kalitesi ortalamaları ($\bar{x}=93.58$) evlilik süresi 3-5 yıl arasında olanların ortalamalarından ($\bar{x}=81.11$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur [$z=-2.567$; $p=.009$]. Evlilik süresi 1-3 yıl arasında olanların cinsel yaşam kalitesi ortalamaları ($\bar{x}=93.58$) evlilik süresi 15 yıl ve üzerinde olanların ortalamalarından ($\bar{x}=74.72$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur [$z=-2.751$; $p=.006$].

6.4.5 Kontrol grubunun travmatik olay yaşantısı değişkenleri açısından cinsel yaşam kalitelerinin ve duygusal istismara maruz kalma düzeylerinin karşılaştırılması

Kontrol grubunda doğal afet, fiziksel saldırı, ciddi hastalık, aile içi şiddet, cinsel istismar, fiziksel şiddet, duygusal şiddet travmatik yaşantılarının bulunup bulunmamasına göre bağımsız değişken kategorilerine dağılan katılımcı sayısının uygun bulunmayışı nedeniyle ölçeklerden alınan puanlar arasında karşılaştırma yapılmamıştır. Kontrol grubunda aile üyelerinden birinin kaybedilip kaybedilmemesine, ayrılığa, ciddi kaza geçirip geçirmemeye, ölçeklerden alınan puanlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Çizelge 6.25'te kontrol grubunda hastane ortamında bulunup bulunmamaya göre Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeğinden ve Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeğinden alınan ortalama puanlar, standart sapmalar ve bağımsız örneklem t testi bulguları verilmiştir.

Çizelge 6.25: Kontrol Grubunda Hastane Ortamında Bulunup Bulunmamaya Göre Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeğinden ve Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeğinden Alınan Ortalama Puanlar, Standart Sapmalar ve t testi Bulguları

	Hastane Ortamı	N	Ort	SS	t	p
U-Düşmanca Geri Çekilme	Evet	16	20.00	9.165	2.183	.034*
	Hayır	34	14.18	8.625		
Duygusal İstismar Uygulama	Evet	16	35.25	18.039	2.497	.016*
	Hayır	34	23.62	13.981		
Duygusal İstismara Maruz Kalma	Evet	16	35.50	20.887	2.651	.011*
	Hayır	34	21.32	15.941		
Duygusal İstismar Toplam	Evet	16	70.75	37.380	2.660	.011*
	Hayır	34	44.94	29.233		
Cinsel Yaşam Kalitesi	Evet	16	79.65	15.330	-2.293	.026*
	Hayır	34	89.38	13.337		

Kontrol grubunda hastane ortamında bulunup bulunmamaya göre Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği Düşmanca Geri Çekilme Uygulama alt ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [$t=2.183$; $p<.05$]. Hastane ortamında bulunmuş olanların düşmanca geri çekilme uygulama ortalamaları ($\bar{x}=20.00$) hastane ortamında bulunmayanların ortalamalarından ($\bar{x}=14.18$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Kontrol grubunda hastane ortamında bulunup bulunmamaya göre Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği Duygusal İstismar Uygulama toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur [$t=2.497$; $p<.05$]. Hastane ortamında bulunmuş olanların duygusal istismar uygulama ortalamaları ($\bar{x}=35.25$) bulunmayanların ortalamalarından ($\bar{x}=23.62$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Kontrol grubunda hastane ortamında bulunup bulunmamaya göre Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği Duygusal İstismara Maruz Kalma toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur [$t=2.651$; $p<.05$]. Hastane ortamında bulunmuş olanların duygusal istismara maruz kalma ortalamaları ($\bar{x}=35.50$) bulunmayanların ortalamalarından ($\bar{x}=21.32$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Kontrol grubunda hastane ortamında bulunup bulunmamaya göre Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği Duygusal İstismar toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur [$t=2.660$; $p<.05$]. Hastane ortamında bulunmuş olanların duygusal istismar toplam puan ortalamaları ($\bar{x}=70.75$) bulunmayanların ortalamalarından ($\bar{x}=44.94$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Kontrol grubunda hastane ortamında bulunup bulunmamaya göre Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeğinin diğer alt boyutlarından alınan ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Kontrol grubunda hastane ortamında bulunup bulunmamaya göre Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [$t=-2.293$; $p<.05$]. Hastane ortamında bulunanların cinsel yaşam kalitesi ortalamaları ($\bar{x}=79.65$) hastane ortamında bulunmayanların ortalamalarından ($\bar{x}=89.38$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

6.4.6 Kontrol grubunda travmatik olay yaşantısına göre cinsel yaşam kalitesi ölçeğinden ve çok boyutlu duygusal istismar ölçeği bakımından dağılımları

Çizelge 6.26'da kontrol grubunda travmatik olay yaşantısına göre Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeğinden ve Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeğinden alınan ortalama puanlar, standart sapmalar ve bağımsız örneklem t testi bulguları verilmiştir.

Çizelge 6.26: Kontrol Grubunda Travmatik Olay Yaşantısına Göre Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeğinden ve Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeğinden Alınan Ortalama Puanlar, Standart Sapmalar ve t testi Bulguları

	Travmatik olay	N	Ort	SS	t	p
U-Kontrol	Evet	31	8.58	6.281	-2.257	.029*
	Hayır	19	4.79	4.779		
U-Aşağılama	Evet	31	2.42	3.659	-2.624	.012*
	Hayır	19	.58	1.071		
U-Düşmanca Geri Çekilme	Evet	31	19.19	9.628	-3.450	.001*
	Hayır	19	10.89	5.227		
U-Tehdit	Evet	31	3.35	4.579	-2.442	.018*
	Hayır	19	.95	2.368		
M-Kontrol	Evet	31	7.87	6.815	-2.991	.004*
	Hayır	19	3.05	4.564		
M-Aşağılama	Evet	31	3.23	4.522	-2.480	.018*
	Hayır	19	1.05	1.433		
M-Düşmanca Geri Çekilme	Evet	31	16.81	11.391	-2.772	.008*
	Hayır	19	9.05	5.431		
M-Tehdit	Evet	31	5.23	6.776	-3.398	.002*
	Hayır	19	.84	1.864		
Duygusal İstismar Uygulama	Evet	31	33.55	16.609	-4.541	.000*
	Hayır	19	17.21	8.766		
Duygusal İstismara Maruz Kalma	Evet	31	33.13	19.531	-4.740	.000*
	Hayır	19	14.00	8.699		
Duygusal İstismar Toplam	Evet	31	66.68	34.828	-4.812	.000*
	Hayır	19	31.21	16.995		
Cinsel Yaşam Kalitesi	Evet	31	83.91	15.576	1.479	.146
	Hayır	19	90.12	12.227		

Kontrol grubunda travmatik olay yaşantısı bulunup bulunmamasına göre Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği Kontrol Uygulama alt ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [$t=-2.257$; $p<.05$]. Travmatik olay yaşantısı bulunanların kontrol uygulama ortalamaları ($\bar{x}=8.58$) bulunmayanların ortalamalarından ($\bar{x}=4.79$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Kontrol grubunda travmatik olay yaşantısı bulunup bulunmamasına göre Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği Aşağılama Uygulama alt ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [$t=-2.624$; $p<.05$]. Travmatik olay yaşantısı bulunanların aşağılama uygulama ortalamaları ($\bar{x}=2.42$) bulunmayanların ortalamalarından ($\bar{x}=.58$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Kontrol grubunda travmatik olay yaşantısı bulunup bulunmamasına göre Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği Düşmanca Geri Çekilme Uygulama alt ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [$t=-3.450$; $p<.05$]. Travmatik olay yaşantısı bulunanların düşmanca geri çekilme uygulama ortalamaları ($\bar{x}=19.19$) bulunmayanların ortalamalarından ($\bar{x}=10.89$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Kontrol grubunda travmatik olay yaşantısı bulunup bulunmamasına göre Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği Tehdit Uygulama alt ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [$t=-2.442$; $p<.05$]. Travmatik olay yaşantısı bulunanların tehdit uygulama ortalamaları ($\bar{x}=3.35$) bulunmayanların ortalamalarından ($\bar{x}=.95$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Kontrol grubunda travmatik olay yaşantısı bulunup bulunmamasına göre Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği Kontrole Maruz Kalma alt ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [$t=-2.991$; $p<.05$]. Travmatik olay yaşantısı bulunanların kontrole maruz kalma ortalamaları ($\bar{x}=7.87$) bulunmayanların ortalamalarından ($\bar{x}=3.05$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Kontrol grubunda travmatik olay yaşantısı bulunup bulunmamasına göre Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği Aşağılamaya Maruz Kalma alt ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [$t=-2.480$; $p<.05$]. Travmatik olay yaşantısı bulunanların aşağılamaya maruz kalma ortalamaları ($\bar{x}=3.23$) bulunmayanların ortalamalarından ($\bar{x}=1.05$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Kontrol grubunda travmatik olay yaşantısı bulunup bulunmamasına göre Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği Düşmanca Geri Çekilmeye Maruz Kalma alt ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [$t=-2.772$; $p<.05$]. Travmatik olay yaşantısı bulunanların düşmanca geri çekilmeye maruz kalma ortalamaları ($\bar{x}=16.81$) bulunmayanların ortalamalarından ($\bar{x}=9.05$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Kontrol grubunda travmatik olay yaşantısı bulunup bulunmamasına göre Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği Tehdide Maruz Kalma alt ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [$t=-3.398$; $p<.05$]. Travmatik olay yaşantısı bulunanların tehdide maruz kalma ortalamaları ($\bar{x}=5.23$) bulunmayanların ortalamalarından ($\bar{x}=.84$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Kontrol grubunda travmatik olay yaşantısı bulunup bulunmamasına göre Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği Duygusal İstismar Uygulama toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur [$t=-4.541$; $p<.05$]. Travmatik olay yaşantısı bulunanların duygusal istismar uygulama toplam puan ortalamaları ($\bar{x}=33.55$) bulunmayanların ortalamalarından ($\bar{x}=17.21$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Kontrol grubunda travmatik olay yaşantısı bulunup bulunmamasına göre Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği Duygusal İstismara Maruz Kalma toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur [$t=-4.740$; $p<.05$]. Travmatik olay yaşantısı bulunanların duygusal istismara maruz kalma toplam puan ortalamaları ($\bar{x}=33.13$) bulunmayanların ortalamalarından ($\bar{x}=14.00$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Kontrol grubunda travmatik olay yaşantısı bulunup bulunmamasına göre Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği Duygusal İstismar toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur [$t=-4.812$; $p<.05$]. Travmatik olay yaşantısı bulunanların duygusal istismar toplam puan ortalamaları ($\bar{x}=66.68$) bulunmayanların ortalamalarından ($\bar{x}=31.21$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Kontrol grubunda travmatik olay yaşantısı bulunup bulunmamasına göre Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

6.4.7 Kontrol grubunun psikolojik destek değişkenleri açısından cinsel yaşam kalitelerinin ve duygusal istismara maruz kalma düzeylerinin karşılaştırılması

Çizelge 6.27’de kontrol grubunda psikolojik rahatsızlık bulunup bulunmamasına göre Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeğinden ve Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeğinden alınan ortalama puanlar, standart sapmalar ve Mann Whitney U testi bulguları verilmiştir.

Çizelge 6.27: Kontrol Grubunda Psikolojik Rahatsızlık Bulunup Bulunmamasına Göre Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeğinden ve Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeğinden Alınan Ortalama Puanlar, Standart Sapmalar ve Mann Whitney U testi Bulguları

	Psikolojik Rahatsızlık	N	Ort	SS	z	p
U-Kontrol	Evet	8	13.13	5.793	-2.966	.003*
	Hayır	42	6.00	5.383		
U-Aşağılama	Evet	8	4.88	4.390	-3.038	.002*
	Hayır	42	1.12	2.381		
M-Kontrol	Evet	8	12.25	6.628	-2.571	.010*
	Hayır	42	4.86	5.775		
M-Aşağılama	Evet	8	5.63	4.984	-2.534	.011*
	Hayır	42	1.79	3.250		
Duygusal İstismar Uygulama	Evet	8	42.75	16.360	-2.780	.005*
	Hayır	42	24.40	14.540		
Duygusal İstismar Toplam	Evet	8	82.50	35.218	-2.409	.016*
	Hayır	42	47.62	31.058		
Cinsel Yaşam Kalitesi	Evet	8	64.58	15.617	-3.670	.000*
	Hayır	42	90.40	10.168		

Kontrol grubunda psikolojik rahatsızlık bulunup bulunmamasına göre Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği Kontrol Uygulama alt ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [$z=-2.966$; $p<.05$]. Psikolojik rahatsızlığı olanların kontrol uygulama ortalamaları ($\bar{x}=13.13$) olmayanların ortalamalarından ($\bar{x}=6.00$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Kontrol grubunda psikolojik rahatsızlık bulunup bulunmamasına göre Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği Aşağılama Uygulama alt ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [$z=-3.038$; $p<.05$]. Psikolojik rahatsızlığı olanların aşağılama uygulama ortalamaları ($\bar{x}=4.88$) olmayanların ortalamalarından ($\bar{x}=1.12$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Kontrol grubunda psikolojik rahatsızlık bulunup bulunmamasına göre Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği Kontrole Maruz Kalma alt ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [$z=-2.571$; $p<.05$]. Psikolojik rahatsızlığı olanların kontrole maruz kalma ortalamaları ($\bar{x}=12.25$) olmayanların ortalamalarından ($\bar{x}=4.86$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Kontrol grubunda psikolojik rahatsızlık bulunup bulunmamasına göre Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği Aşağılamaya Maruz Kalma alt ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [$z=-2.534$; $p<.05$]. Psikolojik rahatsızlığı olanların aşağılamaya maruz kalma ortalamaları ($\bar{x}=5.63$) olmayanların ortalamalarından ($\bar{x}=1.79$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Kontrol grubunda psikolojik rahatsızlık bulunup bulunmamasına göre Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği Duygusal İstismar Uygulama toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur [$z=-2.780$; $p<.05$]. Psikolojik rahatsızlığı olanların duygusal istismar uygulama toplam puan ortalamaları ($\bar{x}=42.75$) bulunmayanların ortalamalarından ($\bar{x}=24.40$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Kontrol grubunda psikolojik rahatsızlık bulunup bulunmamasına göre Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur [$z=-2.409$; $p<.05$]. Psikolojik rahatsızlığı olanların duygusal istismar toplam puan ortalamaları ($\bar{x}=82.50$) bulunmayanların ortalamalarından ($\bar{x}=47.62$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Kontrol grubunda psikolojik rahatsızlık bulunup bulunmamasına göre Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [$z=-3.670$; $p<.05$]. Psikolojik rahatsızlığı bulunmayanların cinsel yaşam kalitesi ortalamaları ($\bar{x}=9.40$) bulunanların ortalamalarından ($\bar{x}=64.58$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

6.4.8 Kontrol grubunda psikolojik destek alıp almamaya göre cinsel yaşam kalitesi ölçeğinden ve çok boyutlu duygusal istismar ölçeği bakımından dağılımları

Çizelge 6.28'de kontrol grubunda psikolojik destek alınıp alınmamasına göre Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeğinden ve Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeğinden alınan ortalama puanlar, standart sapmalar ve Mann Whitney U testi bulguları verilmiştir.

Çizelge 6.28: Kontrol Grubunda Psikolojik Destek Alıp Almamaya Göre Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeğinden ve Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeğinden Alınan Ortalama Puanlar, Standart Sapmalar ve Mann Whitney U testi Bulguları

	Psikolojik Destek	N	Ort	SS	z	p
U-Kontrol	Evet	8	13.13	5.793	-2.966	.003*
	Hayır	42	6.00	5.383		
U-Aşağılama	Evet	8	4.88	4.390	-3.038	.002*
	Hayır	42	1.12	2.381		
U-Tehdit	Evet	8	5.50	4.899	-2.048	.041*
	Hayır	42	1.86	3.633		
M-Kontrol	Evet	8	12.25	6.628	-2.571	.010*
	Hayır	42	4.86	5.775		
M-Aşağılama	Evet	8	5.63	4.984	-2.534	.011*
	Hayır	42	1.79	3.250		
Duygusal İstismar Uygulama	Evet	8	42.75	16.360	-2.780	.005*
	Hayır	42	24.40	14.540		
Duygusal İstismar Toplam	Evet	8	82.50	35.218	-2.409	.016*
	Hayır	42	47.62	31.058		
Cinsel Yaşam Kalitesi	Evet	8	64.58	15.617	-3.670	.000*
	Hayır	42	90.40	10.168		

Kontrol grubunda psikolojik destek alıp almamaya göre Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği Kontrol Uygulama alt ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [$z=-2.966$; $p<.05$]. Psikolojik destek alanların kontrol uygulama ortalamaları ($\bar{x}=13.13$) almayanların ortalamalarından ($\bar{x}=6.00$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Kontrol grubunda psikolojik destek alıp almamaya göre Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği Aşağılama Uygulama alt ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [$z=-3.038$; $p<.05$]. Psikolojik destek alanların aşağılama uygulama ortalamaları ($\bar{x}=4.88$) almayanların ortalamalarından ($\bar{x}=1.12$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Kontrol grubunda psikolojik destek alıp almamaya göre Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği Tehdit Uygulama alt ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [$t=-2.048$; $p<.05$]. Psikolojik destek alanların tehdit uygulama ortalamaları ($\bar{x}=5.50$) almayanların ortalamalarından ($\bar{x}=1.86$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Kontrol grubunda psikolojik destek alıp almamaya göre Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği Kontrole Maruz Kalma alt ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [$z=-2.571$; $p<.05$]. Psikolojik destek alanların kontrole maruz kalma ortalamaları ($\bar{x}=12.25$) almayanların ortalamalarından ($\bar{x}=4.86$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Kontrol grubunda psikolojik destek alıp almamaya göre Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği Aşağılamaya Maruz Kalma alt ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [$z=-2.534$; $p<.05$]. Psikolojik destek alanların aşağılamaya maruz kalma ortalamaları ($\bar{x}=5.63$) almayanların ortalamalarından ($\bar{x}=1.79$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Kontrol grubunda psikolojik destek alıp almamaya göre Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği Duygusal İstismar Uygulama toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur [$z=-2.780$; $p<.05$]. Psikolojik destek alanların duygusal istismar uygulama ortalamaları ($\bar{x}=42.75$) almayanların ortalamalarından ($\bar{x}=24.40$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Kontrol grubunda psikolojik destek alıp almamaya göre Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur [$z= 2.409$; $p<.05$]. Psikolojik destek alanların duygusal istismar toplam puan ortalamaları ($\bar{x}=82.50$) almayanların ortalamalarından ($\bar{x}=47.62$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Kontrol grubunda psikolojik destek alıp almamaya göre Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeğinin diğer alt ölçeklerinden alınan ortalamalar arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Kontrol grubunda psikolojik destek alıp almamaya göre Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [$z=-3.670$; $p<.05$]. Psikolojik destek almayanların cinsel yaşam kalitesi ortalamaları ($\bar{x}=90.40$) alanların ortalamalarından ($\bar{x}=64.58$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

6.4.9 Kontrol grubunda ilaç kullanımına göre cinsel yaşam kalitesi ölçeğinden ve çok boyutlu duygusal istismar ölçeği bakımından dağılımları

Çizelge 6.29’da kontrol grubunda ilaç kullanımına göre Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeğinden ve Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeğinden alınan ortalama puanlar, standart sapmalar ve Mann Whitney U testi bulguları verilmiştir.

Çizelge 6.29: Kontrol Grubunda İlaç Kullanımına Göre Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeğinden ve Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeğinden Alınan Ortalama Puanlar, Standart Sapmalar ve Mann Whitney U testi Bulguları

	İlaç Kullanımı	N	Ort	SS	z	p
U-Kontrol	Evet	8	13.13	5.793	-2.966	.003*
	Hayır	42	6.00	5.383		
U-Aşağılama	Evet	8	4.88	4.390	-3.038	.002*
	Hayır	42	1.12	2.381		
U-Tehdit	Evet	8	5.50	4.899	-2.048	.041*
	Hayır	42	1.86	3.633		
M-Kontrol	Evet	8	12.25	6.628	-2.571	.010*
	Hayır	42	4.86	5.775		
M-Aşağılama	Evet	8	5.63	4.984	-2.534	.011*
	Hayır	42	1.79	3.250		
Duygusal İstismar Uygulama	Evet	8	42.75	16.360	-2.780	.005*
	Hayır	42	24.40	14.540		
Duygusal İstismar Toplam	Evet	8	82.50	35.218	-2.409	.016*
	Hayır	42	47.62	31.058		
Cinsel Yaşam Kalitesi	Evet	8	64.58	15.617	-3.670	.000*
	Hayır	42	90.40	10.168		

Kontrol grubunda ilaç kullanımına göre Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği Kontrol Uygulama alt ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [$t=-2.966$; $p<.05$]. İlaç kullananların kontrol uygulama ortalamaları ($\bar{x}=13.13$) kullanmayanların ortalamalarından ($\bar{x}=6.00$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Kontrol grubunda ilaç kullanımına göre Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği Aşağılama Uygulama alt ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [$t=-3.038$; $p<.05$]. İlaç kullananların aşağılama uygulama ortalamaları ($\bar{x}=4.88$) kullanmayanların ortalamalarından ($\bar{x}=1.12$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Kontrol grubunda ilaç kullanımına göre Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği Tehdit Uygulama alt ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [$t=-2.048$; $p<.05$]. İlaç kullananların tehdit uygulama ortalamaları ($\bar{x}=5.50$) kullanmayanların ortalamalarından ($\bar{x}=1.86$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Kontrol grubunda ilaç kullanımına göre Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği Kontrole Maruz Kalma alt ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [$t=-2.571$; $p<.05$]. İlaç kullananların kontrole maruz kalma ortalamaları ($\bar{x}=12.25$) kullanmayanların ortalamalarından ($\bar{x}=4.86$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Kontrol grubunda ilaç kullanımına göre Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği Aşağılamaya Maruz Kalma alt ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [$t=-2.534$; $p<.05$]. İlaç kullananların aşağılamaya maruz kalma ortalamaları ($\bar{x}=5.63$) kullanmayanların ortalamalarından ($\bar{x}=1.79$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Kontrol grubunda ilaç kullanımına göre Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği Duygusal İstismar Uygulama toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur [$z=-2.780$; $p<.05$]. İlaç kullananların duygusal istismar uygulama ortalamaları ($\bar{x}=42.75$) kullanmayanların ortalamalarından ($\bar{x}=24.40$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Kontrol grubunda ilaç kullanımına göre Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur [$z=-2.409$; $p<.05$]. İlaç kullananların duygusal istismar toplam puan ortalamaları ($\bar{x}=82.50$) kullanmayanların ortalamalarından ($\bar{x}=47.62$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Kontrol grubunda ilaç kullanıp kullanmamaya göre Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [$z=-3.670$; $p<.05$]. İlaç kullanmayanların cinsel yaşam kalitesi ortalamaları ($\bar{x}=90.40$) alanların ortalamalarından ($\bar{x}=64.58$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

6.5 Hasta ve Kontrol Grubunun Cinsel Yaşam Kaliteleri ile Çok Boyutlu Duygusal İstismar Arasındaki İlişkiler

Çizelge 6.30'da hasta grubunun Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği ile Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeğinden aldıkları puanlar arasındaki Pearson korelasyon analizi bulguları verilmiştir. Tabloda sütun başlarındaki rakamlar, satırlarda yer alan değişkenlere karşılık gelmektedir.

Çizelge 6.30: Hasta Grubunun Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği ile Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanlar Arasındaki Pearson Korelasyon Matrisi

	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Cinsel Yaşam Kalitesi								
2. U-Kontrol	-.548**							
3. U-Aşağılama	-.484**	.582**						
4. U-Düşmanca Geri Çekilme	-.359*	.523**	.463**					
5. U-Tehdit	-.496**	.623**	.807**	.409**				
6. M-Kontrol	-.463**	.790**	.553**	.420**	.621**			
7. M-Aşağılama	-.529**	.687**	.688**	.498**	.780**	.635**		
8. M-Düşmanca Geri Çekilme	-.383**	.530**	.363**	.904**	.359*	.343*	.479**	
9. M-Tehdit	-.467**	.643**	.770**	.499**	.801**	.613**	.877**	.427**

*p<.05
**p<.01

Çizelge 6.30'da hasta grubunun Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği ile Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeğinden aldıkları puanlar arasındaki Pearson korelasyon analizi bulguları verilmiştir. Tabloda sütun başlarındaki rakamlar, satırlarda yer alan değişkenlere karşılık gelmektedir.

Hasta grubunda Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeğinden alınan puanlarla Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği Kontrol Uygulama alt ölçeğinden alınan puanlar arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=-.548$; $p<.01$). Kontrol uygulama arttıkça cinsel yaşam kalitesi düşmektedir.

Hasta grubunda Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeğinden alınan puanlarla Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği Aşağılama Uygulama alt ölçeğinden alınan puanlar arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=-.484$; $p<.01$). Aşağılama uygulama arttıkça cinsel yaşam kalitesi düşmektedir.

Hasta grubunda Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeğinden alınan puanlarla Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği Düşmanca Geri Çekilme Uygulama alt ölçeğinden alınan puanlar arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=-.359$; $p<.05$). Düşmanca geri çekilme uygulama arttıkça cinsel yaşam kalitesi düşmektedir.

Hasta grubunda Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeğinden alınan puanlarla Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği Tehdit Uygulama alt ölçeğinden alınan puanlar arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=-.496$; $p<.01$). Tehdit uygulama arttıkça cinsel yaşam kalitesi düşmektedir.

Hasta grubunda Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeğinden alınan puanlarla Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği Kontrol Maruz Kalma alt ölçeğinden alınan puanlar arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=-.463$; $p<.01$). Kontrol maruz kalma arttıkça cinsel yaşam kalitesi düşmektedir.

Hasta grubunda Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeğinden alınan puanlarla Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği Aşağılama Maruz Kalma alt ölçeğinden alınan puanlar arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=-.529$; $p<.01$). Aşağılama maruz kalma arttıkça cinsel yaşam kalitesi düşmektedir.

Hasta grubunda Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeğinden alınan puanlarla Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği Kontrol Maruz Kalma alt ölçeğinden alınan puanlar arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=-.463$; $p<.01$). Kontrol maruz kalma arttıkça cinsel yaşam kalitesi düşmektedir.

Hasta grubunda Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeğinden alınan puanlarla Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği Düşmanca Geri Çekilme Maruz Kalma alt ölçeğinden alınan puanlar arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=-.383$; $p<.01$). Düşmanca geri çekilme maruz kalma arttıkça cinsel yaşam kalitesi düşmektedir.

Hasta grubunda Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeğinden alınan puanlarla Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği Tehdit Maruz Kalma alt ölçeğinden alınan puanlar arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=-.467$; $p<.01$). Tehdit maruz kalma arttıkça cinsel yaşam kalitesi düşmektedir.

6.5.1 Hasta grubunun cinsel yaşam kalitesi ölçeği ile çok boyutlu duygusal istismar ölçeği bakımından dağılımları

Çizelge 6.31’de hasta grubunun Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği ile Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeğinden aldıkları toplam puanlar arasındaki Pearson korelasyon analizi bulguları verilmiştir.

Çizelge 6.31: Hasta Grubunun Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği ile Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeğinden Aldıkları Puanlar Arasındaki Pearson Korelasyon Matrisi

	1	2	3
1. Cinsel Yaşam Kalitesi			
2. Duygusal İstismar Uygulama	-.561**		
3. Duygusal İstismara Maruz Kalma	-.556**	.934**	
4. Duygusal İstismar Toplam	-.568**	.983**	.984**

**p<.01

Hasta grubunda Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeğinden alınan puanlarla Duygusal İstismar Uygulama toplam puanları arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=-.561$; $p<.01$). Hasta grubunda cinsel yaşam kalitesi düştükçe duygusal istismar uygulama artmaktadır.

Hasta grubunda Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeğinden alınan puanlarla Duygusal İstismara Maruz Kalma toplam puanları arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=-.556$; $p<.01$). Hasta grubunda duygusal istismara maruz kalma arttıkça cinsel yaşam kalitesi düşmektedir.

Hasta grubunda Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeğinden alınan puanlarla Duygusal İstismar toplam puanları arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=-.568$; $p<.01$). Hasta grubunda duygusal istismar arttıkça cinsel yaşam kalitesi düşmektedir.

6.5.2 Kontrol grubunun cinsel yaşam kalitesi ölçeği ile çok boyutlu duygusal istismar ölçeği bakımından dağılımları

Çizelge 6.32’de kontrol grubunun Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği ile Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeğinden aldıkları puanlar arasındaki Pearson Korelasyon analizi bulguları verilmiştir.

Çizelge 6.32: Kontrol Grubunun Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği ile Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanlar Arasındaki Pearson Korelasyon Matrisi

	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Cinsel Yaşam Kalitesi								
2. U-Kontrol	-.300*							
3. U-Aşağılama	-.625**	.537**						
4. U-Düşmanca Geri Çekilme	-.121	.225	.265					
5. U-Tehdit	-.484**	.501**	.697**	.209				
6. M-Kontrol	-.317*	.767**	.437**	.278	.582**			
7. M-Aşağılama	-.607**	.456**	.864**	.288*	.624**	.464**		
8. M-Düşmanca Geri Çekilme	-.102	.100	.147	.893**	.134	.224	.231	
9. M-Tehdit	-.503**	.479**	.837**	.205	.760**	.479**	.739**	.129

*p<.05
**p<.01

Kontrol grubunda Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeğinden alınan puanlarla Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği Kontrol Uygulama alt ölçeğinden alınan puanlar arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=-.300$; $p<.01$). Kontrol grubunda kontrol uygulama arttıkça cinsel yaşam kalitesi düşmektedir.

Kontrol grubunda Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeğinden alınan puanlarla Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği Aşağılama Uygulama alt ölçeğinden alınan puanlar arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=-.625$; $p<.01$). Kontrol grubunda aşağılama uygulama arttıkça cinsel yaşam kalitesi düşmektedir.

Kontrol grubunda Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeğinden alınan puanlarla Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği Tehdit Uygulama alt ölçeğinden alınan puanlar arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=-.484$; $p<.01$). Kontrol grubunda tehdit uygulama arttıkça cinsel yaşam kalitesi düşmektedir.

Kontrol grubunda Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeğinden alınan puanlarla Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği Kontrole Maruz Kalma alt ölçeğinden alınan puanlar arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=-.317$; $p<.01$). Kontrol grubunda kontrole maruz kalma arttıkça cinsel yaşam kalitesi düşmektedir.

Kontrol grubunda Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeğinden alınan puanlarla Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği Aşağılamaya Maruz Kalma alt ölçeğinden alınan puanlar arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=-.607$; $p<.01$). Kontrol grubunda aşağılamaya maruz kalma arttıkça cinsel yaşam kalitesi düşmektedir.

Kontrol grubunda Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeğinden alınan puanlarla Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği Tehdide Maruz Kalma alt ölçeğinden alınan puanlar arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=-.503$; $p<.01$). Kontrol grubunda tehde maruz kalma arttıkça cinsel yaşam kalitesi düşmektedir.

6.5.3 Kontrol grubunun cinsel yaşam kalitesi ölçeği ile çok boyutlu duygusal istismar ölçeği bakımından dağılımları

Çizelge 6.33'te kontrol grubunda Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği ile Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeği toplam puanları arasındaki Pearson korelasyon analizi bulguları verilmiştir.

Çizelge 6.33: Kontrol Grubunun Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği ile Çok Boyutlu Duygusal İstismar Ölçeğinden Aldıkları Puanlar Arasındaki Pearson Korelasyon Matrisi

	1	2	3
1. Cinsel Yaşam Kalitesi			
2. Duygusal İstismar Uygulama	-.419**		
3. Duygusal İstismara Maruz Kalma	-.445**	.895**	
4. Duygusal İstismar Toplam	-.445**	.969**	.977**

** $p<.01$

Kontrol grubunda Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeğinden alınan puanlarla Duygusal İstismar Uygulama toplam puanları arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=-.419$; $p<.01$). Kontrol grubunda cinsel yaşam kalitesi düştükçe duygusal istismar uygulama artmaktadır.

Kontrol grubunda Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeğinden alınan puanlarla Duygusal İstismara Maruz Kalma toplam puanları arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=-.445$; $p<.01$). Kontrol grubunda duygusal istismara maruz kalma arttıkça cinsel yaşam kalitesi düşmektedir.

Kontrol grubunda Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeğinden alınan puanlarla Duygusal İstismar toplam puanları arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=-.445$; $p<.01$). Kontrol grubunda duygusal istismar arttıkça cinsel yaşam kalitesi düşmektedir.





7. TARTIŞMA VE SONUÇ

Bu bölümde araştırmanın amaçlarına uygun olarak toplanan verilere uygulanan istatistiksel analizler sonucunda elde edilen bulgular literatür ışığında tartışılmıştır.

7.1 Tartışma

7.1.1 Hasta grubu ve kontrol grubunun cinsel yaşam kalitesi ve duygusal istismar uygulama ve maruz kalma açısından karşılaştırılmasına ilişkin tartışma

Kısırlık tedavisi alan kadınların kontrol grubuna göre duygusal istismara daha çok maruz kaldıkları ve daha çok duygusal istismar uyguladıkları, ayrıca cinsel yaşam kalitelerinin de kontrol grubuna göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Duygusal istismarın tehlide maruz kalma boyutu açısından hasta grubunun kontrol grubuna göre daha yüksek puan aldığı bulunmuştur. Bu bulgu literatürle uyumlu bulunmuştur. Çalışmalar (Bkz.Tablo 4) psikolojik şiddetin kısır kadınlara en çok uygulanan şiddet türü olduğunu bildirmişlerdir (Dhont ve ark., 2011; Ardabily, ve ark, 2011; Aduloju ve arkadaşları, 2015). Pek çok toplumda çocuk sahibi olabilme becerisi hem kadınlar hem de erkekler için cinsel gücün belirleyicisi olup genellikle de bu becerinin bozulmasından sorumlu tutulanlar kadınlar olmaktadır (Peterson ve ark., 2003; Günay ve ark., 2005; Karaca ve Ünsal, 2012). Peterson (2003) kısır kadınların toplumsal adaletsizlikten ve eşitsizlikten daha çok etkilendiklerini, dahası şiddete maruz kaldıklarını bildirmiştir. Bibi ve arkadaşları (2014) Pakistan'lı kadınlarla yaptıkları çalışmada kısırlığın şiddet için risk faktörü olduğunu bildirmişlerdir. Mumtaz ve arkadaşları (2013) da yine Pakistan'lı kadınlarla yaptıkları çalışmada kadınların kısır olmaları nedeniyle eşleri tarafından sözel, duygusal ve fiziksel şiddete maruz kaldıklarını bildirmişlerdir. Dhont ve arkadaşları (2011) Afrika'da yaptıkları çalışmalarında çiftlerin çocuk sahibi olmamayı sevginin ve barışın olmayacağı bir ortam olarak tanımladıklarını, bunun yanı sıra kısır kadınlarda aile içi şiddet görme oranının yüksek olduğunu ortaya koymuşlardır. Aduloju ve arkadaşları (2015) Nijerya'lı kısır kadınlarla yaptıkları çalışmada kadınların %31.2'sinin kısır

oldukları için şiddete maruz kaldıklarını bulmuşlardır. Ardabilly ve arkadaşları (2011) ise İran'da yaptıkları çalışmalarında kısır kadınların %61.8'inin aile içi şiddete maruz kaldıklarını bildirmişlerdir. Türkiye'de Akyuz ve arkadaşları (2013) kısır ve kısır olmayan kadınları karşılaştırdıkları çalışmalarında kısır kadınların kısır olmayanlara nazaran daha çok duygusal, ekonomik ve cinsel şiddete maruz kaldıklarını ortaya koymuşlardır. Yıldızhan ve arkadaşları (2009) Van'da aile içi şiddetle ilgili çalışmalarında kısır kadınların %78'inin kısır tanısı aldıktan sonra ilk kez şiddete maruz kalmış olduklarını ortaya koymuşlardır. Cinsel yaşam kalitesi açısından da sonuçlar literatürle uyumlu bulunmuştur. Bodur ve arkadaşları (2013) çiftlerle kısırlık ile ilişkili cinsel stresin arttığını ortaya koymuşlardır.

7.1.2 Hasta ve kontrol grubunda demografik, evlilik, travmatik yaşam deneyimi ve klinik değişkenlere göre cinsel yaşam kalitesi ve duygusal istismara ilişkin tartışma

Lise ve alt eğitim düzeyindeki kısırlık tedavisi gören kadınların lisans ve üstü eğitim düzeyindeki kısırlık tedavisi gören kadınlara göre daha çok duygusal istismara maruz kaldıkları ve cinsel yaşam kalitelerinin de daha düşük olduğu; kontrol grubunda ise kadınların eğitim düzeyine göre duygusal istismara maruz kalma puanları arasında fark bulunmadığı ancak lise ve altı eğitim düzeyinde olanların cinsel yaşam kalitelerinin lisans ve üstü eğitim düzeyindeki kadınlardan daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Bu bulgu literatürle uyumlu bulunmakla beraber literatürdeki çalışmalara bakıldığında farklı sonuçlarda elde edildiği görülmüştür. Dhont ve arkadaşları (2011) kısır kadınlarda eğitim seviyesi arttıkça aile içi şiddetin azaldığını bildirmişlerdir. Diğer yandan Ardabilly ve arkadaşları (2011) eğitim düzeyi ile şiddet arasında bir ilişki bulunmadığını bildirmiştir. Akyuz ve arkadaşları (2014) ise kısır kadınlarda eğitim düzeyi ile psikolojik şiddete maruz kalma arasında ilişki bulunmadığını bildirmişlerdir.

Araştırmada, çalışan kısırlık tedavisi gören kadınların cinsel yaşam kalitelerinin, çalışmayan kısırlık tedavisi gören kadınlardan daha yüksek olduğu ancak kontrol grubunda çalışma durumuna göre cinsel yaşam kalitesi puanları arasında fark bulunmadığı tespit edilmiştir. Literatürde çalışan ve çalışmayan kısır kadınların cinsel yaşam kalitelerinin karşılaştırıldığı çalışmalara rastlanmamıştır. Çalışan kısır kadınların cinsel yaşam kalitelerinin daha yüksek olmasının, kadının çocuk sahibi

olmanın dışında yaşamını anlamlandırdığı farklı değerler ve uğraşlarının bulunmasıyla ilgisi olabilir. Çalışmayan kadınların ev içi etkinliklerinin dışında başka uğraşlarının da bulunmaması çocuk sahibi olma ile ilgili meselelerin sık sık gündeme gelmesine, dahası eşle birlikte yürütülen etkinliklerin de bundan etkileniyor olma ihtimali bulunuyor olabilir. Özellikle cinsel yaşam açısından cinselliğin sadece gebe kalmakla ilgili bir araca dönüşme ihtimali çalışmayan kadınlarda daha belirgin olabileceğinden cinsel yaşama katkı sağlayabilecek herhangi bir eylem girişimi eksik kalıyor olabilir. Çalışan kadınlar için de cinselliğin çocuk sahibi olma aracı olarak görülmesi muhtemel olmasının yanı sıra eşlerin farklı etkinliklerinin bulunuyor olması ve dışarıda en azından iş yaşamının kaynaklık ettiği bir sosyal yaşamın bulunuyor olmasının cinsel yaşama da katkı sağlıyor olabileceği düşünülebilir. Dursun (2015) özellikle kadının çalışmadığı geleneksel yapılarda çiftlerin daha balayında gebe kalma hayalleri kurduğunu ileri sürmüştür.

Evlilikleri için aile onayı almamış olan kısırlık tedavisi gören kadınların, aile onayı almış olanlara göre daha çok duygusal istismar uyguladıkları, daha çok duygusal istismara maruz kaldıkları ve cinsel yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Kontrol grubunda evlilik için aile onayı alınıp alınmamasına göre duygusal istismar uygulama, duygusal istismara maruz kalma ve cinsel yaşam kalitesi düzeyleri arasında fark bulunmadığı tespit edilmiştir. Kısırlık tedavisi gören kadınlarda aile onayı almamış olanların duygusal istismar uygulama açısından, kontrol uygulama, aşağılama, tehdit etme boyutlarından, duygusal istismara maruz kalma açısından ise kontrole maruz kalma, aşağılanma, düşmanca geri çekilmeye maruz kalma ve tehdiye maruz kalma boyutlarından aile onayı almış olanlara göre daha yüksek puan aldıkları bulunmuştur. Literatürde aile onayı açısından kısırlık kadınların karşılaştırıldığı çalışmalara rastlanmamıştır. Evlilikleri için aile onayı almayan kadınların evlilik içinde yaşadıkları sorunlar karşısında sosyal destek mekanizmalarını kullanamadıkları ileri sürülebilir. Evlilik için aile onayı alınmadığında özellikle geleneksel toplumlarda kadının yalnızlaşmasına yol açtığı herkesçe gözlenebilir bir durumdur. Onaysız evlenen kadın kendi seçiminin sonuçlarını yaşama bakımından kendi ailesi tarafından yalnızlaştırılabildiği gibi ailesi ile görüşmeye devam ediyor olsa da kendi seçiminin bedelini kendisinin ödemesi gerektiği varsayımı ile donatılmış olduğundan yaşadığı problemleri paylaşma konusunda suçlanmışlık hissetmemek adına kaçınmacı bir tavır sergiliyor

ve nihayetinde daha da yalnızlaşıyor olabilir. Bu yalnızlaşma sadece kadının hissettiği bir yaşantı değildir, kadının birlikte yaşadığı eşinin de rahatlıkla gözlemleyebileceği ve yine geleneksel bakış açısıyla kadını hor görme ya da kötü davranma sonucunda kaybetmeyeceği, kadının kendisinden başka sığınacak yerinin bulunmadığı varsayımlarına bağlı olarak eşin kadına karşı tavırlarında hak göz etmemeye varacak davranışlara dönüşüyor olabilir. Hacıoğlu ve ark (2008) sosyal destekleri bulunmayan kadınların duygusal şiddet ve diğer şiddet türleri ile karşı karşıya kalma risklerinin yüksek olduğu bildirilmiştir.

Kısırlık tedavisi gören kadınlarda aile üyesi kaybı yaşayanların, aile üyesi kaybı yaşamayanlara oranla daha çok duygusal istismar uyguladıkları, daha çok duygusal istismara maruz kaldıkları ve cinsel yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Kontrol grubunda aile üyesi kaybı yaşayan yaşamamaya göre duygusal istismar uygulama, duygusal istismara maruz kalma ve cinsel yaşam kalitesi düzeyleri arasında fark bulunmadığı tespit edilmiştir. Kısırlık tedavisi gören kadınlarda duygusal istismar uygulama açısından kontrol uygulama alt boyutundan alınan puanların ve duygusal istismara maruz kalma açısından kontrole maruz kalma alt boyutundan alınan puanların aile üyesi kaybı yaşayanlarda aile üyesi kaybı yaşamayanlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Literatürde aile üyesi kaybı açısından kısır kadınların karşılaştırıldığı çalışmalara rastlanmamıştır. Aile üyesinin yakınlık derecesi kontrol edilemediğinden ihtimali olarak kayıp aile üyesinin kadına sosyal, duygusal açıdan destek veren kişi olduğu düşünülebilir. Kısırlık tedavisi gören kadının aile üyesi kaybı sosyal desteğin kaybı ile ilişkili ise Hacıoğlu ve arkadaşlarının (2008) belirttiği gibi sosyal destek eksikliği yaşayan kadınların duygusal şiddete açık halde gelmeleri söz konusu olabilir.

Kısırlık tedavisi gören kadınlarda hastane ortamında bulunmuş olanların, bulunmamış olanlara göre daha çok duygusal istismar uyguladıkları, daha çok duygusal istismara maruz kaldıkları ve cinsel yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Aynı şekilde kontrol grubunda hastane ortamında bulunmuş olanların, bulunmamış olanlara göre daha çok duygusal istismar uyguladıkları, daha çok duygusal istismara maruz kaldıkları ve cinsel yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Literatürde hastane ortamında bulunma açısından kısır kadınların karşılaştırıldığı çalışmalara rastlanmamıştır. Duygusal istismar ve cinsel yaşam kalitesinin hem kontrol grubunda hem de hasta grubunda hastane ortamından

etkileniyor olması buradaki farkın hastane ortamının travmatize edici etkisi ile ilgisi olduğu düşünülebilir. Kişinin kendi sağlığına ilişkin kaybı ya da hastane ortamında yakınına ilişkin kaybı bulunuyor ya da kayıp tehdidi ile karşılaşmış olabileceği düşünüldüğünde hem hasta hem de kontrol grubunda duygu durumunda bozulmaların ortaya çıkması ve cinsel yaşamın da bundan etkilenmesi beklenebilir. Hastane ortamını travmatize edici etkisi sonucunda hastanın hastalığa ilişkin depresyonu ve ruminasyonları zihnini meşgul edebileceği için cinsel yaşam ile ilgili talepleri azalıyor olabilir.

Travmatik olay yaşantısı olan kısırlık tedavisi gören kadınların, travmatik olay yaşantısı bulunmayanlara göre daha çok duygusal istismara maruz kaldıkları aynı şekilde kontrol grubunda travmatik olay yaşamış olanların, yaşamamış olanlara göre daha çok duygusal istismara maruz kaldıkları tespit edilmiştir. Hem kısırlık tedavisi gören kadınlarda hem de kontrol grubunda travmatik olay yaşantısı bulunanların kontrole maruz kalma, aşağılanma ve tehdit edilme düzeylerinin travmatik olay yaşantısı bulunmayanlardan yüksek olduğu tespit edilmiştir. Literatürde travmatik olay yaşantısına göre duygusal istismardan ziyade, duygusal istismarın travmatik etkilerinin incelendiği çalışmalar yer almaktadır. Kısırlık tedavisi gören kadınlarda ve kontrol grubunda travmatik yaşam deneyimlerinin duygusal istismara maruz kalma ile ilişkisinin açıklanabilmesi için kişilerin travmatik olay yaşantılarına yükledikleri anlamın ve bu anlama bağlı olarak ortaya çıkan düşünce, duygu ve davranışların belirlenmesi açıklayıcı olabilecektir. Travmatik olaylar sonrasında özellikle dayanıklılığın düşük olduğu bireylerde nadiren travma sonrası büyümenin ortaya çıktığı bildirilmiştir (Janoff-Bulman 2004). Travmatik yaşantının bir sonucu olarak kişinin sonraki travmatik deneyimlere açık hale gelmesi ihtimali bulunuyor olabilir. Kısırlık tedavisi görsün ya da görmesin kadınların duygusal açıdan istismar edilme konusunda risk taşıyan grup olduğu da göz önünde bulundurulduğunda travmatik yaşantısı bulunanların duygusal istismara maruz kalma olasılıkları da artabilecektir.

Kısırlık tedavisi gören kadınlarda psikolojik rahatsızlığı bulunanların, bulunmayanlara göre daha çok duygusal istismar uyguladıkları ve daha çok duygusal istismara maruz kaldıkları, cinsel yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Aynı şekilde kontrol grubunda da psikolojik rahatsızlığı bulunanların, bulunmayanlara göre daha çok duygusal istismar uyguladıkları, daha çok duygusal

istismara maruz kaldıkları tespit edilmiştir. Hem kısırlık tedavisi gören kadınlarda hem de kontrol grubunda psikolojik rahatsızlığı bulunanların kontrol uygulama, aşağılama ve tehdit etme düzeylerinin psikolojik rahatsızlığı bulunmayanlardan yüksek olduğu tespit edilmiştir. Hem kısırlık tedavisi gören kadınlarda hem de kontrol grubunda psikolojik rahatsızlığı bulunanların kontrole maruz kalma, aşağılanma ve tehdit edilme düzeylerinin psikolojik rahatsızlığı bulunmayanlardan yüksek olduğu tespit edilmiştir. Literatürde kısır kadınlarda psikolojik rahatsızlığın bulunup bulunmamasına göre duygusal istismar ve cinsel yaşam kalitesinin çalışıldığı araştırmalara rastlanmamıştır. Psikolojik rahatsızlıkların ortaya çıkış nedenlerinden birinin de duygusal istismar olduğu, buna bağlı olarak da cinsel yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiği ileri sürülebilir. Psikolojik rahatsızlığı bulunanların aile içinde stigmatizasyona uğrama ihtimali de buluyor olabilir. Bilge ve Çam (2010) çalışmalarında toplumun ruhsal hastalıklara yönelik damgalamalarının hastaların çare arama davranışını ve tedavilerini olumsuz yönde etkilediğini bildirmişlerdir.

Kısırlık tedavisi gören kadınlarda psikolojik destek alanların, almayanlara göre daha çok duygusal istismar uyguladıkları, daha çok duygusal istismara maruz kaldıkları ve cinsel yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Aynı şekilde kontrol grubunda da psikolojik destek alanların, almayanlara göre daha çok duygusal istismar uyguladıkları, daha çok duygusal şiddete maruz kaldıkları ve cinsel yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Hem kısırlık tedavisi gören kadınlarda hem de kontrol grubunda psikolojik destek alanların kontrol uygulama, aşağılama ve tehdit etme düzeylerinin psikolojik destek almayanlardan yüksek olduğu tespit edilmiştir. Hem kısırlık tedavisi gören kadınlarda hem de kontrol grubunda psikolojik destek alanların kontrole maruz kalma, aşağılanma ve tehdit edilme düzeylerinin psikolojik destek almayanlardan yüksek olduğu tespit edilmiştir. Literatürde kısır kadınların psikolojik destek alıp almamalarına göre duygusal istismar ve cinsel yaşam kalitelerine ilişkin çalışmalara rastlanmamıştır. Kısır kadınlarda ya da kontrol grubunda psikolojik destek alınmasının nedeni başa çıkılması zor herhangi bir problem olabilir. İnsanların yaşadıkları gündelik problemleri nasıl algıladıkları ya da psikolojik rahatsızlıkları ile nasıl başa çıktıkları düşünüldüğünde bu psikolojik destek alanların cinsel yaşam alanında ya da duygusal yaşam alanında sıkıntılar yaşıyor olması beklenebilir.

7.1.3 Hasta ve kontrol grubunda cinsel yaşam kalitesi ile duygusal istismar arasındaki ilişki

Kısırlık tedavisi gören kadınlarda cinsel yaşam kalitesi düştükçe duygusal istismar uygulama ve duygusal istismara maruz durumları artmaktadır aynı şekilde kontrol grubunda da cinsel yaşam kalitesi düştükçe duygusal istismar uygulama ve duygusal istismara maruz kalma artmaktadır. Bu bulgular literatürle uyumludur. Araştırmalar, kısırlığın eşlerini sosyal ve cinsel yaşamlarını, duygusal durumlarını ve evlilik ilişkilerini etkilediğini, bu etkilerin de en çok kadınlarda gözlendiğini ortaya koymaktadır (Golombok, 1992; Olshansky, 1992). Kırca ve Pasinoğlu (2013) kısırlığın bir gelişim krizi olarak ele alınabileceğini, doğurgan olmanın yetişkin gelişiminin önemli bir işlevi olduğunu, kısır çiftlerde de bu ihtiyacın karşılanmamasının gelecek planlarını, benlik saygısını, benlik imajını, çiftler arasındaki duygusal ilişkiyi ve cinsel yaşamlarını olumsuz yönde etkilediğini bildirmiştir. Coussineau ve Domar (2007) kısırlığın kadınlarda özgüven kaybı, diğer insanlarla ilişkilerin bozulması, umut etmede azalma, sağlıkta bozulma gibi problemlere neden olduğunu ve kadınların anksiyete, depresyon, kızgınlık ve suçluluk duygularını arttırdığını ortaya koymuşlardır. Kısır kadınlarda duygu durumunda ortaya çıkan bozulmalarla beraber duygusal istismar uygulama davranışlarının da arttığı ileri sürülebilir. Golombok (1992) çalışmasında kısır kadınlarda suçluluk, izolasyon, kızgınlık ve cezalandırma davranışlarının eşlerine nazaran daha yüksek olduğunu tespit etmiştir. Collins ve Freeman (1992) kısırlığın kadınlarda erkeklere nazaran daha çok ruhsal tepkilere yol açtığını ortaya koymuştur. Bunların yanı sıra Newton ve arkadaşları (1998) çalışmalarında kısırlık tedavisi gören kadınların ağırlı cinsel ilişki, cinsel ilgi azlığı, gebe kalmaya yönelik sek, rutin seks, gerçekçi olmayan cinsel istekler, beden imgesinde bozulma ve suçluluk hislerinin ortaya çıktığını dolayısıyla cinsel yaşamlarında bozulmaların ortaya çıktığını bildirmiştir.

7.2 Sonuç

Sonuç olarak, kısırlık tedavisi gören kadınlarda duygusal istismar arttıkça cinsel yaşam kalitesinin düştüğü tespit edilmiştir. Diğer yandan kadınların duygusal istismara maruz kalma ve cinsel yaşam kalitelerinin travmatik yaşam deneyimlerinden de etkilendiği görülmüştür. Duygusal şiddet, kişinin benlik

duygusunu ortadan kaldıracak ve yaralayabilecek bir şiddet türü olması bakımından kısırlık söz konusu olduğunda kadının toplumsal olarak öğrendiği doğurgan olma halinin kaybının yaratacağı duygu durumla bir araya geldiğinde yoğun varoluşsal tehdit oluşturmaktadır. Bu tehdit içerisinde onur kırıklığı, küçük düşme, itibarın zedelenmesi ile birlikte kişinin benlik imgesi ve beden imajı da zarar görmeye başlayacağından cinsel yaşam kalitesi de düşecektir. Özellikle anne olmanın kadın için birincil görev olarak görüldüğü kültürlerde kısırlığın kadın üzerinde yarattığı baskı önceki kuşaklardan aktarılmış olarak varlığını sürürken yanı sıra çevredekiler tarafından da kısırlıktan sorumlu tutulma, eş tarafından dışlanma, yetersiz ve değersiz hissettirilme ile karşı karşıya kalan kadının evlilikle gelen statüyü sürdürmemeye tehlikesi de ortaya çıkmaktadır. Kısır kadının tehdit boşanma ve aldatılmayla karşı karşıya kalabilmektedir. Tüm bunlarla birlikte kısır kadında artabilecek psikolojik rahatsızlıklar ve sağlık sorunları da çiftler arasındaki ilişkiyi kısır döngüye sokacaktır. Araştırma sonuçları gözden geçirildiğinde kısırlığın kadının duygusal şiddete maruz kalması konusunda risk oluşturduğu, duygusal şiddetle beraber cinsel yaşam kalitesinin de düştüğü söylenebilir.

Kısırlık tedavisi gören kadınların tedavileri boyunca özellikle aktarılan ve çevreden gelen toplumsal baskı ile başa çıkılabilmeye yardımcı psikoterapi desteğinin verilmesi oldukça önemlidir. Şimdiki çalışmadan elde edilen sonuçların literatüre katkı sağlayacağı düşünülmeyle beraber sonraki çalışmalarda kısırlık tedavisi gören kadınlarda tedaviyi etkileyebilecek travmatik yaşam olayları gibi diğer risk faktörlerine örnekleme temsil edecek şekilde yer verilmesi önerilebilir.

KAYNAKLAR

- [1]. **Adam, N.** (2007). Kadınlara karşı psikolojik şiddet, Bilgi yayıncılık, No: 24430
- [2]. **Adem. N.** (2006). Kadınlara karşı saldırı, Bilgi yayıncılık.
- [3]. **Aduloju, Po., Olagbuji, N.B., Olofinbıyı, A.B., Awoleke, J.O.,** (2015). Prevalence and predictors of intimate partner violence among women attending infertility clinic in south-western Nigeria. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology*, 188, 66–69
- [4]. **Akyuz, A., Sahner, G., Seven, M., Bakır, B.,** (2014). The effect of marital violence on infertility distress among a sample of Turkish women. *International Journal of Fertility and Sterility*, 8(1), 67-76
- [5]. **Akyuz, A., Seven, M., Sahner, G., Bakır, B.,** (2013). Studying the effect of infertility on marital violence in Turkish women. *International Journal of Fertility and Sterility*, 6(4), 286-293.
- [6]. **Amir Kalife, S.** (2005). Aile’de gizli yara eşlerin saldırıya maruz kalmasıdır. Bilgi yayıncılık.
- [7]. **Aosved, A.C, & Long, P.J.** (2005). College women's experiences of psychological maltreatment and sexual assault, *Journal of violence and victims*, 20,5.
- [8]. **Ardabılı, H.E., Moghadam, Z.B., Salsalı, M., Ramezanzadeh, F., Nedjat, S.,** (2011). Prevalence and risk factors for domestic violence against infertile women in an Iranian setting. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 112(1), 15-17
- [9]. **Arrington, R. Cofrancesco, J., & Wu, A. W.** (2004). Questionnaires to measure sexual quality of life. *Quality of*
- [10]. **Azimi M.** (2009). Cehalet kadına karşı şiddetin en büyük nedeni, *Aile ve Sağlık dergisi*, No: 17340, Sayfa 7.
- [11]. **Bahşi pur rudsari, A.** (2006). Duygusal taciz nedir? , *Danışman dergisi*.
- [12]. **Baker, A.J.L. & Maiorino, E.** (2010). Assessment of emotional abuse and neglect with the CTQ, *Journal of children and youth services review*, 32, 740-748.
- [13]. **Bilge, A., Çam, O.** (2010). Ruhsal hastalığa yönelik damgalama ile mücadele. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 9(1), 71-78
- [14]. **Bodur, N.E., Çoşar, B., Erdem, M.,** (2013). İnfertil çiftlerde evlilik uyumunun demografik ve klinik değişkenlerle ilişkisi. *Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 38(1), 51-62
- [15]. **Buther J.** (1999), Female sexual problems: female sexual pain and sexual fear. *West J Med.* 1999; 172: 357-361.
- [16]. **Buken, N. & Sahinoglu, S.** (2006). Violence against women in Turkey and the role of women physician . *Nurse Ethics*, 73(2), 197-205.
- [17]. **Collins A, Freeman EW, Boxer AS, Tureck R.** (1992), Perception of infertility and treatment stress in females as compared with males entering in vitro fertilization treatment. *Fertil Steril* 1992; 57:350-356.
- [18]. **Compas BE, Beckjord E, Agocha B, Sherman ML, Langrock A, et al.** (2006) Measurement of coping and stress responses in women with breast cancer. *Psychooncology* 15: 1038-1054.

- [19]. **Cousineau TM, Domar A.** (2007). Psychological impact of infertility. *Best Pract Res Clin Obstet Gynecol*, 21, 293-308.
- [20]. **Defining sexual health:** (2006), report of a technical consultation on sexual health. Available at: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf. 2006.
- [20]. **Delavar, A.** (2005). Psikoloji ve eğitim bilimlerin de araştırma yöntemleri, Roşd yayıncılık, TAHRAN.
- [21]. **Delavar, A.** (2006). Sosyal bilimler’de araştırmanın kurumsal ve bilimsel temelleri, roşd yayıncılık, TAHRAN.
- [22]. **Derogatis, L. R., Rosen, R., Leiblum, S., Burnett, A., & Heiman, J.** (2002). The female sexual distress scale (FSDS): Initial validation of a standardized scale for assessment of sexually related personal distress in women. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 28(4), 317–330.
- [23]. **Dhont, N., Van De Wijgert, J., Coene, G., Gasarabwe, A., Temmerman, M.,** (2011). ‘Mama and papa nothing’: living with infertility among an urban population in Kigali, Rwanda. *Human Reproduction*, 26(3), 623-629
- [24]. **Dursun, P.** (2015). Kısırlık-İnfertilite Nedir? <http://polatdursun.com/kisirlik--nedir/>
- [25]. **Dutton, M.A., et al.** (2005). Pattern of intimate partener violence: correlate and out comes. *Journal of violence and victims*, 20, 5.
- [26]. **Erikson, E.** (1963). Epigenetic principle of maturation.
- [27]. **Elbedour, S., et al.** (2006). The scope of sexual, physical, and psychological abuse in a Beduin-Arab community of femal adolscents: the inter play of racism, urbanization, poly gamy, family honor, and the social marginalization of women, *Journal of child abuse & neglect*, 30, 215-222.
- [28]. **Ellsberg, M.** (1999). Domestic violence and emotional distress among Nicaraguan, *Journal of American psychologist*, 54 (1) , 30-36.
- [29]. **Fehr, B., et al.** (2009). The science of compassionate love, *Theory, research and application*, USA, wiley black well publishing.
- [30]. **Gahari, Ş., Vahid A., Kazem M.; Zarei Dust, E. ve Muhammedi, A.** (2006). Kadına şiddet, *Bilimsel araştırma dergisi, Tıp fakültesi gorgan üniversitesi*, Seri 8, No: 4 .
- [32]. **Gahari, Ş., Vahid A., Kazem M.; Zarei Dust, E. ve Muhammedi, A.** (2006). Kadına şiddet, *Bilimsel araştırma dergisi, Tıp fakültesi gorgan üniversitesi*, Seri 8, No: 4 .
- [33]. **Garcia-Linares, M.I., et al.** (2005). Assessing physical, sexual, and psychological violence perpetrated by intimate male partners toward women, *Jornal of violence and victims*, 20, 1.
- [34]. **Garcia-Moreno, C., et al.** (2006), Pervallence of intimate partner Violence: findings from the who multi-country study on women's health and domestic violence, *Journal of the lancet*.
- [35]. **Golombok S.** (1992). Psychological functioning in infertility patients. *Hum Reprod*, 7, 208-212.
- [36]. **Grumm, M., & Collani, G.V.** (2009). Personality types and self-reported aggressiveness, *Journal of personality and individual differencess*, 47 , 845-850.

- [37]. **Günay, O., Çetinkaya, F., Nacar, M., Aydın, T.** (2005). Modern and traditional practices of Turkish infertile couples. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 10(2), 105-110.
- [38]. **Haki, G.R.** (2000). Araştırma yöntemleri, İslamik azad üniversitesi yayınları.
- [39]. **Halz, D.** (2007). Sağlık yönergeleri, Elahe mirzai ve arkadaşların çevirisi, TAHRAN: Farvardin kütüphanesi yayınları, Birinci baskı.
- [40]. **Harcar, T., Çakır, Ö., Sürgevil, O., Budak, G.** (2008). Kadına Yönelik Şiddet ve Türkiye’de Kadına Yönelik Şiddetin Durumu. *Toplum ve Demokrasi* 2(4), 51-70
- [41]. **Harvel, T.S., et al.** (2003). Physical violence, intimate partner violence, and emotional abuse among adult American Indian men and women in Montana. *Journal of preventive medicine*, 37 , 297-303.
- [42]. **Hulmez, S.** (2002). Erkeklerde cinsel isteksizlik, Ali taki Afşar zade çevirisi, Ceviz yayınları, TAHRAN.
- [43]. **Schober, J. M.** (2004). Sexual quality of life in an intersexual population: a needs assessment, J. M. Schober, 333 State Street, Suite 201, Erie, PA 16507, USA.
- [44]. **Janoff-Bulman, R.** (2004) Posttraumatic growth: Three explanatory models, *Psychological Inquiry*, 15 (1), 30-34
- [45]. **Jenkins, P. & Davidson, B.P.** (2001). Stopping domestic violence, how a community can prevent spousal abuse, USA, keluwer academic, plunam publishing.
- [46]. **Jha, S., Thakar, R.** (2010). Female sexual dysfunction. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 153(2): 117-23.
- [47]. **DeLamater, J.** (2012). Sexual Functioning in Older Adults, *Current Psychiatry Reports* 2009, 11:6–11.
- [48]. **Kafari. M.** (2002). Kadına karşı saldırının psikolojik ve sosyal sonuçları, Seçim yayınları.
- [49]. **Karaca, A., Ünsal, G.** (2012). İnfertilitenin kadın ruh sağlığı üzerine etkileri ve psikiyatri hemşiresinin rolü. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 3(2)80-85
- [50]. **Krageloh CU, Henning MA, Hawken SJ, Zhao Y, Shepherd D, Billington R.** (2011), Validation of the WHOQOL-BREF quality of life questionnaire for use with medical students. *Educ Health (Abingdon)*. 2011 Aug; 24(2): 545.
- [51]. **Lane, T.** (2003). Women have different risk factors for verbal physical partner abuse, *Journal of perspectives on sexual reproductive health*, 35, 2.
- [52]. **Lazdane G, Avery L, Persson J.** (2011), Sexual health: a public health challenge in Europe. Available at: http://www.europeansexology.com/files/WHO_2011.pdf. 2011.
- [53]. **Lee TY, Sun GH.** (2000), Psychosocial response of Chinese infertile husbands and wives. *Arch Androl.* 2000;45(3):143-8.
- [54]. **Leyli, K.** (2006). Kadına karşı şiddet ve bu durumu etkileyen faktörler, bu duruma maruz kalanların bakış açısından, *Aile araştırmacı dergisi*, ikinci yıl, No: 7. *Life Research*, 13(10), 1643–1658.
- [55]. **Lottes I, Kontula O.** New views on sexual health. The case of Finland. Available at: http://vaestoliittofibin.directo.fi/@Bin/56a7b5e5f9e8fcb1c8edf520d3c69ee0/1472549380/application/pdf/320403/New%20views%20on%20Sexualhealth_1.pdf. 2000.

- [56]. **Mc whiter, P.T.** (1999). Domestic violence in Chile, *Journal of American psychologist*, 54(1) , 37-39.
- [57]. **Miniati, M. et al** (2010). Clinical characteristics and treatment out come of depression in patient with and without a history of emotional and physical abuse, *Journal of psychiatric research*, 44, 302-309.
- [58]. **Motamedi mehr; M.** (2001). Şiddete karşı kadınların korunması (İngiltere ceza politikası) , TAHRAN; Büyük zeytin yayıncılık, İlk baskı.
- [59]. **Muhammadi, F.** (2000). Tıp eğitim merkezine başvuran kadınların Stres etkenlerini araştıran ve başa çıkma stratejileri öğrenme, Yüksek lisans tez çalışması, kadın doğum bölümü, Tıp eğitim merkezi; TEBRİZ.
- [60]. **Mümtaz, Z., Shahid, U., Levay, A.** (2013) Understanding the impact of gendered roles on the experiences of infertility amongst men and women in Punjab. *Reproductive Health*, 10(3) 1742-1755.
- [62]. **Newton CR, Sherrard W, Glavac I.** (1998). The Fertility problem inventory: measuring perceived infertility-related stress. *Fertil Steril*, 69, 1026-1033.
- [63]. **Nilüfer-Tuğut, Zehra-Gölbaşı,** Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, TR-58140 Sivas. A validity and reliability study of Turkish version of the Sexual Quality of Life Questionnaire-Female.
- [64]. **Nurani S. Ş., Cenidi E. Ş. M. T., Mubar N.** (2009). Tüm hastaneler ‘de Kadın doğum polikliniğine başvuran, Fertil ve infertilite kadınlarda cinsel yaşam kalitesi karşılaştırılması. (*Reproduction of Journal and Infertility*) . (2009). No: 4, Sayfa 269-277.
- [65]. **Odjinrin, O,** (1995). Wife bottering in Negeria. *International Journal of Gyaecology obstet*, 41(2) , 159-64.
- [66]. **O'Hagan, K.** (2006). Identifying emmotional and psychological_abuse, UK, open University press.
- [67]. **Olshansky E. A** (1992). Theoretical explanation for previously infertile mothers' vulnerability to depression. *J Nurs Scholarsh*, 35, 263-268
- [68]. **Oweis, A. & Diabat, K.M.** (2005), Jordanian nurses perception of physicians' verbal abuse, *Journal of nursing studies*, 42, 881-888.
- [69]. **Peterson, B. D., Newton, C. R., Rosen, K. H.** (2003). Examining the congruence between couples perceived ifertility-related stres and its relationship to depression and marital adjustment in infertile men and women. *Family Process*, 42(1), 59-70.
- [70]. **Pettigrew, T.F.** (2008). Improving intergroup relations, USA, Blackwell ublishing.
- [71]. **Peyman, H. A.** (1999). Şiddetin psikolojik ve sosyal kökleri, Hordad yayıncılık, No: 11.
- [72]. **Pico-Alfonso, M.A.** (2005). Psychological intimate partner violence: the major predictor of posttraumatic stress disorder in abused Women, *Journal of neuroscience and behavioral review*, 29, 181-193.
- [73]. **Rahimi Sajaji, M.** (2009). Kadınların %88 i psikolojik şiddet görüyorlar, Kitap dünyası yayınları, No : 212-213.
- [74]. **Ramazani Tehrani, F.; Seyf Rabi, M. A. Nadia Z.** (2002). Kadına karşı En büyük saldırı psikolojik şiddet dir, fiziksel değil dir, Seçim yayınları.
- [75]. **Ress, C.** (2008). The influence of emotional neglecton development, symposium: safeguarding childern.
- [76]. **Romito, P., et al.** (2005). The impact of current and past interpersonal violence in women's mental health, *Journal of social science & medicine*, 60, 1717-1727.

- [77]. **Ruiz-perez, I., et al.** (2006). Sociodemographic associations of physical, emotional, sexual intimate partner violence in Spanish women, *Journal of epidemiol*, 16, 357-363.
- [78]. **Ruiz-perez, I., et al.** (2006). Sociodemographic associations of physical, emotional, sexual intimate partner violence in Spanish women, *Journal of epidemiol*, 16, 357-363.
- [79]. **Sara, K.** (2007). Can women's sexual quality of life be a proxy measure for overall health-related quality of life?
- [80]. **Sarmad, Z. Bazargan, H.** (2009) . Araştırma yöntemleri Davranış Bilimleri. Bilgi yayımları.
- [81]. **Saygılı P.** Üreme Sağlığı Danışmanlığı Neleri Kapsar 5. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongre Kitabı, Ankara; 2007.
- [82]. **Smith, E.R.** (1993). Social identity and social emotions . Toward new conceptualization of prejudice, I.D.M. Mackie & D.L. Hamilton (Eds), *Affect, cognition, and stereotyping. Interactive processes in group perception* (pp. 297-315). San Diego, CA: Academic Press.
- [83]. **Sokoloff, N.J.** (2008). Domestic violence and women's crime. *Journal of contemporary sociology*.
- [84]. **Spence, H. S.** (2001). Cinsel işlev bozukluğunun tedavisi, Cahanşir tavakoli zade, Mohammed deghan pur çevirisi, Alborz yayıncılık, TAHRAN.
- [85]. **Symonds, T., Boolell, M., Quirk, F.** (2005). Development of questionnaire on sexual quality of life in women. *J Sex Marital Ther.* 31, 385-97.
- [86]. **Toplu-Demirtaş, E.,& Hatipoğlu-Sümer, Z., & Murphy, C. M. (in pres).** Turkish version of the Multidimensional Measure of Emotional Abuse (MMEA-TR): Preliminary psychometrics in college students. *Violence and Victims*.
- [87]. **Tuğut, N., Gölbaşı, Z.** (2010). Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın Türkçe Versiyonunun Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Cumhuriyet Tıp Dergisi.* 32, 172-180
- [88]. **Wang, J.J.** (2006). Psychological abuse and its characteristic correlates among elderly Taiwanese, *Journal of archives of gerontology and geriatrics*, 42, 307-318.
- [89]. **Wong, S.L.F., et al.** (2008). Abused women's views on disclosure of partner abuse to the family doctor and its role in handling the abuse situation, *Journal of patient education and counseling*, 70. 386-394.
- [89]. **William M., Virginia J.**, (1979), Omosexuality in perspective.
- [90]. **Yıldızhan, R., Adalı, E., Kulusarı, A., Kurdoğlu, M., Yıldızhan, B., Şahin, G.** (2009). Domestic violence against infertile women in a Turkish setting. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 104(2), 110-112.
- [91]. **Cryle P.** (2001), Vajinismus (Vaginismus): a Franco- American story. *J Hist Med Allied Sci.* 2001 Jan;67(1):71-93.



EKLER

EK-1

Kişisel Bilgi Formu

1. Cinsiyet:

Kadın

Erkek

2. Yaşınız:

3. Size göre, gelir düzeyiniz:

0 tl _ 1400

1401 _ 3000

3001 _ 4500

4501 _ 6000

6000 ve üstü

4. Eğitim düzeyiniz:

Okur yazar değil

Okur yazar

İlkokul

Lise

Lisan

Yüksek Lisans

Doktora

5. Eşinizin eğitim düzeyi:

Okur yazar değil

Okur yazar

ilkokul

Lise

Lisans

Yüksek Lisans

Doktora

6. Medeni durumunuz?

Evli değil

Evli Evli ise kaçınıcı :

7. İlk evliliğinizi kaç yaşında yaptınız?

8. Şu anki eşinizle kaç yaşında evlendiniz?

9. Şu anki eşinizle nasıl evlendiniz?

Görücü usulü

Arkadaş tavsiyesiyle

Kaçarak

Flört

Diğer :

10. Aileniz evlenirken evliliğinizi onayladı mı?

Evet

Hayır

11. Evlilik süreniz:

1-3 yıl

3- 5 yıl

- 5- 15 yıl
 15 yıl ve üstü
12. Çocuk sayınız:
 Hiç yok
 Tek çocuk
 İki çocuk
 Üç veya daha fazla
13. Çalışıp çalışmama durumunuz:
 Çalışıyorum
 Çalışmıyorum
 Emekliyim
14. Eşinizin çalışıp çalışmama durumu:
 Çalışıyor
 Çalışmıyor
 Emekli
15. Evde aile üyeleri dışında (anne, baba, çocuk/çocuklar) sürekli olarak kalan kimse var mı?
 Evet :
 Hayır
16. Evliliğiniz boyunca yoğun bir korku ve/veya çaresizlik hissettiğiniz bir olay yaşandı mı?
(Birden fazla işaretleye bilirsiniz)
 Doğal afet
 Fiziksel saldırı
 Ciddi hastalık (Ölüm riski taşıyan)
 Aile üyelerinden birinin kaybı
 Ayrılık (İşten ayrılma, yakın birinden uzaklaşma vb)
 Hastane ortamı (Ameliyat, yatma durumu vb)
 Ciddi bir kaza (Trafik kazası, ev kazası, düşme)
 Aile içi şiddet
 Cinsel istismar
 Fiziksel şiddet
 Duygusal şiddet
 Yaşanmadı
 Diğer :
17. Psikolojik bir hastalık yaşadınız mı?
 Evet :
 Hayır
18. Psikoloji destek gördünüz mü?
 Evet
 Hayır
- İlaç Süresi :
 Terapi Süresi :
 Çift terapisi Süresi :
 Grup terapisi Süresi:
19. Kaç yıldır psikolojik tedavi görüyorsunuz?
20. Psikolojik tedaviye kaç kere başladınız?
21. Psikolojik tedavi sürecinden fayda gördüğünüzü düşünüyor musunuz?
 Evet
 Hayır

EK-2**CİNSEL YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ**

Aşağıdaki ifadeleri okuyarak size uygunluk derecesine sağ taraftaki seçeneklerden bir tanesini (X) ile işaretleyiniz. Veriler yalnızca bilimsel araştırma amaçlı kullanılacaktır. Samimiyetle vereceğiniz cevaplar araştırmayı olumlu yönde etkileyecektir. Katılımınız için şimdiden teşekkürler.

	Hiç Katılmıyorum	Çoğunlukla Katılmıyorum	Kısmen Katılmıyorum	Kısmen Katılıyorum	Çoğunlukla Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1.Cinsel yaşamımı düşündüğümde, hayatımın eğlenceli /zevкли bir parçası olduğunu düşünüyorum.						
2. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, hayal kırıklığı hissediyorum.						
3.Cinsel yaşamımı düşündüğümde, kendimi üzgün (depresif) hissediyorum.						
4. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, kendimi bir kadın olarak eksik hissediyorum.						
5. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, kendimi iyi hissediyorum.						
6. Cinsel bir eş olarak kendime güvenimi yitirdim.						
7. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, sıkıntı hissediyorum.						
8. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, kızgınlık hissediyorum.						
9. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, eşime yakın olduğumu hissediyorum.						
10. Cinsel yaşamımın geleceği hakkında endişeleniyorum.						
11. Cinsel ilişkiden zevk almıyorum.						
12. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, utanıyorum.						
13. Cinsel konularla ilgili eşimle konuşabileceğimi düşünüyorum.						
14. Cinsel ilişkiden kaçınıyorum.						
15. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, suçluluk hissediyorum.						
16. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, eşimin rencide olmuş ya da reddedilmiş hissetmesinden endişeleniyorum.						
17. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, bir şeyleri kaybetmiş gibi hissediyorum.						
18. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, cinsel ilişki sıklığından memnunum.						

EK-3

ÇOK BOYUTLU DUYGUSAL İSTİSMAR ÖLÇEĞİ (ÇBDİÖ)

Aşağıda, partnerinizle (kız ya da erkek arkadaş/sevgili) ilişkinizdeki son altı ayı düşünerek yanıtlamanız istenen maddeler verilmiştir. Şu anda bir partneriniz yoksa bu maddeleri bir önceki ilişkinizi düşünerek yanıtlayabilirsiniz. Her bir madde için iki yanıt vermeniz gerekmektedir. “Siz” yazan satırda, belirtilen davranışı sizin ne sıklıkta yaptığınızı gösteren rakamı daire içine alarak işaretleyiniz. “Partneriniz” yazan satırda ise belirtilen davranışı, partnerinizin ne sıklıkta yaptığını gösteren rakamı daire içine alarak işaretleyiniz. Eğer siz ya da partneriniz bu davranışlardan birini son altı ay içinde göstermediyseniz ama daha önceden yaptıysanız 7’yi işaretleyiniz.

- (1) Bir kere (4) 6-10 kere (7) Son altı ayda olmadı ama daha önce oldu
(2) İki kere (5) 11-20 kere (0) Hiçbir zaman olmadı
(3) 3-5 kere (6) 20 kereden fazla

	Bir kere	İki kere	3-5 kere	6-10 kere	11-20 kere	20 + kere	Son 6 ayda olmadı	Hiç olmadı
1.Partnerime şüpheli bir tavırla nerede veya kimlerle birlikte olduğunu sordum.	1	2	3	4	5	6	7	0
2.Partnerim bana şüpheli bir tavırla nerede veya kimlerle birlikte olduğumu sordu.								
3.Partnerimin kişisel eşyalarını gizlice karıştırdım.								
4.Partnerim kişisel eşyalarımı gizlice karıştırdı.								
5.Partnerimin bazı arkadaşları veya aile üyeleriyle görüşmesini engellemeye çalıştım.								
6.Partnerim bazı arkadaşlarım veya aile üyelerimle görüşmemi engellemeye çalıştı.								
7.Partnerimin arkadaşları ile çok fazla zaman geçirmesinden şikayet ettim.								
8.Partnerim arkadaşlarım ile çok fazla zaman geçirmemden şikayet etti.								
9.Partnerime bana haber vermeden bir yere gittiği için kızdım.								
10.Partnerim ona haber vermeden bir yere gittiğim için kızdı.								
11.Partnerimi birlikte yeterince vakit								

geçiremediğimiz için suçlu hissettirmeye çalıştım.									
12.Partnerim beni birlikte yeterince vakit geçiremediğimiz için suçlu hissettirmeye çalıştı.									
13.Partnerimin nerede veya kimlerle birlikte olduğunu arkadaşlarına veya akrabalarına sorarak kontrol ettim.									
14.Partnerim nerede veya kimlerle birlikte olduğumu arkadaşlarıma veya akrabalarıma sorarak kontrol etti.									
15.Partnerimin aptal olduğunu söyledim ya da ima ettim.									
16.Partnerim benim aptal olduğumu söyledi ya da ima etti.									
17.Partnerime onun değersiz olduğunu söyledim.									
18.Partnerim bana değersiz olduğumu söyledi.									
19.Partnerime çirkin olduğunu söyledim.									
20.Partnerim bana çirkin olduğumu söyledi.									
21.Partnerimin dış görünüşünü eleştirdim.									
22.Partnerim benim dış görünüşümü eleştirdi.									
23.Partnerime zavallı, başarısız ya da benzeri bir ifade ile hitap ettim.									
24.Partnerim bana zavallı, başarısız ya da benzeri bir ifade ile hitap etti.									
25.Partnerimi diğer insanların önünde küçük düşürdüm.									
26.Partnerim beni diğer insanların önünde küçük düşürdü.									
27.Partnerime bir başka kişinin ondan daha iyi bir eş/sevgili olacağını söyledim.									
28.Partnerim bana bir başka kişinin benden daha iyi bir eş/sevgili olacağını söyledi.									
29.Konuşamayacak ya da konuşmayı istemeyecek kadar sinirlendim.									
30.Partnerim konuşamayacak ya da konuşmayı istemeyecek kadar sinirlendi.									
31.Kızdığımda partnerime soğuk ya da mesafeli davrandım.									
32.Kızdığında partnerim bana karşı soğuk ya da mesafeli davrandı.									
33.Bir sorun hakkında herhangi bir tartışma yapmayı reddettim.									
34.Partnerim bir sorun hakkında herhangi bir tartışma yapmayı reddetti.									
35.Partnerim bir sorun hakkında tartışmaya çalışırken kasıtlı olarak konuyu değiştirdim.									
36.Ben bir sorun hakkında tartışmaya çalışırken partnerim kasıtlı olarak konuyu değiştirdi.									
37.Partnerim için önemli olan bir sorunun varlığını reddettim.									
38.Partnerim benim için önemli olan bir sorunun varlığını reddetti.									
39.Bir konu hakkında konuşmayı reddettim ya da									

surat astım/küstüm.								
40.Partnerim bir konu hakkında konuşmayı reddetti ya da surat astı/küstü.								
41.Bir çatışma ya da anlaşmazlık anında kasıtlı olarak partnerimden uzak durdum.								
42.Bir çatışma ya da anlaşmazlık anında kasıtlı olarak partnerim benden uzak durdu.								
43.Partnerimi korkutacak kadar öfkelendim.								
44.Partnerim beni korkutacak kadar öfkelendi.								
45.Partnerime fikirlerimi saldırganca direktmeye çalıştım.								
46. Partnerim bana fikirlerini saldırganca direktmeye çalıştı.								
47.Partnerimi vurmakla/dövmekle tehdit ettim.								
48.Partnerim beni vurmakla/dövmekle tehdit etti.								
49.Partnerimi bir şey fırlatmakla tehdit ettim.								
50.Partnerim beni bir şey fırlatmakla tehdit etti.								
51.Partnerimin önünde bir şeyler fırlattım, bir şeyleri kırıp döktüm, tekmeledim ya da bir şeylere vurdum.								
52.Partnerim benim önümde bir şeyler fırlattı, bir şeyleri kırıp döktü, tekmeledi ya da bir şeylere vurdu.								
53.Partnerimi korkutmak için tehlikeli bir şekilde araba kullandım.								
54.Partnerim beni korkutmak için tehlikeli bir şekilde araba kullandı.								
55.Bir çatışma ya da anlaşmazlık anında partnerimin tepesinde dikildim veya etrafında dolanıp durdum.								
56.Bir çatışma ya da anlaşmazlık anında partnerim tepemde dikildi veya etrafımda dolanıp durdu.								

ÖZGEÇMİŞ

Pegah Bakhtiari, 1990 yılında İran Tahran şehrinde doğdu. İlk, orta ve lise öğrenimini Tahran'da tamamladı.

2014 yılında Mersin Üniversitesi, Fen-edebiyat Fakültesi, Psikoloji bölümünde lisans; 2015 yılında İstanbul Aydın Üniversitesinde Psikoloji Sosyal Bilimler Enstitüsü Anabilim Dalı'nda Yüksek lisans Öğrenimine başladı. 2019 yılında Öğrenim sürecini bitirmeye çalıştı.

2017 yılından bu yana Pegah Bakhtiari, Prof. Dr. Arif Verimlinin Özel Muayenehanesi'nde psikolog olarak görev almaya başladı.