

T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ BİLİM DALI

**CİNSEL İŞLEV BOZUKLUĞU OLAN VE OLMAYAN
BİREYLERDE PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK, ÖZNEL İYİ
OLUŞ VE SOSYAL YAŞAM KALİTESİNİN
İNCELENMESİ**

(Yüksek Lisans Tezi)

Tezi Hazırlayan:

Vahide KIRAY

İstanbul, 2017

T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ BİLİM DALI

**CİNSEL İŞLEV BOZUKLUĞU OLAN VE OLMAYAN
BİREYLERDE PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK, ÖZNEL
İYİ OLUŞ VE SOSYAL YAŞAM KALİTESİNİN
İNCELENMESİ**

(Yüksek Lisans Tezi)

Hazırlayan:

Vahide KIRAY

Öğrenci No:

140790089

Danışman:

Yrd. Doç. Dr. Hüseyin EBADİ

İstanbul, 2017

YEMİN METNİ

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum “Cinsel İşlev Bozukluğu Olan Ve Olmayan Bireylerde Psikolojik Sağlık, Öznel İyi Oluş Ve Sosyal Yaşam Kalitesinin İncelenmesi” başlıklı bu çalışmanın, bilimsel ahlak ve geleneklere uygun şekilde tarafımdan yazıldığını, yararlandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gösterildiğini ve çalışmamın içinde kullanıldığı her yerde bunlara atıf yapıldığını belirtir ve bunu onurumla doğrularım.25.07.2017.

Vahide KIRAY



T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ,
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
TEZLİ YÜKSEK LİSANS SINAV TUTANAĞI

25.7.2017

Enstitümüz *Psikoloji* Anabilim Dalı *Klinik Psikoloji* Programı yüksek lisans öğrencilerinden **140790089** numaralı **Vahide KIRAY**'ın "*Beykent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim – Öğretim Yönetmeliği*"nin ilgili maddesine göre hazırlayarak, Enstitümüze teslim ettiği "**Cinsel İşlev Bozukluğu Olan ve Olmayan Bireylerde Psikolojik Sağlık, Öznel İyi Oluş ve Sosyal Yaşam Kalitesinin İncelenmesi**" konulu tezini, Yönetim Kurulumuzun 11.04.2017 tarih ve 2017/14 sayılı toplantısında seçilen ve Taksim Yerleşkesinde toplanan biz jüri üyeleri huzurunda, ilgili yönetmeliğin (c) bendi gereğince (50) dakika süre ile aday tarafından savunulmuş ve sonuçta adayın tezi hakkında ~~oyçokluğu/oybirliği~~ ile **Kabul/Red veya Düzeltme** kararı verilmiştir.

İşbu tutanak, 4 nüsha olarak hazırlanmış ve Enstitü Müdürlüğü'ne sunulmak üzere tarafımızdan düzenlenmiştir.

DANIŞMAN

Yrd. Doç. Dr. Hüseyin EBADİ
(Beykent Üniversitesi)



ÜYE

Yrd. Doç. Dr. Melek ASTAR
(FSM Vakıf Üniversitesi)



ÜYE

Yrd. Doç. Dr. Neslim GÜVENDEĞER DOKSAT
(Beykent Üniversitesi)



Adı ve Soyadı : Vahide KIRAY
Danışmanı : Yrd. Doç. Dr. Hüseyin EBADİ
Türü ve Tarihi : Yüksek Lisans Tezi, 2017
Alanı : Klinik Psikoloji
Anahtar Kelimeler : Cinsel İşlev Bozukluğu, Psikolojik Sağlık, Öznel İyi Oluş,
Sosyal Yaşam Kalitesi

ÖZ

CİNSEL İŞLEV BOZUKLUĞU OLAN VE OLMAYAN BİREYLERDE PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK, ÖZNEL İYİ OLUŞ VE SOSYAL YAŞAM KALİTESİNİN İNCELENMESİ

Bu çalışmanın amacı, cinsel işlev bozukluğu olan bireylerin psikolojik sağlık, öznel iyi oluş ve sosyal yaşam kalitesi açısından cinsel işlev bozukluğu olmayan bireylerden farklılıklarının olup olmadığının araştırılmasıdır.

Araştırmanın evrenini İstanbul ilinde yaşayan ve cinsel işlev bozukluğu tedavisi amacıyla özel bir Psikoterapi merkezine giden hastalar ile cinsel işlev bozukluğu olmayan sağlıklı bireyler oluşturmaktadır. Araştırma niceliksel araştırma yöntemlerinden olan anket çalışması ile yürütülmüştür. Araştırmada kullanılan veri toplama aracı olarak “Kişisel Bilgi Formu”, “Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği”, “Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği”, “Öznel İyi Oluş Ölçeği” kullanılmış ve anket sonuçları SPSS 17.0 paket programı ile analiz edilmiştir.

Araştırma sonucunda cinsel işlev bozukluğu yaşayan bireylerin ölçek puan ortalamalarında cinsel işlev bozukluğu olmayan bireylere göre bilimsel düzeyde farklılıklar tespit edilmiştir. Cinsel işlev bozukluğu yaşayan bireylerin Psikolojik Sağlık puan ortalaması cinsel işlev bozukluğu yaşamayan bireylere göre bilimsel düzeyde anlamlı ve düşük tespit edilmiştir. Öznel İyi Oluş Ölçeği boyutlarından Kendi Geçmişini Başkalarının Hayatı İle Kıyaslama boyutunda cinsel işlev bozukluğu olan bireylerin puan ortalaması, cinsel işlev bozukluğu olmayanlardan yüksek tespit edilmiştir. Yaşam Kalitesi ölçeğinin alt boyutlarından Fizik Fonksiyonelli Yaşam Kalitesi, Sosyal Fonksiyonelli Yaşam Kalitesi, Fiziksel Rol, Duygusal Rol, Canlılık ve Bedensel ağrı boyutlarında cinsel işlev bozukluğu olan bireylerin yaşam kalitesi puan ortalaması düşük tespit edilmiştir.

Bireylerin yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, gelir seviyesi, çocuk sayısı, alkol ve sigara kullanma değişkenlerinde cinsel işlev bozukluğu olan ve olmayan bireylerde bilimsel düzeyde bir farklılık tespit edilmemiştir.

Cinsel işlev bozukluğu olan ve olmayan grupların kendi aralarında yapılan farklılık testlerinde, cinsel işlev bozukluğu olan bireylerin yaş gruplarına göre Karamsarlık puan ortalaması, cinsiyetlerine göre Arkadaşlık İlişkileri puan ortalaması, evli ve bekar bireylerin Ağrılı Yaşam Kalitesi puan ortalaması ve çocuğu olmayan ve iki çocuğu olan bireylerin Fiziksel Rol Yaşam Kalitesi puan ortalaması arasında bilimsel düzeyde farklılıklar tespit edilmiştir.

Cinsel işlev bozukluğu olan bireylerde yaş grupları ile Bedensel Ağrı puan ortalaması, evli bireylerin bekar bireylere göre Psikolojik Sağlık puan ortalaması, gelir değişkenine göre Ruhsal ve Fiziksel puan ortalaması, çocuk sayısı değişkenine göre Kendine Güven puan ortalaması, sigara kullanım değişkenine göre Genel Sağlık puan ortalaması arasında bilimsel düzeyde farklılıklar tespit edilmiştir.

Cinsel işlev, bireyin ruhsal, sosyal ve fiziksel sağlığının tamamlanmasının en önemli fonksiyonlarından biridir. Bu amaçla, araştırmada ulaşılan sonuçlar literatürdeki araştırmaların sonuçları ile karşılaştırılmış ve önerilerde bulunulmuştur.

Name and Surname : Vahide KIRAY
Supervisor : Assist. Prof. Hüseyin EBADİ
Degree and Date : Master's Degree, 2017
Major : Clinical Psychology
Key Words : Sexual Dysfunction, Resilience, Subjective Well-Being,
Social Quality Of Life

ABSTRACT

SEXUAL DYSFUNCTION AND NON INDIVIDUALS EXAMINATION OF PSYCHOLOGICAL STABILITY, RESILIENCE AND WELL-BEING

The aim of this study is to investigate whether individuals with sexual dysfunction differ from those without sexual dysfunction in terms of psychological well-being, subjective well-being and quality of social life.

The study population, living in the province and Istanbul for the treatment of patients with sexual dysfunction leading to a private rehabilitation center not constitute sexual dysfunction than healthy individuals. The research was conducted through a questionnaire study which was a quantitative research method. "Personal Information Form", "Arizona Sexual Experiences Scale", "Brief Psychological Robustness Scale", "Subjective Well - Being Scale" were used as data collection tools and the results of the questionnaires were analyzed with SPSS 17.0 package program.

As a result of the research, it was determined that the average scores of the individuals who had sexual dysfunction defeder at scientific level compared to those who did not have sexual dysfunction. The mean score of Psychological Health score of the individuals who had sexual dysfunction was found to be significantly lower than that of the individuals who did not have sexual dysfunction at scientific level. Individuals with sexual dysfunction in the dimension of subjective well-being scale compared to their own past and others' lives were found to have higher scores than non-sexual dysfunctions. In the subscales of the Quality of Life Scale, the average score of the quality of life scores of individuals with Physical Functional Quality of

Life, Social Functional Quality of Life, Physical Role, Emotional Role, Vitality and Physical Pain was low.

There was no scientific difference in the individuals with and without sexual dysfunction in terms of age, gender, marital status, educational status, income level, number of children, alcohol and smoking cessation variables.

In the difference tests between the groups with and without sexual dysfunction, the average level of pessimism score according to the age groups of the individuals with sexual dysfunction, the average score of friendship relations according to gender, the average score of the scores of married and single women with painful life quality and the physical Differences in the level of Role Quality of Life scores were found at the scientific level.

According to the average score of psychological wellness score according to the marital status, average of the mental and physical scores according to the income variable, the average of the Kenndine Trust score according to the number of children, and the general health score average according to the variable of cigarette use, among the individuals with sexual dysfunction Differences were found at the scientific level.

Sexual function is one of the most important functions of completing the spiritual, social and physical health of the individual. For this purpose, the results of the research were compared with the results of the researches in the literature and suggestions were made.

İÇİNDEKİLER

Sayfa No:

ÖZ

ABSTRACT

İÇİNDEKİLER	v
TABLolar LİSTESİ.....	viii
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	x
KISALTMALAR LİSTESİ.....	xi

BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ

1.1. Araştırmanın Amacı.....	2
1.2. Araştırmanın Önemi.....	2
1.3. Araştırmanın Hipotezi.....	3
1.4. Araştırmanın Alt Problemleri	3
1.5. Varsayımlar	3
1.6. Sınırlılıklar	4

İKİNCİ BÖLÜM

KURAMSAL ÇERÇEVE

2.1. Cinsellik ve Cinsel İşlev Bozukluğu.....	5
2.1.1. Cinsellik Kavramı	5
2.1.2. Cinsel İşlev.....	7
2.1.3. Cinsel Yanıt Döngüsü	7
2.1.4. Kadın ve Erkek Cinsel Yanıt Döngüsü Arasındaki Farklar.....	9
2.1.5. Cinsel İşlev Bozuklukları.....	12
2.1.5.1. Kadın Cinsel İşlev Bozuklukları	15
2.1.5.1.1. Hiperseksüel Bozukluk	15
2.1.5.1.2. Cinsel İlgi / Uyarılma Bozukluğu	17
2.1.5.1.3. Genitopelvik Ağrı / Birleşme Bozukluğu	18
2.1.5.1.4. Orgazm Bozukluğu	20
2.1.5.1.5. Başka Türü Adlandırılmayan Cinsel İşlev Bozuklukları	21
2.1.5.2. Erkek Cinsel İşlev Bozuklukları	21
2.1.5.2.1. Hipoaktif Cinsel İstek Bozukluğu.....	21

2.1.5.2.2. Erektıl Bozukluğu	22
2.1.5.2.3. Erken Orgazm Bozukluğu.....	23
2.1.5.2.4. Başka Türlü Adlandırılmayan Cinsel İşlev Bozuklukları	24
2.1.6. Cinsel İşlev Bozukluklarının Nedenleri.....	24
2.1.7. Cinsel İşlev Bozukluklarının Sonuçları	26
2.2. Psikolojik Sağlamlık	27
2.2.1. Psikolojik Sağlamlık Kavramı	27
2.2.2. Psikolojik Sağlamlık Kavramının Özellikleri.....	29
2.2.3. Psikolojik Sağlamlığı Etkileyen Faktörler	30
2.2.3.1. Risk Faktörleri.....	30
2.2.3.2. Koruyucu Faktörler	32
2.2.3.2.1. İçsel Koruyucu Faktörler.....	33
2.2.3.2.2. Dışsal Koruyucu Faktörler	35
2.2.3.2.3. Olumlu Sonuçlar	36
2.3. Öznel İyi Oluş Kavramı	37
2.3.1. Öznel İyi Oluş Kavramı	37
2.3.2. Öznel İyi Oluş Kuramları ve Özellikleri.....	38
2.3.3. Öznel İyi Oluşu Etkileyen Faktörler	40
2.4. Sosyal Yaşam Kalitesi	41
2.4.1. Yaşam Kalitesi	41
2.4.2. Sosyal Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler	43
2.4.2.1. Sağlığa Bağlı Yaşam Kalitesi	44
2.4.2.2. İşlevsellik	45
2.4.2.3. Sosyal Sağlık.....	46

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Modeli	47
3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	48
3.3. Veri Toplama Araçları	48
3.4. Verilerin İstatistiksel Analizi	50

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

- 4.1. Araştırmaya Katılan Bireylerin Demografik Değişkenlere Göre Dağılımları 51
- 4.2. Bireylerin Cinsel İşlev Bozukluğu Olup Olmamasına Göre Grupların Psikolojik Sağlık, Öznel İyi Oluş ve Yaşam Kalitesi Ölçeklerinin Puanları Açısından Karşılaştırılması..... 54
- 4.3. Cinsel İşlev Bozukluğu Olan Bireylerin Psikolojik Sağlık, Öznel İyi Oluş ve Yaşam Kalitesi Ölçeklerinin Puanları Açısından Karşılaştırılması..... 57
- 4.4. Cinsel İşlev Bozukluğu Olmayan Bireylerin Psikolojik Sağlık, Öznel İyi Oluş ve Yaşam Kalitesi Ölçeklerinin Puanları Açısından Karşılaştırılması 60

BEŞİNCİ BÖLÜM

SONUÇ, TARTIŞMA VE ÖNERİLER

- 5.1. Araştırmanın Sonuçları 65
- 5.2. Tartışma..... 67
- 5.3. Araştırmaya İlişkin Öneriler 70

KAYNAKÇA 71

EKLER..... 78

- Ek 1.** Kişisel Bilgi Formu 78
- Ek 2.** Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (Acyö) 80
- Ek 3.** Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği (Kpsö) 82
- Ek 4.** Öznel İyi Oluş Ölçeği (Öio)..... 83
- Ek 5.** Yaşam Kalitesi (Sf36) Formu 85

TABLolar LİSTESİ

Sayfa No.

Tablo 1. Kadında Cinsel Yanıt Döngüsünde Oluşan Anatomik ve Fizyolojik Değişiklikler.....	10
Tablo 2. Erkeklerde Cinsel Yanıt Döngüsünde Oluşan Anatomik ve Fizyolojik Değişiklikler.....	11
Tablo 3. DSM-5'te Yer Alan Cinsel İşlev Bozuklukları Alt Belirleyenleri.....	14
Tablo 4. Hiperseksüel Bozukluk Tanı Ölçütleri.....	16
Tablo 5. Cinsel İlgi / Uyarılma Bozukluğu Tanı Kriterleri.....	18
Tablo 6. Genitopelvik Ağrı / Birleşme Bozukluğu	19
Tablo 7. Sertleşme Bozukluğu Tanı Kriterleri	22
Tablo 8. Erken Boşalma Tanı Kriteri	23
Tablo 9. Araştırmaya Katılan Bireylerin Demografik Özellikleri.....	51
Tablo 10. Bireylerin Cinsel İşlev Bozukluğu Olup Olmadığına Göre Psikolojik Sağlık Ölçeğinin Puanları Açısından Mann Whitney U Testi İle Karşılaştırılması	54
Tablo 11. Bireylerin Cinsel İşlev Bozukluğu Olup Olmadığına Göre Öznel İyi Oluş Ölçeğinin Puanları Açısından Mann Whitney U Testi İle Karşılaştırılması.....	55
Tablo 12. Bireylerin Cinsel İşlev Bozukluğu Olup Olmadığına Göre Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Puanları Açısından Mann Whitney U Testi İle Karşılaştırılması.....	55
Tablo 13. Cinsel İşlev Bozukluğu Olan Bireylerin Yaşlarına Göre Psikolojik Sağlık Ölçeğinin Puanları Açısından Kruskal-Wallis Testi İle Karşılaştırılması	57
Tablo 14. Cinsel İşlev Bozukluğu Olan Bireylerin Cinsiyetlerine Göre Psikolojik Sağlık Ölçeğinin Puanları Açısından Mann Whitney U Testi İle Karşılaştırılması	58
Tablo 15. Cinsel İşlev Bozukluğu Olan Bireylerin Medeni Durumlarına Göre Psikolojik Sağlık Ölçeğinin Puanları Açısından Mann Whitney U Testi İle Karşılaştırılması	58
Tablo 16. Cinsel İşlev Bozukluğu Olan Bireylerin Çocuk Sayılarına Göre Psikolojik Sağlık Ölçeğinin Puanları Açısından Kruskal-Wallis Testi İle Karşılaştırılması	59
Tablo 17. Cinsel İşlev Bozukluğu Olan Bireylerin Psikolojik Sağlık, Öznel İyi Oluş Ve Yaşam Kalitesi Ölçeklerinin Ölçek Puanlarının Analizi	60
Tablo 18. Cinsel İşlev Bozukluğu Olmayan Bireylerin Yaşlarına Göre Psikolojik Sağlık Ölçeğinin Puanları Açısından Kruskal-Wallis Testi İle Karşılaştırılması	61
Tablo 19. Cinsel İşlev Bozukluğu Olmayan Bireylerin Medeni Durumlarına Göre Psikolojik Sağlık Ölçeğinin Puanları Açısından Mann Whitney U Testi İle Karşılaştırılması	61

Tablo 20. Cinsel İşlev Bozukluğu Olmayan Bireylerin Gelirlerine Göre Psikolojik Sağlık Ölçeğinin Puanları Açısından Kruskal-Wallis Testi İle Karşılaştırılması	62
Tablo 21. Cinsel İşlev Bozukluğu Olmayan Bireylerin Çocuk Sayılarına Göre Psikolojik Sağlık Ölçeğinin Puanları Açısından Kruskal-Wallis Testi İle Karşılaştırılması	63
Tablo 22. Cinsel İşlev Bozukluğu Olmayan Bireylerin Sigara Kullanma Durumlarına Göre Psikolojik Sağlık Ölçeğinin Puanları Açısından Mann Whitney U Testi İle Karşılaştırılması	64



ŞEKİLLER LİSTESİ

	Sayfa No.
Şekil 1. Psikojenik Kökenli Cinsel İşlev Bozuklukları.....	25
Şekil 2. Psikolojik Sağlamlıkta Risk Faktörleri.....	31
Şekil 3. Psikolojik Sağlamlıkta Koruyucu Faktörler	33
Şekil 4. Yaşam Kalitesi.....	43
Şekil 5. Araştırmanın Modeli.....	47



KISALTMALAR LİSTESİ

C.	: Cilt
Çev.	: Çeviren
DEÜ	: Dokuz Eylül Üniversitesi
DSM-V	: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı
Ed.	: Editör
İ.Ü.	: İstanbul Üniversitesi
KBF	: Kişisel Bilgi Formu
KPSÖ	: Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği
s.	: Sayfa
S.	: Sayı
vd.	: ve diğerleri

BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ

Cinsel sağlık, bireyin bedensel ve ruhsal açıdan doyum ve üremeye ilişkin yaşantısında iyilik halidir. İnsan sağlığının ayrılmaz bir parçası olarak cinsel sağlık, insanın tüm yönleriyle etkileşimde olmasını gerektirmektedir. Cinsellik, insan davranışlarının en önemli işlevsel yanını temsil ederken, cinselliğin yaşanmasında bireyin kişisel özelliklerinin izleri bulunmaktadır. Cinsellik, sadece fizyolojik sağlığın konusu değildir. Cinsellik üzerine yapılan araştırmalarda ruhsal iyilik halinin desteklenmesinde, bireyin sağlıklı etkileşimde bulunmasında ve sosyal ilişkilerinin niteliğinde önemli bir etkisi olduğu saptanmıştır.

İnsanların yaşamlarındaki doğal bir süreç olan cinselliğin bireyin doyuma ulaşmasında, yaşamını yönlendirmesinde ve tutum ve davranışları üzerindeki etkisi olumlu ya da olumsuz olabilmektedir. Cinsel işlev bozukluğu olan bireylerin yaşamlarındaki bu fonksiyonu kullanmaması pek çok sorunu da beraberinde getirmektedir. İnsanın doğasından kaynaklanan cinsel sürecin sağlıklı olabilmesi, karşılıklı etkileşim içinde bulunan bütün faktörlerin etkilerinin ortak sonucudur. İnsan bedeni ve ruhu üzerindeki her faktör cinsel işlevi etkilediği gibi cinsel işlev de bu etkileşimde bireyin mutluluğuna katkıda bulunur.

Cinsel yanıt döngüsündeki evrelerin kalıcı ya da tekrarlayıcı şekilde bozulması psikofizyolojik olumsuzluklara neden olurken, bütün nedenlerin birikimli toplamı olan cinsel işlev bozuklukları bireyin rahatsızlık hissetmesine ve stres yaşamasına neden olmaktadır. Bu süreç içindeki bütün bozulmalar, bireyin psikolojisi üzerinde baskı oluştururken, en doğal gereksinimini karşılayamayan insan belirli düzeyde iyi olmama hali hissedecek ve mutsuz olacaktır.

Psikolojik sağlamlık, öznel iyi oluş ve yaşam kalitesi birbiri ile iletişim içinde olan kavramlardır. Psikolojik sağlamlık, bireyin zor ve olumsuz koşullar ile baş edebilme gücünü ve dayanıklılığını ifade etmektedir. Psikolojik sağlamlık zor koşullarda yaşayan bireylerin yeterlilik geliştirebilme özelliğidir. Psikolojik

sağlamlıkla insanların iyileşme yeteneklerinin hangi düzeyde olduğu belirlenebilmektedir. Öznel iyi oluş, bireyin kendi yaşamı üzerindeki sübjektif değerlendirmesidir. Bireylerin kendi yaşamları üzerine oluşturdukları olumlu duygular öznel iyi oluş düzeyleri ile ilişkilidir. Yaşam kalitesi ise bireyin sağlık kaynaklı kalitesi, günlük aktiviteleri yapma yeteneği ve sosyal sağlığının izlerini taşıyan ve bireylerin iyi olma halinin bir derecesi olarak, sübjektif izler taşımaktadır. Cinsel işlev sağlığı ile bireylerin psikolojik sağlamlık, öznel iyi oluş ve sosyal yaşam kaliteleri birbiri ile ilişkili olduğu ancak bu ilişkinin yönü ve şiddetinin bireyden bireye değiştiği söylenebilir.

1.1.Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı, bireyin sağlığının en önemli yönü ve tamamlayıcısı sayılan cinsel sağlığını yitirmiş insanların psikolojik sağlamlık, öznel iyi oluş ve sosyal yaşam kalitesinin nasıl etkilendiğini araştırmaktır. Çalışmada, cinsel işlev bozukluğu olan hastaların sağlıklı bireyler ile psikolojik sağlamlık, öznel iyi oluş ve sosyal yaşam kalitesi açısından farklılıkların olup olmadığı araştırılmıştır.

Bireylerin yaşadığı cinsel işlev bozukları, fiziksel ve ruhsal sağlıkları üzerinde önemli bozulmalar yapabilmektedir. Araştırma, cinsel işlev bozukluğu yaşayan bireylerin bu etkilenme sürecini nasıl yaşadıklarını var olan problemleri ile nasıl baş ettikleri, yaşamlarını nasıl değerlendirdiklerini ve iyi olma düzeylerinin nasıl olduğu konusunda bilimsel nitelikte bulgulara ulaşmayı amaçlamaktadır.

1.2.Araştırmanın Önemi

Araştırma, cinsel işlev bozukluğu ile ilgili çalışmalarda bireylerin kendileri hakkındaki sübjektif görüşleri ile değerlendirdikleri sonuçları ile psikolojik sağlamlık, öznel iyi oluş ve sosyal yaşam kalitesi açısından katkıda bulunacaktır. Bireylerin kendilerini değerlendirmelerinde cinsel sağlıklarının, psikolojik sağlamlık öznel iyi oluş ve sosyal yaşam kalitesine etkisinin olup olmadığının incelenmesi insan sağlığı araştırmalarında ve terapi yapan uzmanların değerlendirmesi açısından önemli olacağı düşünülmektedir.

1.3.Araştırmanın Hipotezi

Araştırmanın hipotezleri aşağıda gösterilmiştir.

- 1) Cinsel işlev bozukluğu olan bireylerin ve cinsel işlev bozukluğu olmayan bireylerden psikolojik sağlık düzeyleri düşüktür.
- 2) Cinsel işlev bozukluğu olan bireylerin ve cinsel işlev bozukluğu olmayan bireylerden öznel iyi oluş düzeyleri düşüktür.
- 3) Cinsel işlev bozukluğu olan bireylerin ve cinsel işlev bozukluğu olmayan bireylerden yaşam kalitesi düzeyleri düşüktür

1.4.Araştırmanın Alt Problemleri

Araştırmanın problem cümlesine uygun olarak alt problemlerde belirlenmiştir. Alt problemler aşağıda gösterilmektedir.

- 1) Cinsel işlev bozukluğu olan bireylerin cinsel işlev bozukluğu olmayan bireylerden psikolojik sağlık düzeyleri düşük müdür?
- 2) Cinsel işlev bozukluğu olan bireylerin cinsel işlev bozukluğu olmayan bireylerden öznel iyi oluş düzeyleri düşük müdür?
- 3) Cinsel işlev bozukluğu olan bireylerin cinsel işlev bozukluğu olmayan bireylerden yaşama kalitesi düzeyleri düşük müdür?
- 4) Cinsel işlev bozuklukları olan ve olmayan bireylerin demografik özelliklere (yaş cinsiyet, medeni durum, eğitim, gelir seviyesi çocuk sayısı, alkol ve sigara kullanımı) göre psikolojik sağlıkları, öznel iyi oluşları ve yaşam kalitesi düzeyleri arasında bilimsel düzeyde farklılık var mıdır?

1.5.Varsayımlar

Araştırmadaki kullanılan literatürdeki bilgilerin doğru olduğu ve gerçeği yansıttığı varsayılmıştır. Araştırmada kullanılan ölçeklerin bilimsel bulgulara

ulaşmak için geçerli ve güvenilir olduğu varsayılmıştır. Araştırmaya katılan çalışma grubunun verdiği cevapların samimi ve gerçek durumlarını açıklayan cevaplar olduğu varsayılmıştır.

1.6.Sınırlılıklar

Araştırma 17 Haziran 2016 ve 17 Temmuz aylarında yapılan anketlerin uygulanması ile yürütülmüştür. Evreni temsil eden bütün örneklem ulaşabilmek maliyet ve zaman kısıtı nedeniyle mümkün olmadığı için İstanbul'da faaliyetini sürdüren bir terapi merkezine cinsel işlev bozukluğu tedavisi için gelen hastalar örneklem grubu olarak seçilmiştir. Araştırmada kullanılan örneklem sayısı cinsel işlev bozuklukları için 30 cinsel işlev bozukluğu olmayan bireyler için 30 kişi olarak belirlenmiştir.

İKİNCİ BÖLÜM

KURAMSAL ÇERÇEVE

Bu bölümde cinsellik kavramı, cinsel işlevler ve cinsel işlev bozuklukları kadın ve erkekler sınıflandırılmasında incelenmiştir. Bölümde ayrıca cinsel işlev bozukluklarının sonuçları da araştırılmıştır.

2.1. Cinsellik ve Cinsel İşlev Bozukluğu

2.1.1. Cinsellik Kavramı

Cinsellik kavramı pek çok farklı şekilde tanımlanabilmektedir. Cinsellik insan hayatının en önemli işlevi olarak pek çok faktörün karmaşık ilişkisiyle şekillenmektedir.

Cinsellik insan doğasının bir sonucu olarak fiziksel, psikolojik ve sosyal yaşamın birbirinden ayrılmaz bir yönüdür. Cinsellik sadece üreme fonksiyonu ile açıklanamayacağı gibi haz fonksiyonu ile de açıklanamaz. Cinsellik biyolojik bir fonksiyonun sosyal etkileşim, bireyler arasında duygulanım ve zevk veren bir yaşantıdır (Bozdemir ve Özcan, 2011). Cinsellik en genel anlamı ile bireyin hem bedensel hem de ruhsal katılımı ile gerçekleşen doyuma ve üremeye yönelik yaşantıları olarak tanımlanmaktadır. Cinselliğin üremeye yönelik anlamında karşı cinse ihtiyaç varken doyuma yönelik anlamında ise bu zorunluluk yoktur (CETAD, 2006: 7).

Cinsellik, iki insanın armoni içerisinde beraberliklerini içeren sosyal kurallar, değer yargıları ve tabularla belirlenmiş, biyolojik, psikolojik ve sosyal yönleri olan özel bir yaşantı olarak tanımlanabilir (Aydın, 1998). Cinselliğin en önemli özelliği biyo-psiko-sosyal bir varlık olan insanın tüm yönleri ile etkileşim içinde olması ile oluşmasıdır. Cinselliğin tanımı her toplumda ve her çağda farklı bir şekilde yapılmış ve bu tanımlarda cinselliğin insan doğasının sağlıklı bir işlevi olduğu açıklanmıştır (Bozkurt, 1996).

Cinsellik insan davranışlarının en önemli işlevsel yanını temsil etmektedir. Biyolojik üremenin sağlamış olduğu dürtünün yönetilebilir, yönlendirilebilir hatta öğrenilebilir bir süreç olması, bireyin içinde bulunduğu sosyal ve kültürel çevreden etkilenmesine neden olmaktadır. Cinselliğin yaşanmasında bireyin kişisel özelliklerinin izleri bulunmaktadır. Cinsellik bireyden bireye değişebildiği gibi kişinin yaşamı içindeki farklı devrelerde farklı anlamlar taşıması da olağandır (Kulak, 2006).

Cinsellik, insanoğlunun cinsiyet, toplumsal cinsiyet, cinsel kimlik, cinsel yönelim, erotizm, sevgi ve üremeyi kapsayan temel bir boyutunu oluşturmaktadır. Cinsellik insanın sadece fiziksel değil ruhsal bütünlüğünü besleyen ve sosyal ilişkilerini yönlendiren, zenginleştiren ve artıran sağlıklı olma halidir (Gölbaşı, 2003). Cinselliğin doğal bir süreç olması insanın hayatını zenginleştiren boyutu ile toplumsal varoluşunu açıklarken, içinde insan doğasından kaynaklanan bütün duyguları barındırması ve insanın yeryüzündeki varlığını sağlayacak biyolojik üremeyi gerçekleştirmesi yaşam kalitesi açısından oldukça önemlidir. Toplumsal cinsiyet, cinsel kimlik, cinsel yönelim cinselliğin içinde var olan cinsellik tanımlarının göz ardı etmediği bilimsel gerçeklerdir.

Farklı yaklaşımlara uygun olarak cinsellik kişiliğin tüm yönlerini içinde barındırmaktadır. Bireyin kendi cinsellik anlayışına uygun olarak tutumu ve yönelimi farklı güdülerden kaynaklanabilmektedir. Cinsellik bireyin doyuma ulaşmasında onu güdüleyen ve davranışlarını belirleyen bir özelliğe de sahiptir (Bozkurt, 1996). Freud'a göre cinselliğin kökenleri erken bebeklik döneminden itibaren inşa edilmektedir. Birey cinsel kimliğini keşfederken toplumsal çevre ile girdiği etkileşimde sosyal kültürel faktörlerin etkisi altındadır. Bu süreç, bebeklikten başlayan uyanımlarla pekişmektedir. Toplumda yerleşmiş mitler, yanlış inanışlar, abartılı ve gerçeği yansıtmayan beklentiler da cinselliğin tanımlanmasında etkilidir (Gülsün Ak ve Bozkurt, 2009).

Cinselliğin insanın ayrılmaz bir parçası ve en önemli fonksiyonlarından bir olduğu söylenebilir. Cinselliğin, bireyin sahip olduğu ruhsal ve fiziksel özellikler ile toplumsal ilişkilerle belirlenen yapısı, bedensel ve ruhsal olarak doyuma ve üremeye yönelik yaşantısını etkilemektedir.

2.1.2. Cinsel İşlev

Cinsel işlev, insanın içinde bulunduğu toplumsal yapının da etkilediği bireysel özelliklerinden ve fizyolojisinden kaynaklanan bütünsel bir etkileşim sürecidir (Ortaylı, 2001). Cinsel işlev biyopsikososyal bir süreçtir. Cinsel işlevin organik ve psikolojik bileşenleri vardır ve çok disiplinli değerlendirmeyi gerektirmektedir. Bireyin karakter özelliği, kişiliğini oluşturan duygu ve düşünceler, yaşam düzeyi, toplumdaki konumu ve toplumsal ilişkilerdeki tutum ve davranışları cinsel işlevi etkilemektedir (Doğan, 2011). Cinsel işlev iki insan arasındaki etkileşimin bir sonucu olarak fiziksel, biyolojik, psikolojik ve sosyal tepki olarak bütün süreçlerin bir bütünüdür (Yetkin, 1998).

Cinsel işlevin sağlıklı olarak yerine getirilmesi için pek çok faktörün etkileşiminin uyum içinde olması gerekmektedir. Bu faktörler, hormonal, psikolojik, nörolojik, psikososyal etkilerdir (Çeri, Yılmaz ve Soykan, 2008).

Cinsellik, temel bir içgüdüdür. Cinsel işlevler, başta merkezi sinir sistemi, beş duyu ve genital organlar olmak üzere tüm bedenin katıldığı ve üretilen otuzdan fazla hormon ve kimyasal maddenin karmaşık bir etkileşimi ile yürütülen bir süreçtir. Dolayısıyla, insan bedeni ile ilişkili her faktör cinsel ilişkiyi etkilemektedir. Sosyokültürel etkenlerin de cinsel işlevler üzerinde oldukça önemli bir etkisi bulunmaktadır (CETAD 2006). Kadın ve erkeğin cinsel işlevlerinin farklı olması kadının doğurganlık özelliğinden kaynaklanan menarş, gebelik, doğum, menopoz, laktasyon gibi gelişimsel olaylar tarafından etkilenmesidir. Cinsel işlevin yerine getirilmesinde tüm faktörlerin bilinmesi işlev bozukluklarının tanı ve teşhisinde önemli yararlar sağlamaktadır (Aslan, 2013). İnsanların Cinsel işlevlerinin sağlıklı olarak yerine getirilmesi mutlulukları ile doğrudan ilişkilidir. Cinsel işlev, bireyin fiziksel ve ruhsal sağlığını olumlu etkilerken meydana gelen bozulma ve hastalıklar ise olumsuz etkilemektedir.

2.1.3. Cinsel Yanıt Döngüsü

Cinsel yanıtların fizyolojik bir döngüsü vardır. Bu döngü içinde istek, uyarılma, orgazm ve çözülme (rezolüsyon) gibi evreler bulunur. Cinsel yanıt

döngüsü birbirini izleyen süreçlerin etkileşimi ile meydana gelen çeşitli biyolojik (vasküler, hormonal, nörolojik) ve psişik etkenlerin karşılıklı ve uyumlu olmasını gerektirmektedir (Sungur, 1998).

Cinsel yanıt döngüsü, cinsel cevap süresi ya da cinsel işlev fizyolojisi tanımları ile açıklanan bu dört süreç Master ve Johnson'un 1960'lı yıllarda yaptığı klinik deneylerle ortaya atılmıştır. Araştırmacılar, deneklerin cinsel uyarılara ve süreçlere yönelik verdikleri cevapları bilimsel ölçüm metotları ile analiz ederek dört ana aşama kaydetmiştir (Atmaca, 2013).

Cinsel yanıt psikofizyolojik açıdan bir dizi etkileşim sonucu gerçekleşmektedir. Cinsel yanıt döngüsünün dört aşaması bulunmaktadır. Uyarılmayla başlayan süreç fizyolojik yanıtların alınmasıyla ilerler ve platoyla ve orgazmı yükselir ve çözülme ile son bulur (Bozkurt, 1996). Cinsel yanıt döngüsü aşağıdaki aşamalardan oluşmaktadır.

Uyarılma Aşaması: Bu aşama genel olarak bireyin santral sinir sisteminin erotik duygu ve düşünce ile uyarılması ile başlamaktadır. Bedensel ve psikolojik uyarılma ile birlikte bireyin gereksinimlerini karşılayacak ve cinsel işlevi yerine getirecek şekilde uzun sürebilecek bir evredir (Master ve Johnson, 1994, Akt: Kulak, 2006: 15).

Plato Aşaması: İkinci aşama plato evresi, cinsel uyarının sürdürülmesi ve cinsel heyecanın artırılması ile gerilimin yükselmesi ile sonuçlanır. Bu evrede, cinsel yanıt yoğunlaşmaya başlamıştır. Kasılmalar oluşur ve solunum hızlanır ve kan basıncı artar (Master ve Johnson, 1994, Akt: Kulak, 2006: 15).

Orgazm Aşaması: Bu evre, diğer aşamalar arasında süre açısından en kısa ancak duyumsanan cinsel haz açısından en yoğun evredir (Master ve Johnson, 1994, Akt: Kulak, 2006: 15).

Çözülme Evresi: Çözülme sonrası genital organlardan kanın geriye çekilmesi ve bedenin eski haline dönüşü, kişiden kişiye değişmekle beraber genel olarak rahatlama ve iyilik duygusu ile son bulur. Son aşama olan çözülme, orgazmı takiben ya da orgazm gerçekleşmediği takdirde platoyu takiben genital bölgelerde ya

da bedeninin bütününde önceki aşamalarda oluşmuş olan fizyolojik değişikliklerin dakikalar içerisinde aynı sırayı takip ederek kaybolması ile karakterizedir. Kadınlar, erkeklerden farklı olarak, çözülme evresinin herhangi bir aşamasında uygun bir cinsel uyararla yeniden uyarıldıkları takdirde, yeniden bir başka orgazm evresine girme potansiyeline sahiptirler (Master ve Johnson, 1994, Akt: Kulak, 2006: 16).

2.1.4. Kadın ve Erkek Cinsel Yanıt Döngüsü Arasındaki Farklar

Kadın ve erkek cinselliği arasındaki farkların temelinde fizyonomilerinin ve cinsel yanıt döngülerinin birbirinden farklı ve bağımsız olması yatmaktadır. Kadın ve erkeklerde farklı yanıt döngüsü bulunmakta ve her iki cinsiyette de uyarılma, plato, orgazm süreçleri farklı şekillerde ortaya çıkmaktadır (İncesu, 2001).

Kadın cinsel organı klitorist, erkek cinsel organı olan penisle karşılaştırıldığında yaklaşık 3 kat daha fazla zengin sinir ağına sahiptir. Kadınlarda orgazm yoğunluklu olarak klitoral bölgede ve vajinada erkeklerde ise prostat, penis ve testistlerde yoğunluk kazanmaktadır (Atmaca, 2013). Bu açıdan, cinsel yanıt döngüsü kadın ve erkeklerde farklı şekilde meydana gelmektedir. Sahip olunan fiziksel ve psikolojik özellikler nedeniyle her iki cinsiyet içinde farklılaşan cinsel yanıt döngüsü aynı evrelere sahiptir.

Erkeklerde cinsel yanıt döngüsünün süre ve evrelerinin gelişmesi pek çok erkek için benzer şekilde sürmektedir. Yapılan araştırmalar erkeklerin cinsel yanıt döngüsünü tek bir grafikte açıklayabilecek bir yapıdadır. Ancak kadınlarda cinsel yanıt döngüsü aynı cinsiyet içinde sayısız çeşitliliği kapsamaktadır. Kadınlarda cinsel uyarılma ve orgazma bağlı olarak sürecin süresi ve evrelerinde bireyden bireye değişiklik göstermektedir (İncesu, 2007). Aşağıdaki Tablo 1.'de kadınlarda cinsel yanıt döngüsü gösterilmektedir.

Tablo 1. Kadında Cinsel Yanıt Döngüsünde Oluşan Anatomik ve Fizyolojik Değişiklikler

Kadın	Uyarılma	Plato	Orgazm	Çözülme
Vajina	Lubrikasyon Genişleme, uzama	Kabarma	Kasılmalar	Kabarmanın genişlemenin kaybolması
Klitoris	Başında büyüme gövdede uzama	Büzülme	Değişiklik yok	Hızla eski pozisyona dönme
Labium majör	Ayrılma, çapında artma	Yassılaşıma	Değişiklik yok	Normale dönme
Labium minör	Hafifçe kalınlaşma ve genişleme	Renk değişikliği	Değişiklik yok	Normal renk ve boyuta dönme
Uterus	Gövdesinde yükselme serviks vajinadan ayrılır	Gövde ve serviks en yüksekte	Fundustan servikse doğru kasılmalar	Gövde normale döner, serviks vajinaya doğru iner, servikal açıklık kapanır

Kaynak: CETAD. (2006). “Cinsel Yaşam ve Sorunları”, Ed. Şahin D., Şimşek F. Seyisoğlu H. 2006, (22 Eylül 2016) tarihinde http://www.cetad.org.tr/Cet_adData/Book/5/2692011151611-bilgilendirme_dosyasi_1.pdf adresinden alındı.

Yukarıdaki tabloya göre cinsel yanıt döngüsü kadının vajinal lubrikasyon ve küçük dudakların kanla dolması ile başlamaktadır. Kan basınca artış ve memelerde büyüme ve dikleşme ortaya çıkar. Plato evresinde, vazokonjesyon maksimal noktaya ulaşır. Kan basıncının artışı devam eder ve plato evresinin sonlarına doğru kaslardaki gerilim, hızlı nefes alıp verme, kalbin hızlı çarpması, kan basıncında artma belirginleşir ve anüsü çevreleyen kaslarla kalça kaslarında kasılmalar gözlenir.

Orgazm ile birlikte ritmik ve düzensiz kasılmalar oluşur ve kasılmaların süresi ve şiddeti uzar orgazm klitoral bölgede yoğunluk kazanır. Genital organlarda oluşmuş fizyolojik değişikliklerin aynı sırayı takip ederek uyarı öncesi duruma dönmesi, gevşeme dönemine girilir. Erkeklerde cinsel yanıt döngüsü Tablo.2.’de gösterilmektedir.

Tablo 2. Erkeklerde Cinsel Yanıt Döngüsünde Oluşan Anatomik ve Fizyolojik Değişiklikler

Erkek	Uyarılma	Plato	Orgazm	Çözülme
Penis	Hızla ereksiyon	Ereksiyon sürdürülür, Koronal bölgede renk değişikliği	Üretraya doğru kasılmalar	Gevşeme Eski durumuna dönme
Skrotum Testisler	Skrotal deride kalınlaşma ve Skrotum ve testislerde yükselme	Büyüme testislerde yükselme	Tepki yok	Normale dönme
İç genitaler (prostat vas deferans vd.)	Değişiklik yok	Değişiklik yok	Kontraksiyona katılırlar	Değişiklik yok
Memeler	Uçlarda ereksiyon (bazı erkeklerde)	Uçlarda ereksiyon (bazı erkeklerde)	Değişiklik yok	Normale dönme

Kaynak: CETAD. (2006). "Cinsel Yaşam ve Sorunları", Ed. Şahin D., Şimşek F. Seyisoğlu H. (22 Eylül 2016) tarihinde http://www.cetad.org.tr/Cet_adData/Book/5/2692011151611-bilgilendirme_dosyasi_1.pdf adresinden alındı.

Uyarılma peniste vazokonjesyon ile karakterize edilir. Ereksiyonun sağlanması ile uyarının artması ile birlikte erkeğin testisleri büyüyerek yükselir ve orgazm öncesi duruma gelir, orgazm evresinde semenin güçlü bir şekilde emisyonu ile birlikte ejakülasyon gerçekleşmektedir. Çözülme aşamasında, genital organlarda oluşmuş fizyolojik değişikliklerin aynı sırayı takip ederek uyarı öncesi duruma dönmesi gerçekleşir, gevşeme yaşanır.

Cinsel yanıt döngüsünde kadın ve erkekler arasındaki temel farklılıklardan biri de yanıtız evre olarak tanımlanan erkeğin herhangi bir uyarana karşılık cinsel yanıt döngüsüne tepki vermediği bireyden bireye ve yaşa göre değişen evre gelmektedir.

Görüldüğü gibi erkek cinsel yanıt döngüsü ile kadın cinsel yanıt döngüsü arasında önemli farklılıklar bulunmaktadır. Bu farklılıkların sonucu olarak cinsel işlev bozuklukları da farklılık göstermektedir.

2.1.5. Cinsel İşlev Bozuklukları

Klinik psikiyatride, cinsel işlev bozuklukları bütün yönleri ile giderek artan bir öneme sahiptir. Günümüz de bu çalışmaların artarak devam etmesi tarihsel olarak tabu ve mahrem sayılan bu alanda cinsel işlevlerin insan hayatındaki öneminin anlaşılması ve tabu olmaktan çıkarılması ile başlamıştır. Yapılan araştırmalarda sayı olarak farklılık gösterse de cinsel bozukluklarının yaygın olarak görüldüğü tespit edilmiştir. Kesin rakamlara ulaşmak zor olsa da her 4 erkekten birinde prematür ejakülasyon, her 10-12 kadından birinde vajinismus ve 3 kadından birinde anorgazmi olduğu tespit edilmiştir (CETAD, 2006).

Son yıllarda yapılan araştırmalar ile cinsel işlev bozukluklarının tanı ve tedavisinde önemli gelişmeler elde edilmiştir. Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) tarafından yayınlanan Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı'nda (DSM-V) cinsel işlev bozuklukları aşağıdaki gibi gösterilmektedir (Songur, 2014):

1. Geç boşalma,
2. Sertleşme bozukluğu,
3. Kadında orgazm bozukluğu,
4. Kadında cinsel ilgi/uyarılma bozukluğu,
5. Cinsel organlarda-pelviste ağrı/içe girme bozukluğu,
6. Erkeklerde düşük cinsel istek bozukluğu,
7. Erken boşalma,
8. Maddenin/ilacın yol açtığı cinsel işlev bozukluğu,
9. Tanımlanmış diğer bir cinsel işlev bozukluğu,
10. Tanımlanmamış Cinsel İşlev Bozukluğu.

Cinsel işlev bozukluğu tanımlamaları genellikle DSM-IV-TR ve DSM-V-TR tanı ve ölçütlerine uygun olarak yapılmaktadır. Bu sınıflandırma sistemine göre bireylerin cinsel işlevlerinde görülen kalıcı ya da tekrarlayıcı, belirgin bir sıkıntıya ya

da bireyler arasında sorunlara neden olan bozukluklar cinsel işlev bozukluğu olarak tanımlanmaktadır (Çeri, Yılmaz ve Soykan, 2008).

Normal süren cinsel işlevde cinsel yanıtının herhangi bir evresinde meydana gelen bozulmalar cinsel işlev bozukluğu olarak tanımlanmaktadır. Cinsel işlev bozukluklarının pek çok nedeni bulunmakta ve bütün nedenlerin birikimli toplamı cinsel ilişkide bozulmaya sonuçlanabilmektedir (Doğan, 2011).

Cinsel işlev bozukluğu bireysel ve toplumsal ilişkileri olumsuz yönde etkilerken, cinsel isteksizlik ve işlevde bozulmalara neden olan ve distrese yol açan cinsel yanıt döngüsündeki psikofizyolojik değişime neden olan bozukluk olarak tanımlanmaktadır (Andaç, 2015).

Cinsel işlev bozukluğu, cinsel cevap döngüsünde bir veya birden fazla aşamada bozukluk olması veya cinsel ilişkiye bağlı ağrı olarak tanımlanabilir. Cinsel işlev bozukluğunun hastalık olarak tanımlanabilmesi için bireyin ruhsal ve fiziksel sağlığını uzun süre olumsuz etkilemesi ve rahatsızlık oluşturması gerekmektedir (Gereklioğlu, Başhan ve Akpınar, 2010).

Cinsel işlev bozukluğunun ruhsal ve fonksiyonel olarak karakterize edilen pek çok bozukluk kategorisi bulunmaktadır. Ancak cinsel işlev bozukluğundan bahsedebilmek için uyarı, plato, orgazm ve çözülme evrelerinde fonksiyonel bozukluklar, cinsel istek kaybı ve belirgin bir sıkıntı düzeyin sürmesi gerekmektedir.

Cinsel işlev bozukluklarına yönelik son yıllarda tanı kriterlerinde önemli değişiklikler olmuştur. DSM-IV-TR ve DSM-V-TR arasında farklı kriterlere göre sınıflandırılan cinsel işlev bozukluklarında daha önceki ölçütlerde rastlanmayan “kısa sürede, çok kısa sürede, tekrarlayıcı, inatçı” benzeri ifadeler ile “homojen” gruplara girmeyen bireyleri “bozukluk” kavramında değerlendirmemek için “özgül süre ve şiddet” kriterleri belirlenmiştir. DSM-V-TR’de farklı bir yaklaşım kullanılarak farklı cinsiyetlerin cinsel yanıt döngülerinin benzer olmayabileceğini vurgulanmış ve bazı kategoriler de birleştirilmiştir (Sungur ve Gündüz, 2013).

DSM-V-TR’de cinsel işlev bozukluklarının alt belirleyeni de değişmiştir. Buna göre Şekil 3.’de cinsel işlev bozukluklarının alt belirleyeni gösterilmektedir.

Tablo 3. DSM-5'te Yer Alan Cinsel İşlev Bozuklukları Alt Belirleyeni

DSM-5'te Yer Alan Cinsel İşlev Bozuklukları Alt Belirleyeni
1. Yaşam boyu (ilk cinsel etkinlikten bu yana)/Edinilmiş
2. Yaygın/Durumsal
3. Partner faktörü (partnerin cinsel sorunları, partnerin sağlık durumu vb.)
4. İlişki faktörleri (örn. zayıf iletişim ilişkide çatışma, cinsel istek uyumsuzluğu)
5. Bireysel faktörler (örn. depresyon ve kaygı, zayıf beden imajı, geçmişte istismara maruz kalınması)
6. Kültürel/dinsel etkenler (örn. cinselliğe yönelik yasaklardan kaynaklanan ket vurma)
7. Prognoz, seyir ve tedavi ile ilgili tıbbi faktörler

Kaynak: İncesu C. Dsm-5 ve Cinsel İşlev Bozuklukları, Nöropsikiyatri Arşivi 2011; 48 Özel Sayı 1: 1-6 (29 Eylül 2016) Tarihinde <http://www.noropsikiyatriarsivi.c om/sayilar/401/buyuk/1-6.pdf> adresinden alındı.

DSM-V-TR'de cinsel işlev bozukluklarının daha ayrıntılı ve kapsamlı tanımlanması içine “depresyon ve kaygı”, “zayıf beden imajı”, “geçmişte istismara maruz kalınması” gibi tanımlar eklenmiştir (İncesu, 2011).

Değişen klinik tanı ve yaklaşıma uygun olarak cinsel işlev bozukluğu multidisipliner bir yaklaşımla tekrar ele alınmış ve cinsel işlev bozukluğunun kabul edilebilmesi için “6 ay” kriteri konuşmuştur. Getirilen nesnel kriterler psikolojik değerlendirmede bilimsel esasların ve ölçütlerin kullanılmasına yöneliktir. Örneğin erken boşalma için “cinsel birleşmenin 1 dakikası içinde boşalmış olma” ölçütü bunlardan biridir (İncesu, 2011).

2.1.5.1. Kadın Cinsel İşlev Bozuklukları

2013 yılından itibaren DSM-V-TR’de değişen cinsel işlev bozukluğu yaklaşımlarına uygun olarak kadın cinsel işlev bozuklukları aşağıda gösterilmiştir.

2.1.5.1.1. Hiperseksüel Bozukluk

2013 yılından itibaren ayrı bir sınıflandırma başlığı altında tanımlanan hiperseksüel bozukluk bireyin yoğun ve sürekli tekrarlayan bir şekilde aşırı seks bağımlısı kapsamında aşırı mastürbasyon yapmasıdır (Budak, 2014).

Hiperseksüel bozukluğun özel bir sınıflandırma ile kategorileştirilmesi, dünya toplumlarının içinde bulunduğu sosyolojik durum ile açıklanabilir. Bireylerin planlı bir şekilde kurgulayarak sürekli olarak mastürbasyon yapması, erotik düşünceleri aklından atamaması nedeniyle sekse karşı aşırı düşkünlüğü Obsesif Kompulsif Bozukluk benzeri bir durum ile hiperseksüel bozukluk yaşayabilmektedir.

Bu bozukluğu yaşayan bireylerin aşırı olarak değerlendirilen davranışları arasında, sürekli porno film seyretmeye meyilli olmaları, birden fazla partnere sahip olmaları ve sürekli olarak doyumlarını düşünmeleridir (Budak, 2014).

Hiperseksüalite bipolar bozukluğu, dürtü kontrol bozukluğu olarak stresle baş etmede güçlükler, duygusal düzensizlikler ve öz disiplin eksiklikleri ilk sırada yer alır. Kadın hastalar erkeklere göre daha fazla özgüven eksikliği, başkalarına güven duymama, başkaldırı, başarı için çabalamama ve heyecan arama özelliklerine sahip olabilmektedir (Aydın Beşen ve Arslan, 2014). Aşağıdaki Tablo 4.’de hiperseksüel bozukluk tanı kriterleri gösterilmektedir.

Tablo 4. Hiperseksüel Bozukluk Tanı Ölçütleri

Hiperseksüel Bozukluk Tanı Ölçütleri	
A.	<p>1. Cinsel fantezi ve dürtüler ve cinsel davranışları planlama ve uygulamaya yönelik aşırı zaman harcamak</p> <p>2. Hoşa gitmeyen duygu durumlarına (örn. kaygı, depresyon, sıkıntı, (imitabilite) tepki olarak tekrarlayan biçimde cinsel fantezi, dürtü ve davranışlara yönelmek.</p> <p>3. Strese yol açan gelişmelere tepki olarak tekrarlı bir biçimde cinsel fantezi, dürtü ve davranışlara yönelmek.</p> <p>4. Bu cinsel fantezi, dürtü ve davranışları kontrol etmek veya kayda değer biçimde azaltmaya yönelik tekrarlayan başarısız çaba ve girişimler.</p> <p>5. Kendisinin veya başkalarının fiziksel veya duygusal zarar görme riskini göz ardı eden biçimde tekrarlayıcı cinsel davranışlara yönelmek.</p>
B.	<p>Sosyal, mesleki veya diğer önemli işlev alanlarında, bu cinsel fantezi, dürtü ve davranışların sıklık ve yoğunluğuyla ilintili, klinik anlamda kayda değer kişisel sıkıntı veya bozukluk söz konusudur.</p>
C.	<p>Bu cinsel fantezi, dürtü ve davranışlar herhangi bir maddenin (örn. uyuşturucu veya ilaç) veya manik nöbetlerin direkt psikolojik etkilerinden kaynaklanmaz.</p>
D.	<p>Kişi en az 18 yaşındadır.</p>
<p>• Mastürbasyon • Pomografi • Yetişkinlerle Cinsel ilişki • Siber Seks • Telefon Seksi • Striptiz Kulüpleri</p>	

Kaynak: Beşer M. ve Aslan E. Aseksüalite Ve Hiperseksüelitate: Temel kavramlar 2014, ss. 304-308, (19 Eylül 2016)Tarihinde http://www.journalagent.com/androloji/pdfs/AND_2014_5_9_304_308.pdf 'den alındı.

Hiperseksüel bozukluk kriterleri incelendiğinde, bireyin cinsel işleve yönelik planlaması ve uygulamasına yaşamında fazla zaman harcaması, bu davranışı duygusal bir tepki olarak strese yol açan bir dürtü ve davranışlara yönelmesi, sürekli olarak fantezi ve dürtüyü yaşama girişimlerinin başka insanların duygu durumlarını göz ardı ederek yaşamını sürdürmesidir (Aydın Beşen ve Arslan, 2014).

2.1.5.1.2. Cinsel İlgil / Uyarılma Bozukluğu

Cinsel ilgi ya da uyarılma bozukluğu tekrarlayıcı ya da akut düzeyde yeterli ıslanma-kabarma tepkisi sağlayamaması ya da cinsel etkinlik bitene kadar bunu sürdürememesi olarak tanımlanmaktadır. Sorunun psikiyatrik düzeyde oluğu cinsel uyarılma/ilgi bozukluğu tanısı konulmamasına neden olmaktadır. Cinsel uyarılma ya da istek bozukluğu ya bireyin cinsel iğlevinde hiç yağanmamığtır ya da belirli bir dönemde ya da partnere bağlı olarak yağanmaktadır (CETAD, 2006). strojen eksikliğine bağlı olarak cinsel istek ve uyarımda yağanan azalma genital ve non-genital bölgelerin hassasiyetinde azalma her kadında görülebilen bozukluklardandır.

Ayrıca cinselliğin tabu sayıldığı toplumlarda cinsellikle ilgili suçluluk duygusunun eğlik ettiği fizyolojik rahatsızlıklar sık yağanabilmektedir. Cinsel ilgi ve uyarılma bozukluğu nörojenik faktörlere dayalı olarak da yağanabilmektedir (İncesu, 2001). Ancak yukarıda da ifade edildiği gibi psikolojik faktörlerin cinsel ilgi ve uyarılma bozukluğunda tanı kriterleri açısından etkisi bulunmasına rağmen lęt sayılmamaktadır.

Kadınlarda cinsel uyarılmanın ilk iğareti vajinal ıslanma (lubrikasyon) dır. Vajinal ıslanma vajina ęevresinde oluğan vazokonjesyon nedeniyle oluğan transudasyon sonucu geręekleęmektedir. Cinsel ilgi bozukluklarında kadınlar uyarılmadan ya hiç sevk almaz ya da çok az zevk almaktadır. Bu sorunu yağayan kadınlarda vajinal lubrikasyon geręekleęmeyebilir. Bu sorunu yağayan kadınlarda vajinal lubrikasyon geręekleęmeyebilir (Kızıltepe, 2006).

Azalmığ cinsel ilgi ve uyarılma pek çok faktörün etkisinde yağanabilmektedir. Cinsel iğleve karęı olan ilgisizlik ve cinsel iğlevi düzenleyen motivasyondaki eksiklik depresyon, stres, travma ve ilaç kullanımı ile de oluğabilmektedir. Bireylerin cinselliğe yaklağımlarının kayıtsız olması son yıllarda sübjektif lęt olarak bireyin ilgi ve isteğinin kaybolmasına yöneliktir.

Ağağıda cinsel ilgi ve uyarılma bozukluğuna yönelik tanı kriterleri gösterilmektedir.

Tablo 5. Cinsel İlgi / Uyarılma Bozukluğu Tanı Kriterleri

Kadımda Cinsel İlgi/Uyarılma Bozukluğu
<p>A. Aşağıdakilerden en az üçü ile kendini gösteren, cinsel ilgi/uyarılanın yokluğu ya da belirgin olarak az olması</p> <ol style="list-style-type: none">1. Cinsel etkinliğe karşı ilgisizlik ya da çok az ilgi gösterme2. Cinsel içerikli düşüncelerin ya da düşlemlerin olmaması ya da çok az olması3. Cinsel etkinliği başlatmama ya da çok az başlatma, eşinin başlatma girişimine karşılık vermeme4. Her iki cinsel karşılaşmada ya da neredeyse her cinsel karşılaşmada, cinsel etkinlik sırasında, cinsel coşku/hoşlanma olmaması ya da çok az olması5. İçten ya da dıştan gelen hiç bir cinsel imgeye karşı cinsel ilgi/uyarılanın olmaması ya da çok az olması6. Her cinsel karşılaşmada ya da neredeyse her cinsel karşılaşmada, cinsel etkinlik sırasında, cinsel organlarda ya da cinsel organların dışında bir duyum olmaması ya da çok az olması <p>B. A tanı ölçütündeki belirtiler, en az, yaklaşık altı aydır sürmektedir</p> <p>C. A tanı ölçütündeki belirtiler, kişide, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya neden olur</p> <p>D. Bu cinsel işlev bozukluğu, cinsel kökenli olmayan bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz ya da ağır bir ilişki bozukluğundan ya da gerginlik yaratıcı önemli başka etkenlerden kaynaklanmamaktadır ve bir maddeye/ilaca ya da başka bir sağlık durumuna bağlanamaz.</p>

Kaynak: Beşer M. ve Aslan E. Aseksüalite ve Hiperseksüalite: Temel kavramlar 2014, ss. 304-308, (19 Eylül 2016)Tarihinde http://www.journalagent.com/androloji/pdfs/AND_2014_5_9_304_308.pdf 'den alındı.

Bu tanı kriterlerine göre kadınlarda fizyolojik olarak 6 ay süre ile yaşadığı cinsel ilginin azlığı, cinselliğin düşünülmemesi ya da yeteri kadar yaşamın içinde yer alamaması ile cinsel yanıt döngüsünün cevaplanmamasını sağlayan sorunlar olarak sayılmıştır.

2.1.5.1.3. Genitopelvik Ağrı / Birleşme Bozukluğu

DSM-V-TR'de vajinismus ve disparoni tanıları birleştirilmiştir. Yeni tanımda "birleşmenin gerçekleşmemesi ve pelvik taban kaslarında kasılma yanında, cinsel

birleşme sırasında acı ya da birleşmeye yönelik kaygı ya da korku” bir ölçüt olarak belirlenmiştir (İncesu, 2011).

DSM-V-TR’de Genitopelvik Ağrı / Birleşme Bozukluğu aşağıdaki tablo ile açıklanmaktadır.

Tablo 6.Genitopelvik Ağrı / Birleşme Bozukluğu

Genito-Pelvik Ağrı/Birleşme Bozukluğu
<p>A. Aşağıdaki durumlardan en az birine 6 ay boyunca sürekli veya tekrarlayan biçimde maruz kalmak:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Vajinal giriş/birleşmenin olmaması,2. Vajinal giriş/birleşme denemelerinde belirgin vulvovajinal veya pelvik ağrı,3. Vulvovajinal veya pelvik ağrıyla ya da vajinal girişle ilgili belirgin korku veya kaygı,4. Vajinal giriş denemesi sırasında pelvik taban kaslarında belirgin gerginlik veya kasılma.
<p>B. Bu problem klinik anlamda belirgin bir sıkıntıya ve bozukluğa neden olur.</p>
<p>C. Bu cinsel işlev bozukluğu, başka bir Eksen veya bozukluk ile daha iyi açıklanamaz (başka bir cinsel işlev bozukluğu dışında) ve sadece bir maddenin (örn. kötüye kullanılan bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.</p>

Kaynak: İncesu C. Dsm-5 ve Cinsel İşlev Bozuklukları, Nöropsikiyatri Arşivi 2011; 48 Özel Sayı 1: 1-6 (29 Eylül 2016) Tarihinde <http://www.noropsikiyatriarsivi.com/sayilar/401/buyuk/1-6.pdf> adresinden alındı.

Tablo 6’da görüldüğü gibi Genitopelvik Ağrı/Birleşme Bozukluğu vajinal giriş ve birleşmenin olmayışı, cinsel ilişki denemesinde belirgin vulvovajinal veya ağrı, belirgin korku veya kaygı ile pelvik kaslarında belirgin gerginlik ve kasılma olarak tanımlanmıştır.

Vajinismus: Genellikle cinsel işlevin ilk yıllarından itibaren ilk cinsel deneyim ile ortaya çıkan döngüsel olarak, istem dışı kasılma olması nedeniyle vajinal birleşmenin olmamasıdır. Bu bozukluk utanma, kaygı, korku ve kaçınma tepkisi ile duygusal olarak beslenir ve cinsel işlevin olamayacağına ilişkin yargı ile döngüsellik kazanır (Yetkin, 2011).

Cinselliğin tabu sayıldığı toplumlarda en sık karşılaşılan cinsel işlev bozukluklarından olan vajinismus, pelvik taban kaslarının rektumu, vajinayı ve üretra anteriorunu pubik kemiğe doğru çekerek lümeni kapatmasında istemsiz kontraksiyonları vajinismus olarak tanımlanmaktadır. Bu sorunun tekrarlayıcı veya kalıcı hale gelmesi vajinal penetrasyonu engelleyecek şekilde korku ve kaygıya yol açması bireyin önemli bir sıkıntı yaşamasına neden olmaktadır (Çelik ve Gürel, 2004).

Disparoni: Kadının tekrarlayıcı veya kalıcı olarak yaşadığı cinsel ilişki ile bağlantılı genital ağrıdır. Kadında bu disfonksiyon, vajinismusla ilişkili ya da eş zamanlı olabilir. Ağrı beklentisi, kadının koitustan tamamen kaçınmasına neden olur. Partnerin kadının hazır olup olmadığına bakmaksızın birleşme girişiminde bulunması ile de durum şiddetlenmektedir (Nayir, 2010).

Cinsel ilişki sırasında veya sonrasında labial, vaginal veya pelvik bölgede hissedilen ağrı veya rahatsızlık olarak tanımlanan disparoni, bir hastalık değil semptomdur ve basit bir anatomik sorundan kaynaklanabildiği gibi çeşitli psikolojik, sosyolojik, biyolojik nedenlerin sonucu olarak da ortaya çıkabilir (Sayalı, Doğangün ve Aras, 1997). Disparoninin pek çok fizyolojik neden bulunmaktadır. Bu konu hakkında yapılan tartışmaların temelinde disparoninin bir ağrı mı cinsel işlev bozukluğunu olduğu konusundaki tartışmadır. Cinsel işlev sırasında sürekli ağrının tanısı için psikolojik ve fizyolojik tanı kriterlerinin yanında cinsel öykü önem kazanmaktadır (Ortaylı, 2001).

2.1.5.1.4. Orgazm Bozukluğu

Kadınların yaşadığı cinsel işlev bozuklarının önemli bir kısmını orgazm bozukluğu oluşturmaktadır. Orgazm bozukluğu ya da orgazm zorluğu kadın fizyonomisinden gelen cinsel yanıt döngüsüne bağlı olarak yaşanmaktadır. Orgazm bozukluğu kadının birinci ve ikinci evreyi geçmesine rağmen cinsel uyarılmanın orgazm ile sonuçlanmaması ya da orgazm yetersizliğinin belirgin bir düzeyde olması olarak tanımlanmaktadır (İncesu, 2011). Orgazm bozuklukları, tekrarlanan ya da kalıcı bir şekilde orgazmın tetiklenmemesi ya da gecikmesi ile ortaya çıkmakta,

kadının cinsel tecrübesi, yaşı ve cinselliğe yönelik algıları ile ilişkili olarak orgazm kapasitesinin yetersiz olmasından veya uyarıların orgazmı tetiklememesinden kaynaklanmaktadır.

2.1.5.1.5. Başka Türü Adlandırılmayan Cinsel İşlev Bozuklukları

Başka türlü adlandırılmayan cinsel işlev bozukluklarında fobiler, doyum eksikliği ve maskelenmiş bozukluklar bulunmaktadır. Fobi, kadının cinsel işlev sürecinde erkeğin penisine, ya da spermine dokunamaması gibi yaygın fobilerdir. Cinsel doyum eksikliği ise tartışmalara neden olsa da cinselliğin bireyin hayatında çok önemli yer almamasına ve bıkkınlıkla ortaya çıkmaktadır. Ayrıca depresyon, stres, kaygı ve korku gibi nedenlerle maskelenmiş işlev bozuklukları da vardır (Boyacıoğlu, 1999). Bu başlık altında daha önce farklı bir sınıflandırma ile bağımsız olan cinsel tiksintin bozukluğu da konulmuştur.

2.1.5.2. Erkek Cinsel İşlev Bozuklukları

Erkeklerde cinsel işlev bozukluğu genel tanımda olduğu gibi cinsel işlev yanıtlama döngüsünde evrelerin istenilen düzeyde gerçekleşmemesi nedeni ile yaşanmaktadır. Aşağıda erkeklerin DSM-V-TR'ye uygun olarak cinsel işlev bozuklukları gösterilmektedir.

2.1.5.2.1. Hipoaktif Cinsel İstek Bozukluğu

Cinsel istekte azalma ya da bir başka ifade ile hipoaktif cinsel istek bozuklukları erkeklerde nadir olarak rastlanılan bozukluk tanısı olarak cinsel istek azalmasının yaşanmasıdır (Sungur, 1994). Bu sorun genellikle erektil bozukluk yakınması olarak algılanmakta ve ancak gerçekte tanı kriteri olarak hipoaktif cinsel istek bozukluğu olarak ayrı bir kategoride tanımlanmaktadır.

Erkeklerde yaşla birlikte azalabilen cinsel istek, cinsel uyarılmada azalmadır. Erkeklerde yaşla birlikte %5-10 arasında cinsel istek bozukluğu yaşanabilmektedir. Azalmış cinsel istek bozukluğu sürekli ya da yineleyici olarak cinsel fantezilerin ve

cinsel etkinlikte bulunma isteğinin az oluşu ya da hiç olmaması olarak tanımlanmaktadır. Ancak bu tanının konabilmesi için doktorun, kişinin yaşam şartları ve yaşı gibi cinsel işlevselliğini etkileyen etkenlerin göz önünde bulundurulması gerekmektedir.(Yetkin ve İncesu, 1998).

2.1.5.2.2. Erektile Bozukluğu

Sertleşme bozukluğu DSM V'e göre en az 6 ay süre ile cinsel ilişki sürecinde sertleşmeyi sağlayamama ve yetersiz sertleşme olarak tanımlanmıştır. Sertleşme sorununun tanımlanması için bireyin klinik düzeyde sorun yaşamması gerekmektedir (İncesu, 2011).

Erektile disfonksiyon ya da sertleşme sorunu tekrarlanan ya da kalıcı bir düzeyde erkeğin cinsel işlevi yerine getirecek ereksiyonu başlatamaması ya da sağlayamaması anlamına gelmektedir. Sertleşme bozukluğunun tanı kriterleri aşağıdaki tabloda gösterilmektedir.

Tablo 7. Sertleşme Bozukluğu Tanı Kriterleri

Sertleşme Bozukluğu
A. En az 6 ay süreli olarak cinsel ilişkilerin tümünde veya neredeyse tümünde , cinsel etkinlik sonuçlanana kadar sertleşmeyi sağlayamama, sürdürmemeye veya yetersiz sertleşme.
B. Bu problem klinik anlamda belirgin bir sıkıntıya ve bozukluğa neden olur.
C. Bu cinsel işlev bozukluğu, başka bir eksen ya da bozukluk ile daha iyi açıklanamaz (başka bir cinsel işlev bozukluğu dışında) ve sadece bir maddenin (örn. kötüye kullanılan bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

Kaynak: İncesu C. Dsm-5 ve Cinsel İşlev Bozuklukları, Nöropsikiyatri Arşivi 2011; 48 Özel Sayı 1: 1-6 (29 Eylül 2016) Tarihinde <http://www.noropsikiyatriarsivi.c om/sayilar/401/buyuk/1-6.pdf> adresinden alındı.

2.1.5.2.3. Erken Orgazm Bozukluğu

Erken orgazm ya da erken boşalma bozukluğu üzerinde halen tartışmaların sürdüğü bir konudur. Erkeğin erken boşalmasının kriteri önceleri partnerinin doyumuna ulaşması ya da orgazma ulaşmadan boşalmanın kontrol edilememesi olarak tanımlanırken, son yıllarda, yapılan araştırmalarda erken boşalmanın erkeğin denetimi olmadan boşalması bozukluğu olarak tanımlanması ağırlık kazanmıştır (Yetkin ve İncesu, 1999).

Daha sonra yapılan çalışmalar ile üç ana kriter erken orgazm bozukluğunda tanı kriteri olarak referans alınmıştır. Bireyin boşalma süresi, boşalma refleksi üzerindeki denetim ve diğer kriterler olarak, yaş, stres, zorlanma ve bireyler arası iletişimdir (Koçak, 2009). 2013’de getirilen tanı kriterlerinde erken boşalmanın 1 dakika içinde erkeğin denetimi dışında oluşması bu bozukluğun 6 ay içinde ilişkilerin %75’in üzerinde gerçekleşmesi erken boşalma olarak tanımlanmaktadır (İncesu, 2011). Aşağıda erken boşalma tanı kriterleri gösterilmektedir.

Tablo 8. Erken Boşalma Tanı Kriteri

Erken Boşalma
A. Boşalmanın tekrarlayıcı bir biçimde, (cinsel etkinliklerin tümünde veya neredeyse tümünde) yaklaşık bir dakika içinde ve kişinin isteği öncesinde meydana gelmesi. Bu durum en az 6 ay boyunca devam etmelidir.
B. Bu problem klinik anlamda belirgin bir sıkıntıya ve bozukluğa neden olur.
C. Bu cinsel işlev bozukluğu, başka bir eksen ve bozukluk ile daha iyi açıklanamaz (başka bir cinsel işlev bozukluğu dışında) ve sadece bir maddenin (örn. kötüye kullanılan bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

Kaynak: İncesu C. Dsm-5 ve Cinsel İşlev Bozuklukları, Nöropsikiyatri Arşivi 2011; 48 Özel Sayı 1: 1-6 (29 Eylül 2016) Tarihinde <http://www.noropsikiyatriarsivi.c om/sayilar/401/buyuk/1-6.pdf> adresinden alındı.

2.1.5.2.4. Başka Türü Adlandırılmayan Cinsel İşlev Bozuklukları

Bu bölümde yer alan cinsel işlev bozuklukları farklı bir sınıflandırma başlığı altında olmayan bütün cinsel işlev bozukluklarını kapsamaktadır.

2.1.6. Cinsel İşlev Bozukluklarının Nedenleri

Cinsel işlev bozukluklarının sistematik hastalıklar ve vasküler nedenler, nörolojik nedenler, cerrahi girişimler, hormonal nedenler, tedavi ve ilaçların neden olduğu sonuçlar, psikolojik nedenler ve ileri yaş gibi pek çok nedeni bulunmaktadır. Cinsel işlev bozuklukları “hazırlayıcı”, “başlatıcı” ve “sürdürücü” etkenler olarak ayrılmaktadır. Hazırlayıcı etkenler arasında cinsel bilgi eksikliği, toplumsal baskı, yanlış inanışlar ve mitler ile travmatik cinsel deneyimler başlıca nedenlerdendir (İncesu, 2004).

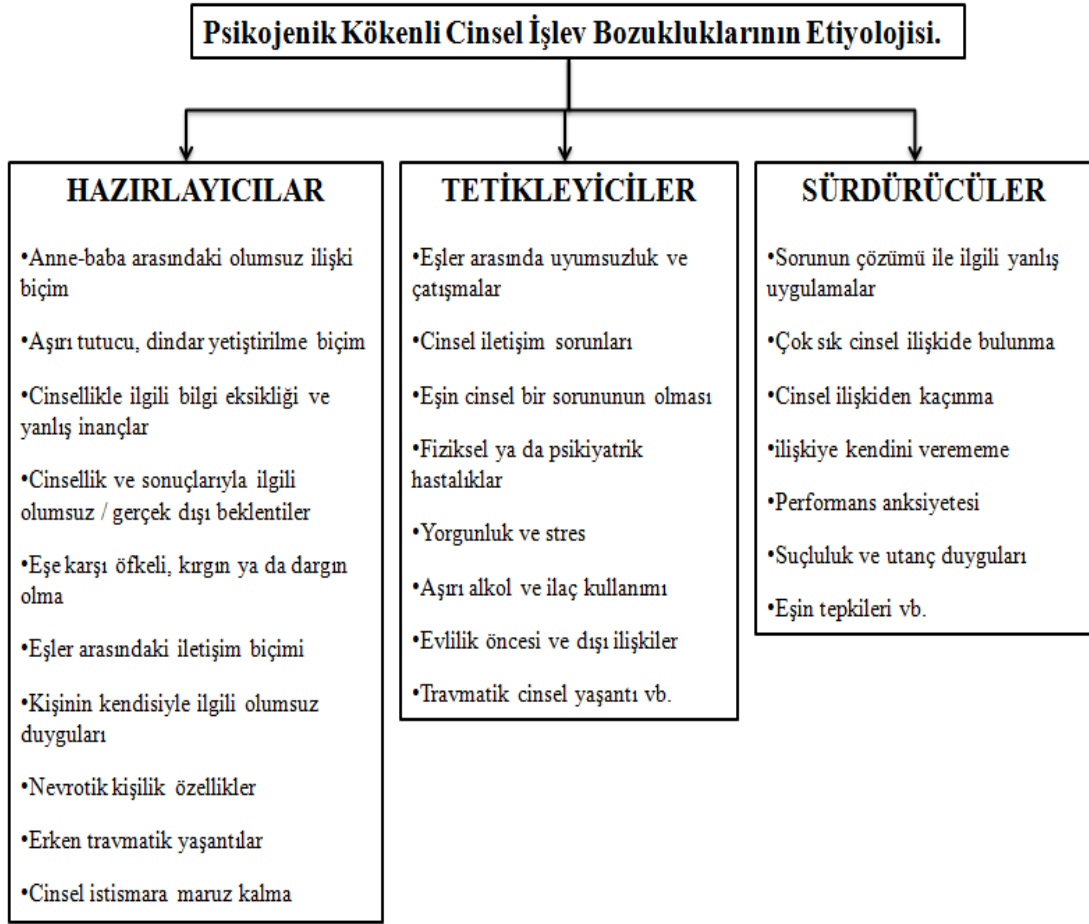
Cinsel işlev bozukluklarında en sık karşılaşılan durum psikolojik faktörler ve cinsel eğitimsizliktir. Bireylerin cinselliği kabul edişleri toplumsal kuralların etkisi altındadır. Bu kuralların katı, yanlış, baskıcı ve muhafazakâr olması kadın ve erkek cinselliğine yönelik bakış açısını yanlış inanışlar, abartılmış durumlar ve baskıcı bir tutum sergilenmesi ile cinsel işlev bozukluğuna neden olmaktadır (CETAD, 2006).

Eğitimsizlik ve bilgisizlik de cinsel işlev bozukluklarının başlıca nedenlerinden biridir. Cinsellik ile ilgili eğitimlerin bilimsel düzeyde yapılmaması yanlış bilgilendirme ve inanışların hâkim olmasını sağlamaktadır. “Bilgi ve eğitim eksikliği”, “cinsel deneyim eksikliği”, cinsel işlev bozukluklarına neden olmaktadır.

Cinsel işlev bozukluklarını başlatıcı etkenler arasında yer alan bedensel hastalıklar, ilaçlar ve yan etkileri, alkol ve uyuşturucu, yaşlanma, gebelik, doğum, laktasyon, cinsel işlev bozukluklarının başlamasına neden olmaktadır. Cinsel işlev bozukluklarını sürdürücü etkenler arasında ise partnerler arasında yaşanan iletişim sorunları ve çatışma, anksiyete, psikolojik ve psikiyatrik bozukluklar önemli nedenler arasında sayılmaktadır.

Cinsel işlev bozukluğuna neden olabilen faktörlerin bir ya da bir kaçını aynı anda oluşabilmektedir. Bu etkenlerin belirli bir kompozisyonda tetiklenen cinsel işlev bozukluğu farklı bir etkenler sürdürülebilme ve sorunların çözümlenmesini zorlaştırmaktadır. Aşağıda psikolojik nedenlere bağlı cinsel işlev bozukluklarına neden olan faktörler gösterilmiştir.

Şekil 1. Psikojenik Kökenli Cinsel İşlev Bozuklukları



Kaynak: Çeri Ö. Yılmaz A. Soykan A. Cinsel İşlev Bozuklukları, Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics 2008, 1(2), (17 Eylül 2016) tarihinde. http://www.klp-bd.com/pdf/makaleler/psikoso_matik_3.pdf den alındı.

Cinsel işlev bozukluklarında fizyolojik nedenlerin ortadan kaldırılması bireyin yaşı, cinsiyeti ve yaşadığı hastalıklar nedeniyle mümkün olmayabilmektedir. Ancak psikolojik kökenli faktörlerin tespit edilmesi ve akut sorunlara yol açmadan düzeltilmesi çoğunlukla sanılandan daha kolay ve işlevseldir.

2.1.7. Cinsel İşlev Bozukluklarının Sonuçları

Cinsel işlev bozuklarının en önemli sonucu bireylerin kendilerini gerçekleştirememelerine neden olan ruhsal ve fiziksel sağlık hallerinin bulunmayışına neden olmasıdır. Cinsellik insanın en doğal gereksinimlerinin karşılanması sürecidir. Bu süreçte yaşanan bozukluklar insanın psikolojik yapısını olumsuz etkilemektedir.

Cinsel işlev bozuklukları çok sık rastlanan sorunlardır. Yapılan çalışmalar, kadın ya da erkek ayırımı olmaksızın, en az her üç kişiden birinin yaşamlarının herhangi bir dönemlerinde en az bir cinsel işlev bozukluğu yaşadığını ortaya koymaktadır. Bu oranlar, cinsel işlev bozuklarının toplumun tüm kesimlerini ilgilendiren önemli bir sağlık sorunu olduğunu ortaya koymaktadır (İncesu, 2004).

Cinselliğin eğitim sistemi dışına çıkarılması, ailede ve eğitim sisteminde cinsel bilgilerin yeterli düzeyde verilmemesi bireylerin sınırlı cinsel bilgiye sahip olmasına neden olmaktadır. Bu bilgilerin çoğunda kadın cinselliğine yönelik katı ve sert tedbirler alınmakta iken erkek cinselliğinin ise abartılması ile cinsel işlev bozukluğuna yol açacak düşünsel ve duygusal bir zemin hazırlanmaktadır (Sungur, 1998).

Cinsel işlev bozuklarına sık rastlanılmasına rağmen bu sorunların utanç ve suçluluk duygusu ile algılanması, hastaların sorunlarını gizlemelerine ve saklamalarına neden olmaktadır. Cinselliğin, biyolojik, psikolojik ve sosyal yönleri olan özel bir yaşam alanı olması nedeniyle cinsel işlev bozukları, bireyin gelişimini olumsuz olarak etkilemesine neden olur (Nayir, 2010).

Toplumsal cinsiyet rollerine verilen değer ya da değersizliğin bir sonucu olarak, kadın cinselliğinin toplumda sürekli olarak bastırıldığı erkek cinselliğinin ise abartıldığı Türk toplumunda mitler, yanlış inançlar ve devreye girmektedir. Kadın cinselliğinin yok sayılması, kadının üremedeki görevi öne çıkartılması sık karşılaşılan durumlardandır. Cinsel işlevin haz olarak algılanmaması katlanılması gereken bir acı ya da yük olarak kabul edilmesine neden olmaktadır. Bu durum, kadının cinselliğin sınırlandırılması hatta yok edilmesidir (Sungur, 2004).

Cinsel işlev bozukluğu yaşayan bireylerin aile içi ilişkileri bozuma uğrarken boşanma nedenlerinde önemli bir rol oynadığı görülmektedir. Cinsel tatminsizlik yaşayan bireyler, iletişimde birbirlerini suçlayıcı ve anlayıştan yoksun bir tavır sergilemektedir. Araştırmalar cinsel işlev bozukluğu yaşayan bireylerin mutlu evlilik skalasından daha düşük puanlar aldığını göstermektedir (Özkan ve Kızılkaya Beji, 2008). Cinsel işlev sorunları öncelikle bir sağlık sorunudur. İnsanın sağlıklı olma halini tanımlayan fiziksel ve ruhsal sağlığı cinsel işlev bozukluğu ile hastalık durumuna geçmektedir. Cinsel sağlıkları olmayan bireylerin yaşam doyumları düşük ve psikolojik sağlıkları ise yüksek olmamaktadır.

Cinsel sağlığı olmayan bireylerin sosyal iletişimin sağlıklı olduğu söylenemez. Cinsellik sadece bedensel bir zevk değil duygusal ve düşünsel olarak insanı tamamlayan bir yaşam alanıdır. Bu alanda yaşanan sorunlar kişilik gelişimini etkilediği gibi, bireyler arası iletişimi engelleyen en önemli bir nedendir.

Cinsel işlev bozukluğu yaşayan bireylerde gerginlik, depresyon, karakter değişimleri ve stres ile uykusuzluk çok sık görülen psikolojik sorunlardandır. Bu sorunların yaşanması insanların hayat kalitelerini düşürdüğü gibi cinsel açıdan kendini tanımayı ve tanımlamayı başaramamış bireyler, mutsuz olmaktadır.

2.2. Psikolojik Sağlamlık

2.2.1. Psikolojik Sağlamlık Kavramı

Psikolojik sağlamlık bireyin son yıllarda üzerinde oldukça fazla çalışma yapılan bir alanı temsil etmektedir. Literatürdeki araştırmalar incelendiğinde psikolojik sağlamlığın olumlu, pozitif psikolojinin çalışma alanına girdiği görülmektedir. Psikolojik sağlamlık, bireyin sağlığının nasıl bozulduğu ile ilgili değil onu yeniden nasıl kazandığına odaklanmıştır. Psikolojik sağlamlığın farklı tanımları bulunmaktadır. Tanımların farklılaşması ve genellikle geniş kapsamlı tutulmasının temel nedeni farklı yaklaşımların kullanılması nedeniyledir.

Psikolojik sağlamlık farklı boyutlarda açıklanabilen, bireyin zor ve olumsuz koşullara karşılık ruh sağlığını koruma ve sorunların üstesinden gelme gücü

açısından dayanıklılığını göstermektedir (Öz ve Bahadır Yılmaz, 2009: 83). Psikolojik sağlık için İngilizce kökenli “resilient” kavramı kullanılmaktadır. “Resilient” çabuk iyileşen, kendini toparlayan, güçlükleri yenme yeteneği olan, dirençli, esnek kişi anlamına gelmektedir. Literatürde “resilience” “resiliency” kavramları ise esneklik ve sağlık anlamına gelmektedir (Gürkan, 2006: 2).

Psikolojik sağlık (resilience), riskli ve zorlu yaşam koşullarında bireyin yaşadığı dinamik bir süreçtir. Bu sürecin en önemli özellikleri, belirlenmiş riskler altında bireyin bu risklerle başa çıkması, uyum sağlayabilme gücü ve yeterlik geliştirebilme özelliğidir (Gizir, 2007: 115). Psikolojik sağlık bir uyum ve baş edebilme yeteneği olarak tanımlanabilir. Bireyler oldukça zor koşullar altında belirli nedenlerle yaşadıkları zor koşullara rağmen eski sağlıklarına geri dönebilir ve iyileşme yeteneklerini sağlayabilirlerse psikolojik sağlık sürecini gerçekleştirebilmektedir. Bu esnek ve elastik olma durumu psikolojik sağlık olarak tanımlanmaktadır.

Bireyler hayatları boyu karşılaştıkları pek çok olumsuz şart altında yaşamlarını sürdürmektedir. Psikolojik sağlamlıkta olumlu uyum özelliği ön olana çıkar. Birey risklerle karşılaştığında ve zor çevresel şartlar altında eski sağlığına kavuşabiliyorsa bu risklerle ve zorluklara baş edebilme özelliğini kullanabilmiştir (Arslan, 2015).

Travma sonrası yaşanan iyileşme süreçleri ya da belirli bir süre yaşanan ağır depresyon sonrası olumlu uyumu (adaption) bu kavram bireylerin sağlıklarını etkileyecek önemli ve ciddi bir durumla karşı karşıya kalmasından sonra bu durum karşısında esneyebilme ve denge durumuna gelebilme özelliğidir (Kabasakal ve Arslan, 2014: 77-78).

Masten, psikolojik sağlamlığı tanımlamak için üç durum üzerine odaklanmıştır. Bu durumlar aşağıda gösterilmektedir (Bahadır, 2009: 6-7):

1. Yüksek risk gruplarına dahil olan bireylerin psikolojik sağlık kapsamında kendilerinden beklenmeyen olumlu sonuç elde ettikleri durum. Riskli toplumsal kesimlerin içinde başarısız olması beklenen

bireylerin hangi koşullar altında başarılı sonuçlara ulaştıklarının ve hangi faktörlerin onlara yardımcı olduğunun araştırılması,

2. Hayatlarının belirli bir döneminde risk altında ve zor şartlar altında yaşayan bireylerin çevresel faktörlere nasıl uyum sağladıkları ve sağlıklarına nasıl geri döndükleri durum. Hayatlarında yaşadıkları bu dönemde beklenmedik şekilde ortaya çıkan ve bireyi önemli ölçüde etkileyen durumdan bireyin kendisini nasıl adapte ettiğinin ve koşulların araştırılması,
3. Travmatik bir deneyim yaşadıktan sonra sağlıklarına kavuşan bireylerin sağlıklı gelişimlerine katkıda bulunan bireysel farklılıkların yol açtığı durum. Bireyin travmatik deneyiminden sonra yaşamını tehdit eden bu durumda geleceğe umutla bakma ve benliğine sahip çıkması için hangi kişilik özelliklerine sahip olması gerektiğinin araştırılmasıdır.

Görüldüğü gibi psikolojik sağlamlık kavramı pozitif psikolojinin konusu olarak bireyin sağlık durumuna dönüşte hangi iç ve dış faktörlerin etkisi ile bu duruma geldiğini araştırmaktadır. Bireylerin zorluklarla başa çıkabilmesi için bir takım becerileri kazanması gerekmektedir. Bu beceriler, bireyin uyum sağlamasını ve hayatını sağlıklı bir şekilde devam ettirmesini sağlayarak var olan eski durumuna dönmesini kolaylaştırmaktadır.

2.2.2. Psikolojik Sağlamlık Kavramının Özellikleri

Psikolojik sağlamlık bireyin zor şartlarla başa çıkma becerisi ve uyum kabiliyeti olarak tanımlanırken bir takım özelliklere sahiptir. Bu özellikler kavramın anlaşılmasında yardımcı olmaktadır (Stewart, Reid ve Mangham, 1997, Akt: Sipahioğlu, 2008: 9):

- Psikolojik sağlamlık sürekli değişebilen ve insanın hayatı boyunca sürekli olarak deneyimleyebileceği dinamik bir süreçtir. Bu süreç birey ve çevre arasında sürekli tekrarlanabilen bir oyun gibidir.

- Psikolojik sağlamlıkta zorluklarla başa çıkma ve stres sürekli bir denge hali taşımaktadır.
- Psikolojik sağlamlıkta sürekli bir gelişim vardır. Bireyler, zor durumlara başa çıkmayı öğrendiklerinde yaşam tecrübelerini geliştirerek sürekli bir öğrenme sağlarlar.
- Psikolojik sağlamlık yaşam geçişlerinde önemli bir faktördür.

İnsanların psikolojik sağlamlıklarını geliştirebilmeleri için belirgin risk faktörleri içinde yaşamaları veya zorluğa maruz kalmaları gerekmektedir. Bu sürecin sonunda elde edilen iyileşme bireyin başarı kazandığını göstermektedir. Sorunlara ve zorluklara yol açan faktörler ile psikolojik sağlamlığı koruyucu faktörlerin yüksek ilişkisi bulunmaktadır (Gizir, 2007).

Psikolojik sağlamlıkta üzerinde önemle durulan bir başka özellikte bireyin olumsuz durumdan sağlığına kavuşmasını sağlayan gücün sadece bireysel özelliklerinden kaynaklanmadığı ve uyum sürecinin iç faktörlerle çevresel ve ailesel faktörlerin bir bileşimi ile sağlandığıdır.

Psikolojik sağlamlığın sağlanması risk faktörleri ve koruyucu faktörlerin etkileşimi olumlu uyumun nasıl sağlanacağı konusunda ipuçları vermektedir. Bireyler, zorluklar baş edip yeni koşullara uyum sağlarken, içsel ve dışsal koruyucu faktörleri kullanarak esneklik kazanmaktadır (Gürkan, 2006: 19).

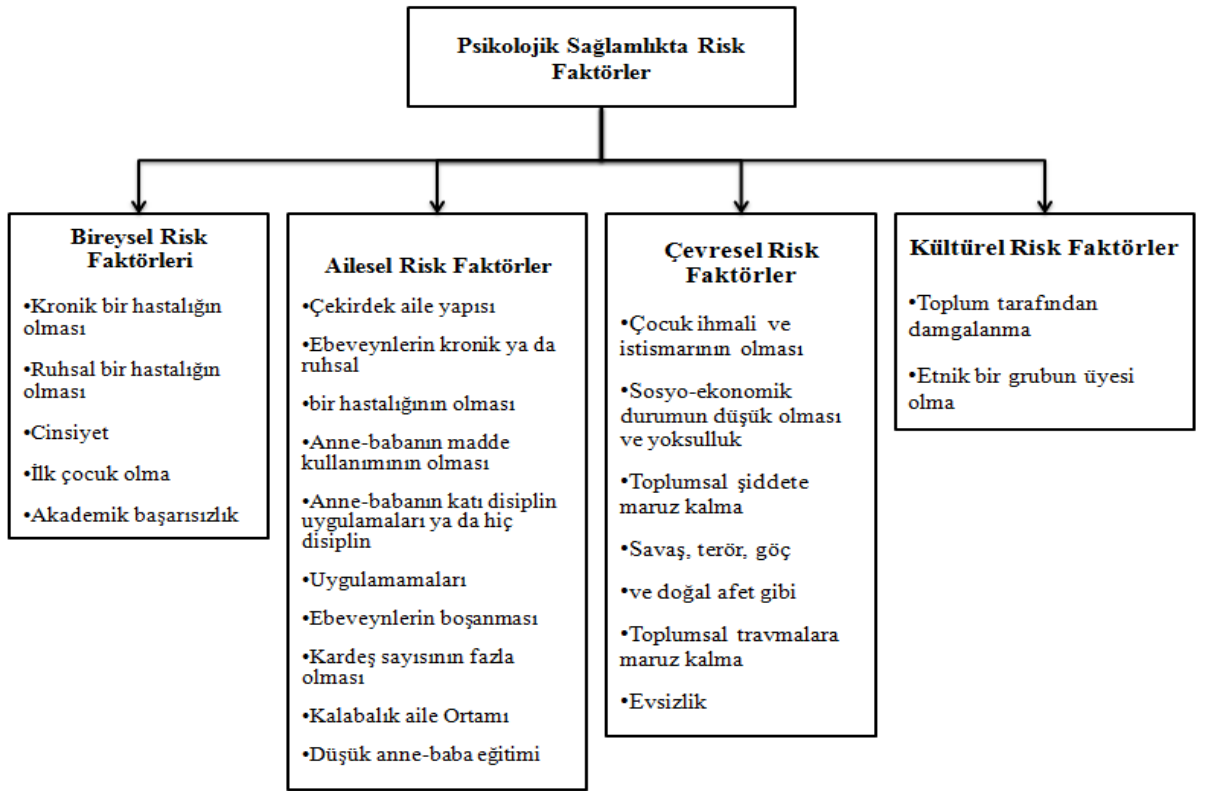
2.2.3. Psikolojik Sağlamlığı Etkileyen Faktörler

2.2.3.1. Risk Faktörleri

Psikolojik sağlamlıkta insanların sorunlu bir dönem yaşamalarına neden olan pek çok faktör bulunmaktadır. Bu faktörlerin bir ya da bir kaçını aynı zamanda gerçekleştirebilmekte ve bireyin sağlığını tehdit eden bir niteliğe sahip olabilmektedir. İnsanların sağlıklarını etkileyen risk faktörleri bireysel ve çevresel risk faktörleri olarak ikiye ayrılmaktadır. Bireylerin yaşam kalitelerini bozan bu faktörler olumsuz durumlar yaşamalarına neden olmaktadır. Risk faktörleri, bireyin olumsuz durumda

kalması ile zorluğa maruz kalmasıdır. Risk faktörleri, bireysel, ailesel ve çevresel olabilmektedir (Öz ve Bahadır Yılmaz, 2009: 84). Psikolojik sağlık çalışmaları risk kavramını stresörler ile bütün faktörlerin toplamının oluşturduğu istenmedik sonuçlara yol açabilecek faktörleri tanımlamak için kullanmışlardır. Bireyin risk oluşturan stresörlere karşı yeterlik göstermesi her zaman mümkün olamamakta ve bireylerin ruhsal hastalıklara yakalanma ihtimalleri olabilmektedir (Bahadır, 2009: 8).Aşağıda psikolojik sağlamlığı etkileyen risk faktörleri gösterilmektedir.

Şekil 2. Psikolojik Sağlamlıkta Risk Faktörleri



Kaynak: Bahadır E.(2009). “Sağlıkla İlgili Fakültelerde Eğitime Başlayan Öğrencilerin Psikolojik Sağlık Düzeyi, Ankara, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, (22 Eylül 2016) tarihinde s. 8.’den alındı.

Bireysel risk faktörleri bireye özgü olan faktörlerdir. Bireyin ölümcül risk taşıyan bir olayla karşı karşıya gelmesi, düzelmesi imkânsız kronik hastalıklar ve başarısızlıklar bireyin istenmedik riskli bir dönem yaşamasına neden olabilmektedir. Cinsiyet toplumdan topluma değişse bile bireysel olarak ele alınabilecek bir risk

faktörüdür (Erarşlan, 2014). Bireysel risk faktörleri içinde kişinin içinde bulunduğu ruh halini etkileyen karakter özellikleri de ön plandadır. Bireyin kendine güvenin az olması, etkili başa çıkma mekanizmalarının az olması, kaygılı, mizaç, agresif kişilik yapısı, sosyal değerlere yabancı olması ve uyumsuz davranışlar, sergilemesi bireysel risk faktörleri arasında sayılmaktadır. Aynı zamanda bireyin kronik hastalığı da bireysel risk faktörüdür (Gizir, 2007).

Sameroff (1998) aile ile ilgili olarak 10 başlık altında topladığı risk faktörlerini anne üzerinde yoğunlaştırmıştır. Bu faktörlerden anne ile ilgili olanlar, annenin ruhsal bir hastalığının olması, çocuğun gelişimi ile ilgili katı tutumları, eğitim durumunun düşüklüğü gösterilmektedir. Ailesel risk faktörleri arasında bulunan, çok çocuklu aileler, anne ve baba çatışmasının yaşandığı ya da boşanmış aileler, düşük gelir gurubunda bulunan aileler ve anne veya babanın suç durumu psikolojik sağlığı etkileyebilecek risk faktörleri arasında sayılmıştır (Bahadır, 2009: 10). Aile ilişkilerinde yaşanan uyumsuzluklar ve çatışma psikolojik sağlamlığı olumsuz düzeyde etkilemektedir. Çatışmaların ve sorunların bireylerin psikolojik sağlamlığını etkilemesi otoriter ve baskıcı tutum ya da ilgisizliğin psikolojik sağlamlık düzeyini düşürdüğü ve bireyin anti sosyal davranışlara yönelebileceği belirlenmiştir (Kabasakal ve Arşlan, 2014).

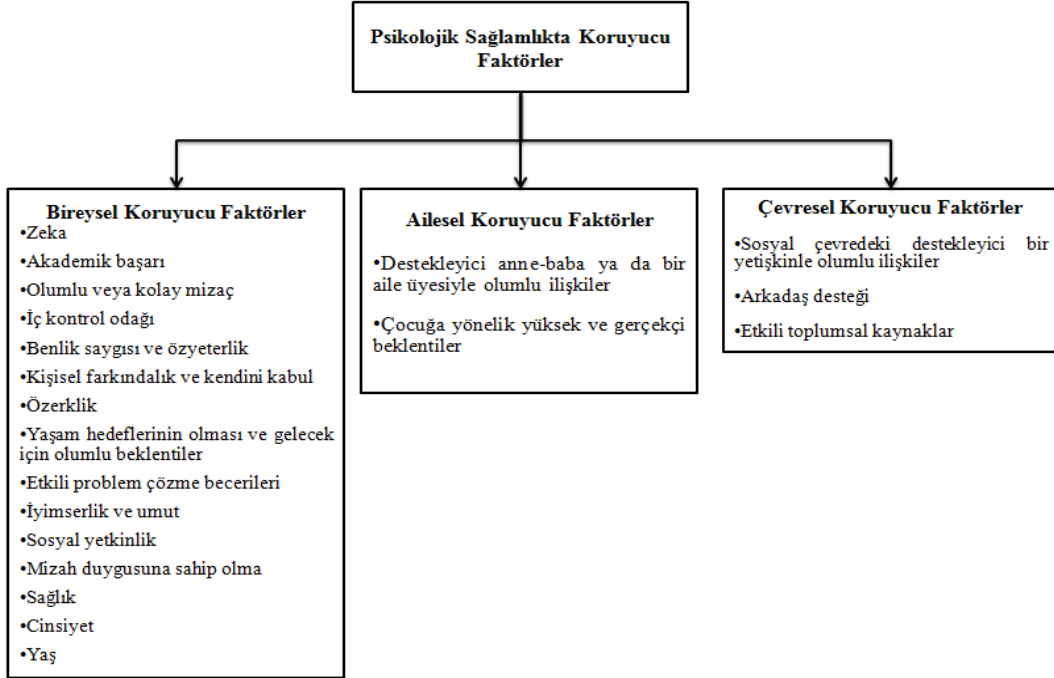
Çevresel risk faktörleri arasında yaşanan ekonomik krizler ve buna bağlı olarak yaşanan gelir kayıpları ve fakirlik, doğal afetler nedeniyle yaşanan toplumsal travmalar, savaş, çocukların ihmali veya istismarı ile evlilik bulunmaktadır (Erarşlan, 2014: 10). Risk faktörleri tehdit unsuru oluştururken çoğu zaman risk faktörlerinin birikimli etkisinin eş zamanlı olarak aynı anda ortaya çıktığı ve birbirlerinin etkisini artırdıkları tespit edilmiştir. Birden fazla risk faktörü bireyin hayatını etkilerken, özellikle çocuk ve ergenler üzerinde yıkıcı etki yapabilmektedir (Kararımak, 2006).

2.2.3.2. Koruyucu Faktörler

Koruyucu faktörler, bireyin hayatını kolaylaştıran var olan riske karşılık bu risk ve beraberinde getirdiği zorlukların azaltan ya da ortadan kalkmasını sağlayan faktörlerdir. Koruyucu faktörler bütün çalışmalarda içsel ve dışsal koruyucu faktörler

olarak ikiye ayrılmaktadır. Koruyucu faktörlerden dışsal faktörleri çevresel ve ailesel koruyucu faktörler olarak ayıran çalışmalarda bulunmaktadır (Gizir, 2007). Aşağıdaki şekilde psikolojik sağlamlıkta koruyucu faktörler gösterilmektedir.

Şekil 3. Psikolojik Sağlamlıkta Koruyucu Faktörler



Kaynak: Gizir, C. A. (2007). “Psikolojik Sağlamlık, Risk Faktörleri ve Koruyucu Faktörler Üzerine Bir Derleme Çalışması”, İstanbul, Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi, 3 (26), 2007, (22 Ağustos 2006) tarihinde s. 131’den alındı.

Bu faktörlerin biri ya da ikisi psikolojik sağlık durumuna geri dönmeye ve bireyin eski sağlığına kavuşmasında öne çıkabildiği gibi genelde bütün psikolojik sağlık süreci dinamik bir şekilde bütün koruyucu faktörlerin bir arada ve uyum içinde olabilmesi ile etkili olmaktadır. Koruyucu faktörler bireyin sağlığına yönelik risk faktörlerinin etkisini azaltan bireyin sağlığına olumlu yönde etki eden ve onu destekleyen faktörlerdir (Kararımak, 2006).

2.2.3.2.1. İçsel Koruyucu Faktörler

Koruyucu bireysel faktörleri bireyin sağlığına kavuşması için esnekliğin sağlanmasını kolaylaştıran ve koruyan bireysel faktörleri göstermektedir. İnsanların problemleri süreçlerin üstesinden gelmesi ve baş edebilmesi yüksek düzeyde sosyal ve

duygusal zekaya sahip olmasını gerektirmektedir. Bireysel koruyucu faktörler üç başlık altında toplanmaktadır. Bunlar, bireyin sosyal özellikleri, duygusal özellikleri ve bilişsel özellikleridir (Haynes, 2005, Akt: Gürgan, 2006: 52):

1. Sosyal özellikler

- a. Arkadaşlık ilişkilerindeki etkinlik ve yeterlik,
- b. Etkin iletişim kurma yeteneği,
- c. İfade yeteneğinin yüksek olması ve kendini açıklayabilmesi,
- d. Yardım alma sürecindeki isteklilik,

2. Duygusal Özellikler

- a. Özyeterlik duygusunun güçlü olması,
- b. Kendine güven duygusunun gelişmiş olması,
- c. Öz-saygı ve kendini kabul,
- d. Duyguların kontrol altına alınması, farkındalık ve denetim,
- e. Uyum yeteneği,
- f. Kaygıya karşı koyabilme ve engellenmeye dayanma gücü,

3. Bilişsel/Akademik Özellikler

- a. Başarı isteğinin güçlü olması,
- b. Geleceğe yönelik hedefler koyma ve planlama yeteneği,
- c. İç Kontrol odaklı olma,
- d. Stresle başa çıkma ve rasyonel düşünme,
- e. Dış kontrol odaklı davranmama, şans ve kadere itibar etmeme,
- f. Dine yatkınlık,
- g. Toplumsal çevrenin bilinçlendirilmesi için harekete geçme.

Psikolojik sağlamlığın temelinde benlik saygısı bulunmaktadır. Bireyin sahip olduğu özellikleri ve karakter yapısı psikolojik sağlamlığı olumlu etkilemektedir. Bireyin kendine karşı geliştirmiş olduğu yüksek benlik saygısı kendi benliğini değerlendirirken olumlu sonuçlara ulaşması risk faktörlerine karşı koruyucu bir özellik taşımaktadır (Arslan, 2015: 74).

İçsel koruyucu faktörler bireyin sahip olduğu özellikler ile tutum ve davranışları ile ilgilidir. Birey içsel gücü ile sorunu ortaya çıkmadan önlerken çoğu

zaman var olan sorunun etkisini azaltarak psikolojik ve fiziksel açıdan desteklenmesini sağlayacak tavır ve davranışlarda bulunacaktır. Bu durum bireyin zorluklara mücadele etmesindeki en önemli adımdır (Terzi, 2005). İçsel koruyucu faktörle içinde bireyin genel sağlık durumu, psikolojik açıdan sağlıklı olmasını destekleyen genetik yatkınlığı, karakter yapısı ve cinsiyeti de biyolojik koruyucu faktörler olarak içsel faktörlere dahi edilmektedir (Sipahioğlu, 2008: 15).

2.2.3.2.2. Dışsal Koruyucu Faktörler

Literatürde psikolojik sağlamlığın korunmasına yönelik dışsal faktörler ikiye ayrılmaktadır. Bunlar aile içi faktörler ve çevresel faktörlerdir.

Aile içi faktörlere bakıldığında ailenin bireylere vermiş olduğu desteğin psikolojik sağlıklarını korumada çok önemli olduğu görülmektedir. Aile ortamı için üç ana başlıkta koruyucu özellikler özetlenebilir (Sipahioğlu, 2008: 16):

- Ev ortamı: Çok çocuklu olmayan ailelerde kalabalık dışındaki sağlıklı iletişim ortamı,
- Ebeveynlerin Tutumu: Bireyin öz-varlığını ve kendine güvenini güçlendiren kabul edici ve onaylayıcı anne baba tutumları ile bireyin gelişimine destek olabilecek nitelikteki belirli düzeydeki disiplin,
- Belirli aile üyelerinin tutumu ve davranışları: Ailenin içinde rol model olacak bireye özen gösteren ve etkili iletişim kuran aile büyüklerinin özel tutum ve davranışlarıdır.

Aile içindeki tutum ve davranışların bireyin psikolojik sağlamlığına pozitif etkisi bütün risk ve koruyucu faktörler arasındaki ilişkide olduğu gibi olumlu ve olumsuz aile içi iletişimin farklı yüzleri gibidir.

Toplumsal koruyucu faktörler, bireyin olumsuz durumla mücadele etmesinde kendisini destekleyen ortamın sunulmasında önemli bir rol oynamaktadır. Bireyle ilişkiler kuran, var olan sorunu ya da sorunların çözümünde kendisine katkı sağlayan aile dışındaki arkadaşları, dostları, bireyi destekleyici ve paylaşımcı ilişkiler kurmasına yardımcı olarak gelişimini destekleyebilmektedir. Toplum tarafından

onaylanmak ve aidiyet duygusu problemi sürecin etkilerini azaltırken, bireyin başarılı deneyimler yaşaması da psikolojik sağlamlığın oluşmasına katkıda bulunmaktadır (Bahadır, 2009: 14).

Bireyin travmatik dönemden çok fazla etkilenmemesi için kendisine sağlanan sosyal destek sistemleri, uzman yardımı ve terapiler kişinin kendini geliştirmesine olanak sağlayan bir sürece girmesine yardımcı olmaktadır. Bu süreçte, uzman desteği bireyin sorunlarının farkına varmasına, yönlendirilmesine ve desteklenmesine izin verici davranışlarda bulunmasını da olumlu yönde etkilemektedir. Dışsal faktörler içinde sayılabilecek olan bireyin gelir durumu psikolojik sağlamlığı desteklemektedir. Yapılan çalışmalarda gelir durumu yüksek olan bireylerin psikolojik sağlamlık düzeylerinin yüksek olduğu görülmektedir (Kabasakal ve Arslan, 2014).

2.2.3.2.3. Olumlu Sonuçlar

Psikolojik sağlamlıkla ilgili olarak tam bir sağlamlıktan söz edebilmek için kişilerin var olan zorlukların üstesinden gelmeleri ile belirli olumlu sonuçlar elde etmeleri gerektiği ve bu sonuçların araştırılması için bireyin davranışların gözlenmesi gerektiği belirlenmiştir. Psikolojik sağlamlık çalışmalarında ele alınan yeterlik faktörler aşağıda gösterilmektedir (Gizir, 2007):

- Akademik başarı,
- Olumlu sosyal ilişkiler / sosyal yeterlik,
- Düşük duygusal problemler ya da belirtiler,
- Düşük davranış problemleri,
- Psikopatoloji var olmaması,
- Psikososyal uyum bileşenlerinin varlığı

Yetişkinlerle yapılan çalışmalarda bu yeterlik faktörlerin araştırılması için, çocuk ve ergenlerle yapılan gözlem ve değerlendirme yerine öz bildirim dayalı kendilerini nasıl hissettiklerini açıklamaları istenmektedir. Böylece bireyin kendi açıklamaları ile olumlu uyum davranışı gösterip göstermediğinin anlaşılması sağlanır (Erarslan, 2014: 16).

2.3.Öznel İyi Oluş Kavramı

2.3.1.Öznel İyi Oluş Kavramı

Psikoloji biliminin bireylerin ruh sağlığına yönelik bakış açısının değişimi ile birlikte bireylerin sorunlarına yönelik sahip oldukları potansiyelin değerlendirilmesi ve kendilerini geliştirmeleri için pozitif psikoloji öznel iyi oluş kavramı üzerine yoğunlaşmıştır. Öznel iyi oluş, bireyin iyi oluşuna yönelik subjektif düşüncesini araştırmaktadır (Tuzgöl Dost, 2006). Öznel iyi oluş bireyin kendi yaşamı üzerine yaptığı değerlendirmede, belli açılardan nasıl olduğuna dair düşüncesini oluşturmaktadır. Bireyler yaşamları ile ilgili olarak pozitif duygular besliyor ve doyum alıyorsa yüksek bir öznel iyi oluşa sahiptir. Bu açıdan öznel iyi oluş bireylerin içsel ve dışsal faktörlere dayanarak öznellik taşıyan olumlu düşünceleridir. Yaşamdan doyum alamayan, kendilerini mutsuz ve acı içinde hisseden bireylerin ise öznel iyi oluşları düşüktür (Eryılmaz ve Atak, 2011).

Diener (1984) insanların nasıl ve neden mutlu olduklarına dair soruları yanıtlarken bilişsel ve duygusal öznel değerlendirmelerinden yararlandıklarını olumlu ve olumsuz duyguların birbirini etkilemediğini tespit etmiştir. Diener'e göre öznel iyi oluş bireyin bilişsel ve duygusal bir değerlendirmesidir (Tatay, 2015). Bu açıdan, öznel iyi oluş bireylerin yaşamlarını değerlendirirken zihinlerinde oluşturdukları ve sık ve tekrarlanan duyguların etkilediği değerlendirmelerinde olumlu ya da olumsuz ruh hallerini yansıtmaktadır. Olumlu değerlendirmenin olması yüksek öznel iyi oluşu, olumsuz değerlendirme ise düşük öznel iyi oluşu göstermektedir.

Öznel iyi oluş ile yaşam memnuniyeti arasındaki temel farklılık, öznel iyi oluşta bireyin kendine ait değerlendirmesi ile sonuca ulaşmasıdır. Subjektif olarak yapılan bu değerlendirme, soru kalıplarının yönlendirici etkisinden uzaktır. Öznel iyi oluşta bireyin ruhsal durumunun önemli bir etlisi bulunurken tatmin ve memnuniyet ölçeklerinde bilimsel bazı standartlar gerekmektedir (Çelik, 2008).

Öznel iyi oluş kavramında yaşamı içinde dinamik bir süreç olan bireyin ruhsal halinin değerlendirilmesi, yaşamı üzerine yargılarda bulunması, aile ilişkileri,

hayatın anlamına ilişkin görüşleri, toplumsal ilişkileri ile sıkı sıkıya ilişkilidir. Öznel iyi oluş çalışmalarında bireyin olumlu ruh hali öznel iyi oluş düzeyinde önemli bir etki yapmaktadır (Cihangir Çankaya, 2005).

Bireyin geleceğe yönelik planlar yapması, hayatı hakkındaki olumlu düşünceleri, iş yaşamı ve hoş gitmeyen duygular genel olarak değerlendirildiğinde öznel iyi oluş puanı ortaya çıkmaktadır. Benzer şekilde kaygı, üzüntü ve hoş gitmeyen duygular içinde olan bireylerin öznel iyi oluşları düşük düzeyde olarak değerlendirilmektedir (Saygın, 2008).

2.3.2. Öznel İyi Oluş Kuramları ve Özellikleri

Öznel iyi oluş üzerine yapılan çalışmalar belirli yaklaşımları ele almaktadır. Bu yaklaşımlar olumlu psikoloji alanında bireyin öznel iyi oluşuna yönelik ruhsal dünyası ve nedenleri üzerine bağ kurarken belirli özellikleri öne çıkarmaktadır.

Erek kuramı öznel iyi oluşun bireyin beklentilerini karşılaması ve arzu ve isteklerinin tatmin edilmesinin önemli olduğu görüşüne dayanmaktadır. Ereksel yaklaşım bireylerin ihtiyaçlarının karşılanmasının onları mutlu ettiğini ve öznel iyi oluşun bu tatmin düzeyine bağlı olduğunu göstermektedir (Yetim, 2001).

Bireyin amaçlarını gerçekleştirmesinde mutluluğun oluşmasının önemli sorunları da bulunmaktadır. Uzun dönemli amaçların gerçekleştirilmesinde karşılaşılan zorluklar, bireyin mutsuz olmasına yol açabileceği gibi, insanların ihtiyaçları ve beklentileri arasındaki çatışma ise yaşama olumlu duygular beslemesine engel olabilmektedir (Yavuz, 2006).

Erek kuramına tepki olarak öznel iyi oluşu amaçların gerçekleştirilmesi ile değil, yapılan çabalar ve faaliyetlerin bireylerin üzerindeki etkisi ile açıklamaya çalışan etkinlik kuramı, bireyin yaşam süreci içinde amaçlarına ulaşmak için yaptıkları etkinliğin niteliğinin mutluluklarını etkilediği yaklaşımına dayanmaktadır (Yavuz, 2006).

Etkinlik kuramı, bireylerin etkinliklerinin nasıl gerçekleştirildiklerini öne çıkarmaktadır. Bireyin hayatını değerlendireceği etkinliklerin çok kolay olması ve

yapılmasında herhangi bir haz olmaması mutluluk oluşturmayacağı gibi başaramayacağı ve aşırı çaba göstermesine karşılık sonuçlanmayan etkinliklerde bireyin olumsuz duygulara sahip olmasına neden olacaktır (Yetim, 2001).

Bazı araştırmacılar mutluluğun aşağıdan yukarı ve ya yukarıdan aşağıya doğru biçimlendirildiğini ifade etmektedir. Tavandan-tabana ve tabandan tavana olarak da isimlendirilen bu kurama göre bireylerin mutlu olabilmesi bütün yaşamındaki olumlu anların ve davranışların toplamına bağlıdır. Bu durum, bireyin öznel iyi oluşuna etki eden bütün faktörlerin bir bileşimi olarak değerlendirmektedir (Yavuz, 2006). Bireyin hayatındaki aile içi, kişiler arası ve toplumsal ilişkiler, ekonomik durumu, yaşadığı yerin fiziksel özellikleri, toplumsal ve kültürel nedenler ile bireyin karakter özellikleri ile bu faktörleri değerlendirme şekli yaşamdan aldığı mutluluğu etkilemektedir. Bu açıdan yaklaşıldığında mutluluk ya da mutsuzluk yaşamda insana haz veya acı veren olayların toplamı olmakta insanlar yaşamlarındaki mutlu anların fazla olması nedeniyle mutlu olabilmektedir (Cihangir Çankata, 2005).

Haz olarak da değerlendirilen yaşamdaki olumlu duyguların toplamı bireyin mutluluğu üzerinde etkilidir düşüncesi, öznel iyi oluşun bu düşünce tarafından belirlendiğini açıklamaktadır (Tuzgöl Dost, 2004). Tavandan tabana kuramında, bireyin kişilik özelliklerinin yaşadığı anları değerlendirmesinde etkisini, bireysel değer yargılarının oluşmasında ve olaylara karşı gösterdiği tepkileri belirlerken bireylerin mutlu olmalarını kendi kişisel özelliklerine bağlı olarak hayatın haz veren yanlarını gördükleri için mutlu olduklarını iddia etmektedir.

Tabandan tavana kuramında ise nesnel yaşam koşullarının bireylere mutluluk verdiğini, ekonomik durumu, sağlıklı aile içi ilişkiler, toplumsal ve kültürel nedenlerin bireylerin kişiliklerine göre farklılaşmadığını öznel iyi oluşun bu faktörler ile biçimlendiğini ileri sürmektedir (Yavuz, 2006). Yargı kuramları ise mutluluğun ya da öznel iyi oluşun var olan ve birey tarafından kabul edilmiş standartlar ile kendi yaşamını karşılaştırması sonucu olan değerlendirme ile belirlendiğini öne sürmektedir. Bu değerlendirmenin bilinçli ya da bilinçsiz yapılabilen bu değerlendirmenin, nicelik olarak yaşanan olayların değerlendirilmesi yapılmaktadır (Yetim, 2001). Bu kuram, bireyin çevresi ile yaptığı karşılaştırmalara dayanmaktadır.

Bireyin referans aldığı kriterler kendi durumu ile çevresindekilerin durumu ile yapılan karşılaştırmadır. Bireyler çoğu zaman mevcut durumları kendisinden daha iyi ya da daha kötü olarak değerlendirdiği kişilere göre karşılaştırma yaparak kendi öznel iyi oluşunu tanımlamaktadır (Saygın, 2008). Uyum kuramında ise bireyin kendi öznel iyi oluşunu değerlendirmesinde ortaya çıkan duruma alıştığı, adapte olduğu ve bu duruma uygun olarak öznel iyi oluşunu değerlendirdiği belirtilmektedir. Bireyin yaşamındaki olumlu olayların sürekli tekrarlanması bireyin kriterlerini de etkilemektedir. Birey mevcut duruma uygun olarak geliştirdiği kriterleri ile yeni duruma uyum sağlayacak ve dinamik süreç sürekli olarak tekrar ederek bireyin öznel iyi oluşunu etkileyecektir (Yetim, 2001). Bağ kuramı bireyin mutluluğu ile bilişsel düzeyde bağ kurulmasının daha fazla mutluluk getireceğini, bireyin yaşamında var olan bütün olaylara karşı yaklaşımının ve geçmiş olayların belleğinde kalması ile kurduğu bilişsel düzeydeki bağın oluşmasının etkisi üzerinde durulur (Yetim, 2001). Dinamik denge kuramında ise bireyin kişilik özelliklerinin ve karakterinin etkisinin çevresel olaylardan çok daha fazla etkili olduğunu, bireyin yaşamında meydana gelen olaylardan sonra öznel iyi oluşun kişiliğe göre şekillendiği açıklanmaktadır (Saygın, 2008).

2.3.3. Öznel İyi Oluşu Etkileyen Faktörler

Bireylerin öznel iyi oluşlarının nedenlerini açıklayan kuramlara göre pek çok faktör öznel iyi oluşlarına etki etmektedir. Bu faktörler aşağıda gösterilmiştir (Diener vd., 1999):

Genetik Yatkınlık: Biyolojik özellikler bireylerin iyi oluş düzeylerini etkilemektedir. Bireyin mutlu olmasına yönelik olarak genlerinden gelen biyolojik yatkınlığı diğer faktörlerin değerlendirilmesinde etkili olmaktadır.

Kişilik Özellikleri: Bireyin sahip olduğu kişilik özellikleri özellikle iyimserlik, duygusal tutarlılık, yalnızlık ve özgüven gibi duygular öznel iyi oluşu etkilemektedir. Bireyler yaşamlarındaki olayları değerlendirirken bu kişilik özelliklerini kullanmakta olumlu ya da olumsuz değerlendirmelerini subjektif olarak yapmaktadır.

Sağlık: Sağlığın öznel iyi oluşa etkisi yaşama bağlanması ile açıklanmaktadır. Sağlığını yitirmiş bireylerin öznel iyi oluş düzeyleri düşüktür.

Evlilik: Aile içi iletişim ve evlilik bireyin en yakın çevresi ile iletişimini kapsamaktadır. Yapılan araştırmalar, bekâr ve boşanmış bireylerin evli bireylere göre öznel iyi oluşlarının daha düşük seviyede olduğunu göstermektedir.

Gelir Düzeyi: Bireyin sahip olduğu satın alma gücü ve ekonomik düzeyi ile öznel iyi oluş düzeyi arasında doğrusal bir ilişki bulunmaktadır. Ancak bu etkinin oldukça düşük düzeyli olduğu belirlenmiştir.

Din: Din insanların dayanma gücünü ve yılmazlık düzeyini olumlu etkilemesi bakımından öznel iyi oluşa katkı sağlamaktadır. Dini duyguları kuvvetli olan bireylerin öznel iyi oluşlarına olumlu katkı yaptığı tespit edilmiştir.

Sosyal İlişkiler: Olumlu toplumsal ilişkiler bireylerin mutlu olmasını sağlamaktadır.

Demografik Özellikler: Öznel iyi oluş bireylerin yaş, cinsiyet, eğitim ve iş durumu gibi demografik faktörleri ile ilişkilidir. Ancak hangi demografik özelliklerin daha etkin olduğu konusunda tartışmalar sürmektedir. Yaşın ilerlemesi ile öznel iyi oluş düzeyi azalmaktadır. Cinsiyet faktörünün çok belirleyici olmadığı eğitim ve mesleki durumun ise önemli olduğu belirlenmiştir.

2.4.Sosyal Yaşam Kalitesi

2.4.1.Yaşam Kalitesi

En genel tanımı ile yaşam kalitesi “iyilik hali”nin bir derecesi olarak tanımlanmaktadır. Yaşam kalitesi bireyin sağlığına yönelik bilgi vermekten çok bireyin iyi olma haline etki eden bütün etkenlerin bir bileşimidir (Öksüz ve Malhan, 2005). Yaşam kalitesinin tanımı ile ilgili tartışma bireyin kendi yaşamı üzerine yaptığı değerlendirmenin öznelliği ile ilgilidir. Bireylerin yaşamın kendisine yönelik beklentileri ve arzularının farklı olması, yaşamı hakkındaki değer yargılarını

etkileyebilmektedir. Yaşam kalitesi, bireyin yaşadığı sosyal, kültürel ve fiziki çevrede durumlarını algılama biçimidir (Işıkhan vd., 2015).

Yaşam kalitesi bireyin fiziksel ve ruhsal sağlığının kendisini etkileyen diğer faktörler ile birlikte kendi yaşamını değerlendirdiğinde elde etmiş olduğu sonuçtur. Yaşam kalitesinin yüksek olması halinde bireyin iyi olma halinin yüksek olduğu, yaşam kalitesinin düşük olması halinde ise iyi olma halinin düzeyinin düştüğü anlaşılmaktadır (Dişsiz, 2015). Yaşam kalitesi algısı bireyden bireye değişiklik göstermektedir. Bireyin kendisini etkileyen değişkenlere karşı algısı ve sağlık durumu ile ilgili bakış açısı demografik özelliklerine ve karakterine göre değişiklikler göstermektedir (Gökçe, 2010).

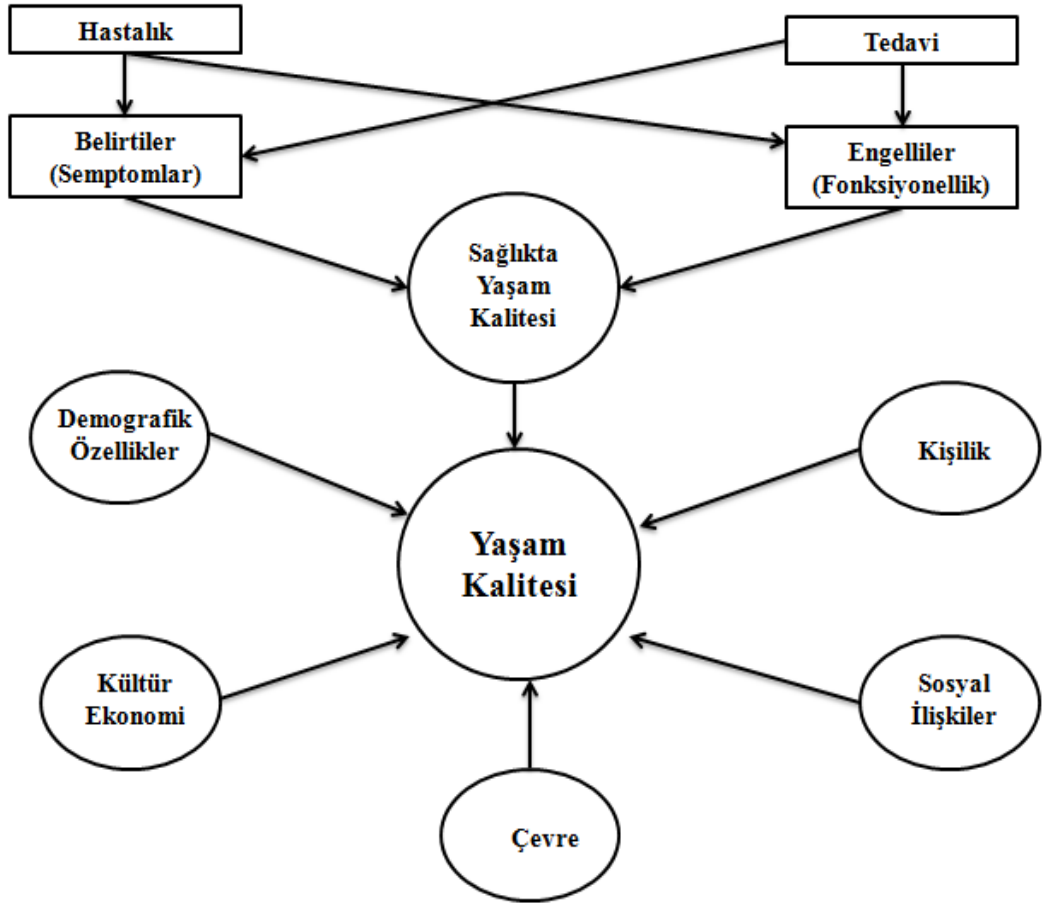
Yaşam kalitesi bireyden bireye değişiklik gösterebildiği gibi sürekli değişebilen dinamik bir yapıdadır. Sağlıklı olma hali sadece biyolojik sağlığı içermemekte hastalığa bağımsız olarak değişiklik gösterebilmektedir. Yaşam kalitesinin ölçümlerinde bireyin fiziksel, ruhsal, zihinsel ve sosyal iyi olma hali ortaya konulmaya çalışılmakta ve yaşam kalitesini oluşturan etkenlerin de ölçümü yapılmaktadır (Urgur, 2009). Yaşam kalitesi mutlu olma ve iyi olma hali bir başka deyişle bireyin esenliği hakkındaki görüşlerinin fiziksel, sosyal ve mental aktivitelere verdiği tepki ve günlük yaşamını değerlendirdiğinde verdiği cevaptan oluşmaktadır (Fidaner, 2004).

Bireyin fiziki ve ruhsal sağlığının yanında çevresel etmenlere girdiği iletişimde kendisi için önemli olan doyum ve mutluluğu da değerlendirmesi yaşam kalitesinin çok geniş bir alanı temsil etmesine neden olmaktadır. Bireyin hayat koşullarına uyumu ve mutluluğu bütün bu şartların toplamının birey tarafından değerlendirilmesi ile ortaya çıkar (Göçgeldi vd., 2008). Yaşam kalitesi, bireyin kendi iyi olma haline yönelik öznel değerlendirmesi şeklinde tanımlanabilir. Literatürdeki tanımlar incelendiğinde bireyin yaşam kalitesi üzerinde ağırlıklı olarak sağlıktan kaynaklanan yaşam kalitesi üzerine durulmuştur. Bu yönü ile yaşam kalitesi sübjektiftir ve bireyden bireye değişiklik göstermektedir.

2.4.2. Sosyal Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler

Bireylerin yaşam kalitelerini etkileyen pek çok faktör bulunmaktadır. Yapılan pek çok araştırma bireyin içinde bulunduğu olumsuz durumların yaşam kalitelerini nasıl etkilediğine yöneliktir. Örneğin alkol bağımlılarının yaşam kalitesi, cinsel işlev bozukluğu olan bireylerin yaşam kaliteleri gibi araştırmalar yoğunluk kazanmaktadır. Aşağıda yaşam kalitesini etkileyen faktörler gösterilmektedir (Gökçe, 2010: 23).

Şekil 4. Yaşam Kalitesi



Kaynak: Gökçe S. (2010). “Renal Replasman Tedavisi Alan Hastalarda Yaşam Kalitesi”, T.C. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, 2010. (19 Kasım 2016) tarihinde s. 23’den alındı.

Yaşam kalitesinin belirlenmesinde bireyin kendi fiziksel, psikolojik ve sosyal işlevlerini nasıl değerlendirdiği yaşamını hangi yönleri ile ele aldığı sorusu ön plana

çıkmaktadır. Örneğin kişi bir saatlik yürüyüş sonrasında çok zorlandığını ve yorulduğunu düşünüyorsa yaşam kalitesini düşük olarak değerlendirebilmektedir (Işıkhah vd., 2015). Yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde sağlığa bağlı yaşam kalitesinin belirleyicileri işlevsellik ve sosyal sağlıktır. Bu faktörlerin alt faktörleri her biri farklı etkileşimlerle yaşam kalitesini etkilemekte ve bireyin bakış açısını yönlendirebilmektedir (Öksüz ve Malhan, 2005).

Şekil 4.'de gösterildiği gibi yaşam kalitesinin ana belirleyicilerinden birisi sağlıktır. Ancak sağlıktaki yaşam kalitesi, yaşamın niteliği konusunda tek belirleyici değildir. Bireyin sahip olduğu demografik özellikler, içinde yaşadığı toplum ve toplumsal kültür ve ekonomi, çevre ve bireyden bireye değişen kişilik özellikleri bireyin iyi olma halini etkilemektedir.

Görüldüğü gibi yaşam kalitesi geniş bir kapsama sahiptir. Birey sürekli olarak değişen fiziksel ve psikolojik sağlığını, öz bakım becerileri dahil olmak üzere bağımsız davranışlarda bulunabilme özelliğini, sosyal çevre ile kurduğu iletişimin yapısı ve çevresi ile etkileşiminden etkilenmektedir. Aşağıda insanların yaşam kalitelerini etkileyen faktörler gösterilmektedir.

2.4.2.1. Sağlığa Bağlı Yaşam Kalitesi

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi bireyin fiziksel ve psikolojik sağlığını değerlendirmesidir. Sağlığa ilişkin yaşam kalitesi Dünya Sağlık Örgütü'nün sağlığı tanımlamasına uygun olarak bireyin algılaması ve çevresel şartlardan etkilenen sağlık algısıdır (Güler, 2006). Sağlıktaki yaşam kalitesi, bireyin görünürdeki fizyolojik, bilişsel ve ruhsal zindelik durumu hakkında fikirler verirken, doğrudan yaşam kalitesine de önemli etkiler yapar. Sağlıktaki yaşam kalitesi, bireyin içinde bulunduğu yaş koşullarına uygun olarak, bireysel tatmin derecesini etkileyen hastalıklara karşı günlük aktivitelerini değerlendirmesidir (Güler, 2006).

Sağlıktaki yaşam kalitesi yaşam kalitesinin en önemli bileşeni olarak, özellikle hasta gruplarına uygulanan formlar ile belirli engellilik ve dezavantajlı durumda bulunan hastaların kendilerini nasıl hissettikleri, günlük faaliyetlerini nasıl değerlendirdikleri ile ilgilidir. Sağlıktaki yaşam kalitesinin bilinmesi, sağlık

hizmetlerinin geliştirilmesinde önemli bir unsurdur. Özellikle bir hastalığın ve ona bağlı tedavinin hastada yarattığı işlevsel etkilerin hasta tarafından öznel biçimde algılanması; bireyin yaşamdan ve kişisel iyilik hali denen genel durumdan sağladığı doyumun bilinmesi sosyal, duygusal ve fiziksel ihtiyaçların bilinmesinde oldukça önemlidir (Şenol, 2006).

2.4.2.2. İşlevsellik

Bireyin işlevselliği, günlük yaşantısında zorlanmaması ve kendini iyi hissetmesi açısından önemlidir. Yaşam kalitesi ölçümlerinde iyi olma halinin önemli bir göstergesi olarak bireyin aktiviteleri kendisi açısından yorulmadan ve kısıtlanmadan yapabilmesi işlevselliğini içermektedir. Bu işlevsellik hem farklı insanlarla karşılaştırma yapılmasında hem de eğer var ise tanısı yapılmış hastalık içinde kendisini nasıl hissettiği, hastalıktan nasıl etkilendiği ve hastaya nasıl müdahale edilmesi ile ilgili faktörlerin bilinmesi için önemlidir (Akvardar, 2004).

Yaşam kalitesinde işlevsellik, sağlık çıktılarının sonuçlarının belirlenmesinde başvurulan en genel yöntemlerden biridir. Bireyin günlük yaşamındaki işlevselliğinin kendi algısına göre sübjektif ölçülmesi ve aktivitelerinin yerine getirebilme düzeyinin ölçülmesi diğer testlerden daha anlamlı bulunmaktadır (Öksüz ve Malhan, 2005). İşlevsel faaliyet bireyin bağımsızlığı ile doğrudan ilişkilidir. Engellilik, yaşam kalitesini düşüren hastalıklar, bireyin kişisel performansının düşük olması, hareket kabiliyetinin yetersizliği, çabuk yorulması, kendini ihtiyaçlarını karşılayamayacak hale gelmesine düzeyine kadar ölçülebilir. İşlevsellik, başkalarına muhtaç olma durumunun ve bağımlılığın hangi düzeyde olduğuna ilişkin de kanıtlar sunabilmektedir (Öksüz ve Malhan, 2005).

İşlevselliğin ölçülebilmesi için bireye sorulan kuvvet gerektiren aktiviteler, orta kuvvet gerektiren aktiviteler ve günlük hayatın yürütülmesi amacıyla yapılması gereken mecburi aktiviteler soruları ile bireyin yaşamındaki işlevselliği hakkında bilgi edinilmesi sağlanır. İşlevsellik sorularında amaç, bireyin bağımsız olarak yerine getirebileceği faaliyetleri tespit etmek genel sağlık durumundan bağımsız olarak bireyin sosyal durumunu devam ettirmesi ile ilişkilidir (Öksüz ve Malhan, 2005).

Merdiven çıkmak, sebze ve meyveleri kaldırmak, eğilmek, yürümek gibi faaliyetlerin yanında, spor yapmak, koşmak, ağır eşyaları kaldırmak gibi soru grupları bireye işlevsel sağlığı hakkında düşünme fırsatı verir. Yaptığı değerlendirme çoğunlukla, performans testleri, motor güç testleri gibi klinik düzeyde yapılan testlerden daha anlamlı çıkabilmektedir.

2.4.2.3. Sosyal Sağlık

Sosyal sağlık bireyin içinde yaşadığı topluma ile ilişkilerinin bütünü temsil etmektedir. Sosyal sağlık içinde bireyin ekonomik durumu, doğal ve fiziksel ortama ilişkin etmenler, meslek yaşamı, aile ilişkisi, toplumsal kültürün birey üzerindeki etkilerinin hepsi sosyal sağlık göstergeleri ile ölçülmektedir.

Sağlık kavramının tanımına uygun olarak bireyin fiziksel ruhsal sağlığı sosyal sağlığından önemli ölçüde etkilenmektedir. Bireyler fiziksel sağlıklarının yanında sosyal olarak kendilerini iyi hissettiklerinde sağlıklı olabilmektedir.

Örneğin bireyin yaşam deneyimlerine bağlı olarak sosyal çevresi ile ilişkilerinde etkin ve başarılı bir iletişim üstlenmişse sosyal sağlığının üst düzeyde olması olağan karşılanmaktadır. Psikolojik göstergeler, bireyin karakter özellikleri, deneyimi ile aile içi ilişkileri ve özel yaşamına ilişkin ilişkilerden izler taşımaktadır. Bu ilişkilerin niteliği yaşam kalitesini etkilemektedir (Eser, 2004). Sosyal göstergeler, meslek dağılımı, coğrafi- mesleki hareketlilik, dengeli beslenme, sağlık koşulları, eğitim durumu, toplumsal ve mesleki faaliyetlere katılma, konut ve konut koşulları, kültür ve gelişme olanaklarını değişken olarak kullanmaktadır (Göller, 2009).

Sağlıklı olmada sosyal sağlık göstergeleri, bireyin iş yaşamı, kültürel çevresine ilişkin sorularla açıklanmaya çalışılmakta bireyin kendini sosyal çevresinde nasıl tanımladığına ilişkin soruların cevaplandırılması için kullanılmaktadır

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

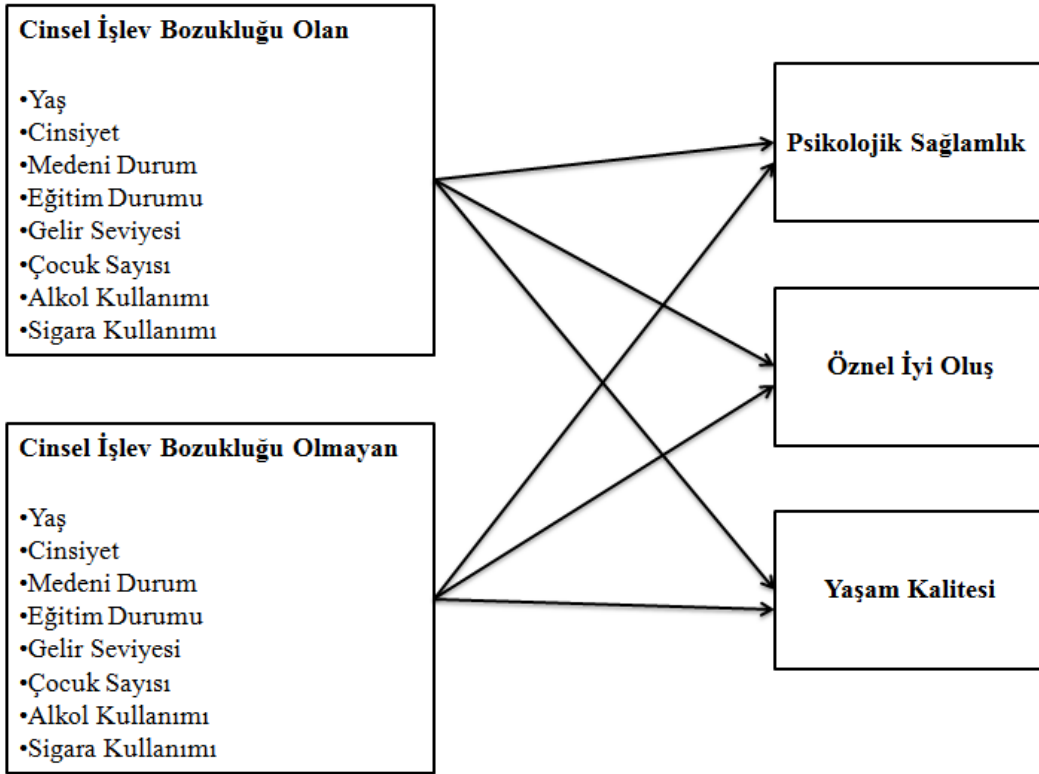
YÖNTEM

Bu bölümde araştırmanın model, evren ve örneklemi, araştırmada kullanılan veri toplama araçları ile verilerin istatistiki analizi açıklanmıştır.

3.1. Araştırmanın Modeli

Araştırma niceliksel araştırma yöntemlerinden anket çalışması ile yürütülmüştür. Araştırmanın modeli aşağıda gösterilmektedir.

Şekil 5. Araştırmanın Modeli



Araştırmada cinsel işlev bozukluğu olan ve olmayan bireylerin psikolojik sağlamlık, öznel iyi oluş ve yaşam kalitesi düzeyleri arasında karşılaştırılma yapılmaktadır.

3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evreni İstanbul ilinde yaşayan ve cinsel işlev bozukluğu olan ve özel bir rehabilitasyon merkezine giden hastalar ile cinsel işlev bozukluğu olmayan sağlıklı bireyler oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini ise İstanbul İlinde özel bir psikoterapi merkezine gelen cinsel işlev bozukluğu olan 30 birey ile cinsel işlev bozukluğu olmayan 30 bireyden oluşturmaktadır.

3.3. Veri Toplama Araçları

Veri toplama aracı olarak kullanılan anketlerde uygulanan ölçekler, Kişisel Bilgi Formu (KBF), Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (ACYÖ), Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği (KPSÖ), Öznel İyi Oluş Ölçeği (ÖİÖ) bilimsel güvenilirlik ve yeterlilik ölçütleri aşağıda açıklanmıştır.

Kişisel Bilgi Formu: Kişisel Bilgi Formu (KBF), cinsel işlev bozukluğu olan ve olmayan katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin belirlenmesi amacıyla oluşturulmuştur. Kişisel Bilgi Formu'nda katılımcıların "Yaşı", "Cinsiyeti", "Medeni Durumu", "Eğitim Durumu", "Gelir Seviyesi", "Çocuk Sayısı", "Sigara Kullanma Alışkanlığı" ve "Alkol Kullanma Alışkanlığı, soruları sorulmuştur.

Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (ACYÖ): McGahuey, Gelenberg, Laukes, Moreno ve Delgoda tarafından 2000 yılında yapılan araştırmada geliştirilen ölçek altılı Likert tipinde değerlendirme yapmaya olanak sağlayan 5 maddeden oluşmakta ve kadın-erkek için ayrı formları bulunmaktadır. Günümüzde geçerli olan DSM-IV ve ICD-10 cinsel işlev bozuklukları tanı kriterlerini karşılamaktadır. Her sorunun 1'den 6'ya kadar değişen puanlamasıyla total skor 5'ten 30'a kadar değişir. Düşük skorlar cinsel yanıtın güçlü, kolay ve tatmin edici olduğunu gösterirken, yüksek skorlar cinsel işlev bozukluğunun varlığını gösterir (Memetali, 2010: 27). Ölçeğin Türkiye'deki geçerlik güvenilirlik çalışması Soykan tarafından 2002 yılında yapılmıştır ve bu çalışmada ($p < .000$) olarak Cronbach's Alfa değeri 0,89 ve Barlett Küresellik Testi χ^2 değeri ise 0,90'dır (Soykan, 2004).

Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği (KPSÖ): Psikolojik sağlık ölçeği Smith vd. tarafından 2008 tarafından geliştirilmiştir. Ölçek 6 maddeden ve tek boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin geçerlik-güvenirlilik çalışmaları üniversite öğrencileri, kalp ve fibromiyalji hastaları üzerinde yürütülmüştür. Ölçeğin, iç tutarlık güvenirlik katsayısı bu gruplarda 0,80 ile 0,91 arasında değiştiği görülmüştür. Test tekrar test güvenirlik katsayısı ise 0,62 ile 0,69 arasında olduğu saptanmıştır. KPSÖ'nün Türkçe uyarlaması Doğan (2015) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin Türkçe uyarlamasında tek faktörlü bir yapı elde edilmiştir. Ölçeğin iç tutarlık katsayısı 0,83 olarak saptanmıştır. KPSÖ, 5'li Likert tarzında bir ölçektir. Ölçekten alınan puanların yükselmesi yüksek düzeyde psikolojik sağlamlığı göstermektedir (Doğan, 2015: 97).

Öznel İyi Oluş Ölçeği (ÖİÖ): Diener tarafından 1984 yılında yapılan Öznel İyi Oluş Ölçeği, Dost (2005) tarafından Türkiye'ye uyarlanan 46 maddeden oluşan ölçektir. Öznel İyi Oluş Ölçeği (ÖİÖ), bireylerin olumlu ve olumsuz duyguları ve yaşam alanlarına ilişkin yargılarından oluşmaktadır.

Öznel İyi Oluş Ölçeği'nin (ÖİÖ), faktör analizi yapıldığında örneklem yeterliliği (Kaiser-Meyer-Olkin KMO) 0,86 olduğundan ($p < .000$) olarak faktör analizine uygun olduğu saptanmıştır. Bu durumda, ölçeğin ($p < .000$) olarak faktör analizine uygun olduğu saptanmıştır. Öznel İyi Oluş Ölçeği'nin (ÖİÖ), toplam varyansın %63,83'in 12 faktörlü bir boyutun tarafından açıklandığı görülmektedir. 1. Faktörün 6 maddeden (4, 17, 32, 35, 37, 40), 2. Faktörün 5 maddeden (3, 11, 19, 21, 23), 3. Faktörün dört maddeden (22, 27, 30, 38), 4. Faktörün dört maddeden (7, 34, 42, 46), 5. Faktörün altı maddeden (5, 8, 12, 14, 16, 31), 6. Faktörün dört maddeden (2, 9, 15, 28), 7. Faktörün dört maddeden (6, 29, 36, 45), 8. Faktörün üç maddeden (1, 20, 41), 9. Faktörün üç maddeden (18, 39, 43), 10. faktörün iki maddeden (24, 26), 11. Faktörün üç maddeden (25, 33, 44) 12. Faktörün iki maddeden (10, 13) oluştuğu belirlenmiştir.

5'li Likert olarak düzenlenen ölçekte "Tamamen Uygunsa" 5; "Çoğunlukla Uygunsa" 4; "Orta Derecede Uygunsa" 3, "Biraz Uygunsa" 2; "Hiç Uygun Değilse" 1 puan verilmektedir. Ölçek maddelerinin 26'sı olumsuz ifade şeklindedir. Olumsuz ifadeler 2, 4, 6, 10, 13, 15, 17, 19, 21, 24, 26, 28, 30, 32, 35, 37, 38, 40, 43 ve 45.

maddelerdir. Olumsuz ifadelerin puanlanması tersine çevrilerek yapılmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 46, en yüksek puan 230 olup yüksek puan öznel iyi oluş düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir (Dost, 2005).

Yaşam Kalitesi Formu: Türkiye'ye uyarlanması Koçyiğit ve arkadaşları tarafından 1999 yılında yapılan Yaşam Kalitesi (SF36) Ölçeği, Rand Corporation tarafından 1992 yılında geliştirilmiştir. Yaşam Kalitesi (SF36) Ölçeği 36 maddeden oluşmaktadır ve 8 faktörlü bir boyutun tarafından açıklandığı görülmektedir. 1. Faktör 10 madde, 2. Faktör 2 maddeden, 3. Faktör 4 maddeden, 4. Faktör 3 maddeden, 5. Faktör 5 maddeden, 6. Faktör 4 maddeden, 7. Faktör 2 maddeden, 8. Faktör 5 maddeden oluşmaktadır.

Değerlendirme bazı maddeler dışında 2-3 Likert tipi yapılmakta ve son 4 hafta göz önünde bulundurulmaktadır. Alt ölçekler sağlığı 0-100 arasında değerlendirir ve 0 kötü sağlık durumunu, 100 iyi sağlık durumunu gösterir. Bedensel hastalığı olanlarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde kullanılabileceği bildirilmektedir (Aydemir, 1999).

3.4. Verilerin İstatistiksel Analizi

Araştırmada kullanılan anketlere katılımcıların vermiş oldukları cevaplar analiz edilmesi için SPSS 17.0 paket programı kullanılmıştır. Psikolojik sağlamlık, Öznel İyi Oluş ve Yaşam Kalitesi ölçeklerinden elde edilen puanların normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek örneklem Kolmogorov-Smirnov testi sonucunda ölçeklerin dağılımının normal dağılmadığı saptanmıştır

Bunun için niceliksel verilerin karşılaştırılmasında iki grup arasındaki farkı Mann Whitney U testi, ikiden fazla grup durumunda parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Kruskal Wallis H testi kullanılmıştır. İki farklı değişkenin bağımlı değişkende farklılık yaratıp yaratmadığının belirlenmesi için İki Yönlü Anova testi uygulanmıştır.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

4.1. Araştırmaya Katılan Bireylerin Demografik Değişkenlere Göre Dağılımları

Bu bölümde cinsel işlev bozukluğu olan ve olmayan bireylerin demografik özelliklerinden yaş, cinsiyet, eğitim durumu, gelir seviyesi, çocuk sayısı, alkol ve sigara kullanımı değişkenlerine göre dağılımları yer almaktadır. Araştırmaya katılan bireylerin demografik değişkenleri Tablo 10'da gösterilmektedir.

Tablo 9. Araştırmaya Katılan Bireylerin Demografik Özellikleri

Cinsiyet	Cinsel İşlev Bozukluğu Olan		Cinsel İşlev Bozukluğu Olmayan	
	Sayı	Yüzde (%)	Sayı	Yüzde (%)
Kadın	12	40,0	11	36,7
Erkek	18	60,0	19	63,3
Toplam	30	100,0	30	100,0

Ankete katılan 60 bireyin 14'ü (%46,7) cinsel işlev bozukluğu olan kadınlardan 11'i (%36,7) cinsel işlev bozukluğu olmayan bireylerden oluşmaktadır. Cinsel işlev bozukluğu olan erkeklerin oranı 18 (%60,0) cinsel bozukluğu olmayan erkeklerin oranı ise 19 (%63,3)'dür.

Yaş	Cinsel İşlev Bozukluğu Olan		Cinsel İşlev Bozukluğu Olmayan	
	Sayı	Yüzde (%)	Sayı	Yüzde (%)
18-25 Yaş Arası	5	16,7	5	16,7
26-30 Yaş Arası	9	30,0	10	33,3
31-35 Yaş Arası	6	20,0	5	16,7
36-40 Yaş Arası	5	16,7	3	10,0
41 Yaş ve Üstü	5	16,7	7	23,3
Toplam	30	100,0	30	100,0

Cinsel işlev bozukluğu olan bireylerin 5'i (%16,7) 18-25 yaş arası, 9'u (%30,0) 26-30 yaş arası, 6'sı (%20,0) 31-35 yaş arası, 5'i (%16,7) 36-40 yaş arası, 41 yaş ve üstü 5'dir (%16,7). Cinsel işlev bozukluğu olmayan bireylerin 5'i (%16,7)

18-25 yaş arası, 10'u (%33,3) 26-30 yaş arası, 5'i (%16,7) 31-35 yaş arası, 3'ü (%10,0) 36-40 yaş arası, 41 yaş ve üstü 7'dir (%23,3).

Medeni Durum	Cinsel İşlev Bozukluğu Olan		Cinsel İşlev Bozukluğu Olmayan	
	Sayı	Yüzde (%)	Sayı	Yüzde (%)
Evli	16	53,3	15	50,0
Bekar	14	46,7	15	50,0
Toplam	30	100,0	30	100,0

Ankete katılan cinsel işlev bozukluğu olan bireylerin 16'sı (%53,3) evli, 14'ü (%46,7) bekar. Cinsel işlev bozukluğu olmayan bireylerin 15'i (%50,0) evli, 15'i (%50,0) bekar.

Eğitim	Cinsel İşlev Bozukluğu Olan		Cinsel İşlev Bozukluğu Olmayan	
	Sayı	Yüzde (%)	Sayı	Yüzde (%)
İlköğretim	2	6,7	1	3,3
Ortaöğretim	4	13,3	5	16,7
Yüksek Okul	4	13,3	11	36,7
Lisans	18	60,0	8	26,7
Y.Lisans/Doktora	2	6,7	5	16,7
Toplam	30	100,0	30	100,0

Ankete katılan cinsel işlev bozukluğu olan bireylerin 2'si (%6,7) ilköğretim, 4'ü (%13,3) ortaöğretim, 4'ü (%13,3) yüksek okul, 18'i (%60,0) lisans, 4'ü (%6,7) lisansüstü eğitim mezunudur. Cinsel işlev bozukluğu olmayan bireylerin 1'i (%3,3) ilköğretim, 5'i (%16,7) ortaöğretim, 11'i (%36,7) yüksek okul, 8'i (%26,7) lisans, 5'i (%16,7) lisansüstü eğitim mezunudur.

Gelir Seviyesi	Cinsel İşlev Bozukluğu Olan		Cinsel İşlev Bozukluğu Olmayan	
	Sayı	Yüzde (%)	Sayı	Yüzde (%)
1.-2.000 TL.	6	20,0	4	13,3
2.001-3.000 TL.	12	40,0	8	26,7
3.001-4.000 TL.	7	23,3	9	30,0
4.001-5.000 TL.	3	10,0	6	20,0
5.001TL. ve üstü	2	6,7	1	6,70
Toplam	30	100,0	30	100,0

Ankete katılan cinsel işlev bozukluğu olan bireylerin 6'sı (%20,0) 2.000 TL.ye kadar geliri olan, 12'si (%40,0) 2.001-3.000 TL. geliri olan, 7'si (%23,3)

3.001-4.000 TL. geliri olan, 3'ü (%10,0) 4.001-5.000 TL gelirin olan 2'si (%6,7) 5.001 TL. ve üstü geliri olan bireylerden oluşmaktadır. Cinsel işlev bozukluğu olmayan bireylerin 4'ü (%13,3) 2.000 TL.ye kadar geliri olan, 8'si (%26,7) 2.001-3.000 TL. geliri olan, 9'u (%30,0) 3.001-4.000 TL. geliri olan, 6'sı (%20,0) 4.001-5.000 TL gelirin olan 3'ü (%10,0) 5.001 TL. ve üstü geliri olan bireylerden oluşmaktadır.

Çocuk Sayısı	Cinsel İşlev Bozukluğu Olan		Cinsel İşlev Bozukluğu Olmayan	
	Sayı	Yüzde (%)	Sayı	Yüzde (%)
Çocuğu Yok	23	76,7	10	33,3
1 Çocuk	5	16,7	14	46,7
2	2	6,7	6	20,0
Toplam	30	100,0	30	100,0

Ankete katılan cinsel işlev bozukluğu olan bireylerin 23'ünün (%76,7) çocuğu bulunmamakta, 5'i (%16,7) bir çocuk sahibi, 2'si (%6,7) iki çocuk sahibidir. Cinsel işlev bozukluğu olmayan bireylerin 10'unun (%33,3) çocuğu bulunmamakta 14'ü (%46,7) bir çocuk sahibi, 6'sı (%20,0) iki çocuk sahibidir.

Alkol Kullanımı	Cinsel İşlev Bozukluğu Olan		Cinsel İşlev Bozukluğu Olmayan	
	Sayı	Yüzde (%)	Sayı	Yüzde (%)
Var	19	63,3	9	30,0
Yok	11	36,7	21	70,0
Toplam	30	100,0	30	100,0

Ankete katılan cinsel işlev bozukluğu olan bireylerin 19'u (63.3) alkol kullanmakta, 11'i (%36,7) alkol kullanmamaktadır. Cinsel işlev bozukluğu olmayan bireylerin 9'u (30.0) alkol kullanmakta 21'i (%70,0) alkol kullanmaktadır.

Sigara Kullanımı	Cinsel İşlev Bozukluğu Olan		Cinsel İşlev Bozukluğu Olmayan	
	Sayı	Yüzde (%)	Sayı	Yüzde (%)
Var	14	46,7	12	40,0
Yok	16	53,3	18	60,0
Toplam	30	100,0	30,0	100,0

Ankete katılan cinsel işlev bozukluğu olan bireylerin 14'ü (%46,7) sigara kullanırken 16'sı (%53,3) sigara kullanmamaktadır. Cinsel işlev bozukluğu olmayan bireylerin 12'si (%40,0) sigara kullanırken 18'i (%60,0) sigara kullanmamaktadır.

4.2. Bireylerin Cinsel İşlev Bozukluğu Olup Olmamasına Göre Grupların Psikolojik Sağlık, Öznel İyi Oluş ve Yaşam Kalitesi Ölçeklerinin Puanları Açısından Karşılaştırılması

Araştırmanın amacı kapsamında cinsel işlev bozukluğu olan bireylerin cinsel işlev bozukluğu olmayan bireylerden psikolojik sağlık ölçeklerinin puanları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır? Sorusuna yanıt bulunmaya çalışılmıştır.

Tablo 10. Bireylerin Cinsel İşlev Bozukluğu Olup Olmadığına Göre Psikolojik Sağlık Ölçeğinin Puanları Açısından Mann Whitney U Testi İle Karşılaştırılması

	Grup	N	Sıra Ort.	Sıra Top.	U	Z	P
Psikolojik Sağlık	Cinsel İşlev Bozukluğu Olan	30	17,73	532,00	67,000	-5,677	0,000
	Cinsel İşlev Bozukluğu Olmayan	30	43,27	1298,00			

Tablo 12'de görüldüğü gibi bireylerin cinsel işlev bozukluğu olup olmasına göre psikolojik sağlık ölçeklerinin puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla Mann Whitney U Testi yapılmıştır ve $U=67,000$, $Z=-5,677$, $p=0,000$ ($p<0,005$) anlamlı bir farklılık görülmüştür. Cinsel işlev bozukluğu olan bireylerin psikolojik sağlık düzeyleri sıra değerleri ortalaması 17,73 cinsel işlev bozukluğu olmayan bireylerin psikolojik sağlık düzeyleri sıra değerleri ortalaması 43,27'dir. Cinsel işlev bozukluğu olmayan bireylerin psikolojik sağlık düzeyi cinsel işlev bozukluğu olan bireylerin psikolojik sağlık düzeyinden yüksektir.

Tablo 11. Bireylerin Cinsel İşlev Bozukluğu Olup Olmadığına Göre Öznel İyi Oluş Ölçeğinin Puanları Açısından Mann Whitney U Testi İle Karşılaştırılması

Öznel İyi Oluş	Grup	N	Sıra Ort.	Sıra Top.	U	Z	P
Kendi Geçmişini Başkalarının Hayatı İle Kıyaslama	Cinsel İşlev Bozukluğu Olan	30	35,08	1052,50	312,500	-2,040	0,041
	Cinsel İşlev Bozukluğu Olmayan	30	25,92	777,50			

Tablo 11’de görüldüğü gibi bireylerin cinsel işlev bozukluğu olup olmasına göre öznel iyi oluş ölçeğinin alt boyutları puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla Mann Whitney U Testi yapılmıştır ve Kendi Geçmişini Başkalarının Hayatı İle Kıyaslama boyutunda $U=312,50$, $Z=-2,040$, $p=0,041$ ($p<0,005$) anlamlı bir farklılık görülmüştür.

Cinsel işlev bozukluğu olan Kendi Geçmişini Başkalarının Hayatı İle Kıyaslama sıra değerleri ortalaması 35,08 Cinsel işlev bozukluğu olan Kendi Geçmişini Başkalarının Hayatı İle Kıyaslama sıra değerleri ortalaması 25,92’dir. Cinsel işlev bozukluğu olan bireylerin Kendi Geçmişini Başkalarının Hayatı İle Kıyaslama düzeyi olmayanlara göre daha yüksektir.

Tablo 12. Bireylerin Cinsel İşlev Bozukluğu Olup Olmadığına Göre Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Puanları Açısından Mann Whitney U Testi İle Karşılaştırılması

Yaşam Kalitesi	Grup	N	Sıra Ort.	Sıra Top.	U	Z	P
Fizik Fonksiyonelli	Cinsel İşlev Bozukluğu Olan	30	19,42	582,50	117,50	-4,978	0,000
	Cinsel İşlev Bozukluğu Olmayan	30	41,58	1247,5			
Sosyal Fonksiyonelli	Cinsel İşlev Bozukluğu Olan	30	21,95	658,5	193,50	-3,848	0,000
	Cinsel İşlev Bozukluğu Olmayan	30	39,05	1171,5			

Fiziksel Rol	Cinsel İşlev Bozukluğu Olan	30	18,42	552,50	87,500	-5,798	0,000
	Cinsel İşlev Bozukluğu Olmayan	30	42,30	1277,5			
Duygusal Rol	Cinsel İşlev Bozukluğu Olan	30	18,70	561,00	96,000	-0,669	0,000
	Cinsel İşlev Bozukluğu Olmayan	30	42,30	1269,00			
Canlılık	Cinsel İşlev Bozukluğu Olan	30	21,92	870,00	192,500	-3,821	0,000
	Cinsel İşlev Bozukluğu Olmayan	30	39,08	960,00			
Bedensel Ağrı	Cinsel İşlev Bozukluğu Olan	30	17,32	1310,5	54,500	-5,909	0,000
	Cinsel İşlev Bozukluğu Olmayan	30	43,68	519,0			

Tablo 12’de görüldüğü gibi bireylerin cinsel işlev bozukluğu olup olmasına göre yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutlarının puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla Mann Whitney U Testi yapılmıştır ve Fiziksel Fonksiyonelli boyutunda $U=117,50$, $Z=-4,978$ $p=0,000$, Sosyal Fonksiyonelli boyutunda $U=193,50$, $Z=-3,848$ $p=0,000$, Fiziksel Rol $U=193,50$, $Z=-3,848$ $p=0,000$, Duygusal Rol $U=96,090$, $Z=-0,0669$ $p=0,000$, Canlılık $U=192,500$, $Z=-3,821$ $p=0,000$, Bedensel Ağrı $U=54,500$, $Z=-5,909$ $p=0,000$ ($p<0,005$) anlamlı bir farklılık görülmüştür.

Cinsel işlev bozukluğu olan bireylerin Fiziksel Fonksiyonelli sıra değerleri ortalaması 19,42 olmayan bireylerin 44,58’dir. Cinsel işlev bozukluğu olan Sosyal Fonksiyonelli boyutunda Fonksiyonelli sıra değerleri ortalaması 21,95, olmayan bireylerin 39,05’dir. Cinsel işlev bozukluğu olan bireylerin Fiziksel Rol sıra değerleri ortalaması 18,42, olmayan bireylerin 42,30’dur. Cinsel işlev bozukluğu olan bireylerin Duygusal Rol sıra değerleri ortalaması 18,70, olmayan bireylerin 423,30’dur. Cinsel işlev bozukluğu olan bireylerin Canlılık sıra değerleri ortalaması

21,92, olmayan bireylerin 39,08'dir. Cinsel işlev bozukluğu olan bireylerin Bedensel Ağrı sıra değerleri ortalaması 17,32, cinsel işlev bozukluğu olmayanların 43,68'dir.

Cinsel işlev bozukluğu olan bireylerin Fiziksel Fonksiyonelli, Sosyal Fonksiyonelli, Fiziksel Rol, Bedensel Ağrı, Duygusal Rol, Canlılık düzeyi cinsel işlevi bozuk olmayan bireylere göre düşüktür.

4.3. Cinsel İşlev Bozukluğu Olan Bireylerin Psikolojik Sağlık, Öznel İyi Oluş ve Yaşam Kalitesi Ölçeklerinin Puanları Açısından Karşılaştırılması

Araştırmanın amacı kapsamında cinsel işlev bozukluğu olan bireylerin Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği, Psikolojik Sağlık, Öznel İyi Oluş ve Yaşam Kalitesi ortalamaları birbirinden Farklı mıdır? sorusuna yanıt bulunmaya çalışılmıştır.

Tablo 13. Cinsel İşlev Bozukluğu Olan Bireylerin Yaşlarına Göre Psikolojik Sağlık Ölçeğinin Puanları Açısından Kruskal-Wallis Testi İle Karşılaştırılması

Öznel İyi Oluş	Yaş	N	Sıra Ortalaması	x²	P
Karamsarlık	18-25 Yaş	5	16,70	10,818	0,029
	26-30 Yaş	5	18,89		
	31-35 Yaş	9	17,40		
	36-40 Yaş	5	5,67		
	40 Yaş Üstü	5	17,40		

Tablo 13'de görüldüğü gibi cinsel işlev bozukluğu olan bireylerin yaşları ile Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği, Psikolojik Sağlık Ölçeği, Öznel İyi Oluş Ölçeği ve Yaşam Kalitesi ölçeklerinin puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla Kruskal Wallis Ki-kare Testi yapılmıştır ve Öznel İyi Oluş Ölçeği Karamsarlık boyutunda 10,818 p=0,029 (p<0,005) anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. Bu farkı ortaya koyabilmek için gruplar arasında tek tek Mann Whitney U testi yapılmıştır ve Karamsarlık boyutunda 31-35 yaş arası bireyler ile 18-25 yaş, 26-30 yaş ve 41 yaş ve üstü bireyler ile

sırasıyla $U=2,000$ $Z=-2,412$ $p=0,016$ ($p<0,05$), $U=4,000$ $Z=-2,750$ $p=0,06$ ($p<0,05$) ve $U=2,000$ $Z=-2,412$ $p=0,013$ ($p<0,05$) anlamlı bir ilişki görülmüştür.

31-35 yaş arası bireylerin Karamsarlık Boyutu puanları ortalaması 17,40'dır. 18-25 yaş arası bireylerin Karamsarlık boyutu puanı ortalaması 16,70, 26-30 yaş arası bireylerin Karamsarlık boyutu puanı ortalaması 18,89 ve 41 yaş ve üstü bireylerin ise 17,40'tır. 31-35 yaş arası bireylerin Karamsarlık Boyutu puanı 18-25 yaş arası bireylerden yüksek 26-30 ve 41 yaş üstü bireylerden ise düşük olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 14. Cinsel İşlev Bozukluğu Olan Bireylerin Cinsiyetlerine Göre Psikolojik Sağlık Ölçeğinin Puanları Açısından Mann Whitney U Testi İle Karşılaştırılması

Öznel İyi Oluş	Grup	N	Sıra Ort.	Sıra Top.	U	Z	P
Arkadaşlık İlişkileri	Kadın	12	19,58	235,00	59,00	-2,113	0,039
	Erkek	18	12,78	230,00			

Tablo 14'de görüldüğü gibi cinsel işlev bozukluğu olan bireylerin yaşları ile Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği, Psikolojik Sağlık Ölçeği, Öznel İyi Oluş Ölçeği ve Yaşam Kalitesi ölçeklerinin puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla Mann Whitney U Testi yapılmıştır ve Öznel İyi Oluş ölçeği Arkadaşlık İlişkileri boyutunda $U=59,000$, $Z=-2,113$, $p=0,039$ ($p<0,005$) anlamlı bir farklılık görülmüştür. Cinsel işlev bozukluğu olan kadınların ortalaması puanı 19,58 erkeklerin ise 12,78'dir. Cinsel işlev bozukluğu olan kadınların arkadaşlık ilişkileri erkeklerden daha yüksektir.

Tablo 15. Cinsel İşlev Bozukluğu Olan Bireylerin Medeni Durumlarına Göre Psikolojik Sağlık Ölçeğinin Puanları Açısından Mann Whitney U Testi İle Karşılaştırılması

Yaşam Kalitesi	Grup	N	Sıra Ort.	Sıra Top.	U	Z	p
Bedensel Ağrı	Evli	16	12,31	197,00	61,000	-2,144	0,032
	Bekar	14	19,34	268,00			

Tablo 15’de görüldüğü gibi cinsel işlev bozukluğu olan bireylerin yaşları ile Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği, Psikolojik Sağlık Ölçeği, Öznel İyi Oluş Ölçeği ve Yaşam Kalitesi ölçeklerinin puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla Mann Whitney U Testi yapılmıştır ve Yaşam Kalitesi Ölçeği Bedensel Ağrı boyutunda $U=61,000$, $Z=-2,144$, $p=0,032$ ($p<0,005$) anlamlı bir farklılık görülmüştür. Cinsel işlev bozukluğu olan kadınların Ağrı boyutunda ortalama puanı 12,31 erkeklerin ise 17,91’dir. Cinsel işlev bozukluğu olan erkeklerin kadınlardan daha az ağrı çektikleri tespit edilmiştir.

Tablo 16. Cinsel İşlev Bozukluğu Olan Bireylerin Çocuk Sayılarına Göre Psikolojik Sağlık Ölçeğinin Puanları Açısından Kruskal-Wallis Testi İle Karşılaştırılması

Yaşam Kalitesi	Yaş	N	Sıra Ortalaması	χ^2	P
Fiziksel Rol	Yok	23	12,11	6,606	0,037
	1	5	23,42		
	2	2	27,25		

Tablo 16’da görüldüğü gibi cinsel işlev bozukluğu olan bireylerin çocuk sahibi olmaları ile Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği, Psikolojik Sağlık Ölçeği, Öznel İyi Oluş Ölçeği ve Yaşam Kalitesi ölçeklerinin puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla Kruskal Wallis Ki-kare Testi yapılmıştır ve Yaşam Kalitesi ölçeği alt boyutlarından Fiziksel Rol boyutu ile $6,606$ $p=0,0037$ ($p<0,005$) anlamlı bir farklılık görülmüştür.

Bu farkı ortaya koyabilmek için gruplar arasında tek tek Mann Whitney U testi yapılmıştır ve Fiziksel Rol boyutunda çocuğu olmayanların Fiziksel Rol boyutunda çocuğu olmayan bireyler ile iki çocuğu olan bireyler arasında $U=2,500$ $Z=-2,597$ $p=0,009$ ($p<0,05$) anlamlı bir fark bulunmuştur. Çocuğu olmayan bireylerin puanları ortalaması 12,11 ve iki çocuğu olan bireylerin ise 27,25’tir. Çocuğu olmayan bireylerin iki çocuğu olan bireylere göre fiziksel rol düzeyi düşük ve fiziksel rol açısından daha az sağlıklıdır.

Tablo 17. Cinsel İşlev Bozukluğu Olan Bireylerin Psikolojik Sağlık, Öznel İyi Oluş Ve Yaşam Kalitesi Ölçeklerinin Ölçek Puanlarının Analizi

Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği	Psikolojik Sağlık	Olumlu Olumsuz Duygular	Amaçlar	Kendine Güven
	-0,576(**)	0,426(*)	0,572(**)	0,501(**)
	İyimserlik	İlgi Duyulan Etkinlikler	Geleceğe Bakış	Aile İlişkileri
	0,402(*)	0,590(**)	0,520(**)	0,423(*)
	Yaşamın Zorlukları İle Baş etme	Karamsarlık		
	0,511(**)	0,398(*)		

** 0,01 düzeyinde bilimsel olarak anlamlı

* 0,05 düzeyinde bilimsel olarak anlamlı

Cinsel işlev bozukluğu olan bireylerin değişkenlerin ilişkilerinin belirlenmesi amacı ile Pearson Momentler Çarpımı ile ölçek puanlarının analizi yapılmıştır ve cinsel yaşantı ile psikolojik sağlık ölçeği arasında $r=-0,576$ ($p<0,05$) negatif yönde anlamlı bir ilişki görülmüştür.

Cinsel yaşantı ile Olumlu Olumsuz Duygular $r=0,426$ ($p<0,05$), Amaçlar $r=0,572$ ($p<0,05$) ($p<0,05$), Kendine Güven $r=0,501$ ($p<0,05$), İyimserlik $r=0,402$, ($p<0,05$), İlgi Duyulan Alanlar $r=0,590$ ($p<0,05$), Geleceğe Bakış $r=0,520$ ($p<0,05$), Aile İlişkileri $r=0,432$ ($p<0,05$), Zorluklarla Baş etme $r=0,511$ ($p<0,05$) ve Karamsarlık $r=0,398$ ($p<0,05$) pozitif yönde ilişki tespit edilmiştir.

4.4. Cinsel İşlev Bozukluğu Olmayan Bireylerin Psikolojik Sağlık, Öznel İyi Oluş ve Yaşam Kalitesi Ölçeklerinin Puanları Açısından Karşılaştırılması

Araştırmanın amacı kapsamında cinsel işlev bozukluğu olan bireylerin demografik özellikleri ile psikolojik sağlık, öznel iyi oluş ölçeklerinin puanları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır? Sorusuna yanıt bulunmaya çalışılmıştır.

Tablo 18. Cinsel İşlev Bozukluğu Olmayan Bireylerin Yaşlarına Göre Psikolojik Sağlık Ölçeğinin Puanları Açısından Kruskal-Wallis Testi İle Karşılaştırılması

Yaşam Kalitesi	Yaş	N	χ^2	P
Bedensel Ağrı	18-25 Yaş	5	9,727	0,045
	26-30 Yaş	10		
	31-35 Yaş	5		
	36-40 Yaş	3		
	40 Yaş Üstü	7		

Tablo 18’de görüldüğü gibi cinsel işlev bozukluğu olmayan bireylerin yaşları ile Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği, Psikolojik Sağlık Ölçeği, Öznel İyi Oluş Ölçeği ve Yaşam Kalitesi ölçeklerinin puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla Kruskal Wallis Ki-kare Testi yapılmıştır ve Yaşam Kalitesi Ölçeği Bedensel Ağrı boyutunda 9,727 p=0,045 (p<0,005) anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. Bu farkı ortaya koyabilmek için gruplar arasında tek tek Mann Whitney U testi yapılmıştır ve Bedensel Ağrı boyutunda 26-30 yaş ile 36-40 yaş arası ve 41 yaş ve üstü bireyler arasında sırasıyla U=4,000 Z=-1,980 p=0,048 (p<0,05), U=9,000 Z=-2,652 p=0,008 (p<0,05) ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

26-30 yaş arası bireylerin Bedensel Ağrı boyutunda puanları ortalaması 10,20’dir. 36-40 yaş ve 41 yaş ve üstü bireylerin Bedensel Ağrı boyutunda puanları ortalaması sırasıyla 20,00 ve 22,57’dir. 26-30 yaş arası bireylerin bedensel ağrı çekmek açısından diğer 36-40 yaş ve 41 yaş ve üstü bireylerden yaşam kalitesinin düşük olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 19. Cinsel İşlev Bozukluğu Olmayan Bireylerin Medeni Durumlarına Göre Psikolojik Sağlık Ölçeğinin Puanları Açısından Mann Whitney U Testi İle Karşılaştırılması

	Grup	N	Sıra Ort.	Sıra Top.	U	Z	p
Psikolojik Sağlık	Evli	15	18,78	280,50	64,50	-2,016	0,044
	Bekar	15	12,30	184,50			
Fizik Fonksiyonelli	Evli	15	11,93	179,00	59,00	-2,421	0,015
	Bekar	15	19,07	286,00			

Tablo 19’da görüldüğü gibi cinsel işlev bozukluğu olan bireylerin medeni durumları ile Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği, Psikolojik Sağlık Ölçeği, Öznel İyi Oluş Ölçeği ve Yaşam Kalitesi ölçeklerinin puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla Mann Whitney U Testi yapılmıştır ve Psikolojik Sağlık Ölçeğinde $U=64,500$, $Z=-2,016$, $p=0,044$ ($p<0,005$) anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. Evli bireylerin Psikolojik Sağlık boyutunda ortalama puanı 18,70 ve bekar bireylerin ortalama puanı 12,30’dur. Evli bireylerin psikolojik sağlıkları bekar olan bireylerden yüksektir.

Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Fiziksel Fonksiyonelli Yaşam Kalitesi boyutunda $U=59,000$, $Z=-2,421$, $p=0,015$ ($p<0,005$) anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. Fiziksel Fonksiyonelli Yaşam Kalitesi boyutunda evli bireylerin ortalama puanı 1193 ve bekar bireylerin ortalama puanı ise 19,07’dir. Bekar bireylerin fiziksel fonksiyonlara dayalı yaşam kalitesi daha yüksektir.

Tablo 20. Cinsel İşlev Bozukluğu Olmayan Bireylerin Gelirlerine Göre Psikolojik Sağlık Ölçeğinin Puanları Açısından Kruskal-Wallis Testi İle Karşılaştırılması

Yaşam Kalitesi	Yaş	N	χ^2	p
Fiziksel Rol	1-2.000 TL.	4	11,173	0,025
	2.001-3.001	8		
	3.001-4.000	9		
	4.001-5.000	6		
	5.001+	3		
Duygusal Rol	1-2.000 TL.	4	13,500	0,009
	2.001-3.001	8		
	3.001-4.000	9		
	4.001-5.000	6		
	5.001+	3		

Tablo 20’de görüldüğü gibi cinsel işlev bozukluğu olmayan bireylerin gelir durumları ile Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği, Psikolojik Sağlık Ölçeği, Öznel İyi Oluş Ölçeği ve Yaşam Kalitesi ölçeklerinin puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla Kruskal Wallis Ki-kare Testi yapılmıştır ve Yaşam Kalitesi Ölçeği Fiziksel Rol boyutunda $11,173$ $p=0,025$ ($p<0,005$) ve Duygusal Rol boyutunda $13,500$ $p=0,025$ ($p<0,005$) anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. Bu farkı ortaya

koyabilmek için gruplar arasında tek tek Mann Whitney U testi yapılmıştır ve Fiziksel Rol boyutunda 4.001-5.000 TL. maaş alanlar ile 2.001-3.000 TL. maaş alanlar ve 3.001-4.000 TL. maaş alanlar arasında $U=8,500$ $Z=-2,212$ $p=0,026$ ($p<0,05$) ve $U=30,00$ $Z=-2,726$ $p=0,006$ ($p<0,05$) arasında bir ilişki vardır. 4.001-5.000 TL. arası maaş alanların ortalama puanı 7.83'dür. 2.001-3.000 TL maaş alanların Fiziksel Rol ortalama puanı 17,88 ve 3.001-4.000 TL maaş alanların ise 18,00'dir. 4.001-5.000 TL. maaş alanların fiziksel rol yaşam kaliteleri iki gelir grubundan da düşüktür.

Ruhsal Rol boyutunda 4.001-5.000 TL arası maaş alanlar ile 4.001-5.000 TL. maaş alanlar ile 2.001-3.000 TL. maaş alanlar ve 3.001-4.000 TL. maaş alanlar arasında $U=11,500$ $Z=-1,962$ $p=0,050$ ($p<0,05$) ve $U=30,00$ $Z=-2,730$ $p=0,006$ ($p<0,05$) arasında bir ilişki vardır. 4.001-5.000 TL. alan bireylerin ortalaması puanı 8,00 ve 2.001-3.000 TL. arası maaş alanların 16,13 ve 3.001-4.000 TL. arası maaş alanların ise 18,00'dir. 4.001-5.000 arası maaş alanların duygusal rol yaşam kalitesi daha düşüktür.

Tablo 21. Cinsel İşlev Bozukluğu Olmayan Bireylerin Çocuk Sayılarına Göre Psikolojik Sağlık Ölçeğinin Puanları Açısından Kruskal-Wallis Testi İle Karşılaştırılması

Öznel İyi Oluş	Yaş	N	χ^2	p
Kendine Güven	Yok	10	6,625	0,036
	1	14		
	2	4		

Tablo 21'de görüldüğü gibi cinsel işlev bozukluğu olmayan bireylerin çocuk durumları ile Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği, Psikolojik Sağlık Ölçeği, Öznel İyi Oluş Ölçeği ve Yaşam Kalitesi ölçeklerinin puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla Kruskal Wallis Ki-kare Testi yapılmıştır ve Öznel İyi Oluş Ölçeği Kendine Güven boyutunda 6,625 $p=0,036$ ($p<0,005$) anlamlı bir farklılık görülmüştür. Bu farkı ortaya koyabilmek için gruplar arasında tek tek Mann Whitney U testi yapılmıştır ve Kendine Güven boyutunda hiç çocuğu olmayanlar ile iki çocuğu olanlar arasında $U=9,500$ $Z=-2,262$ $p=0,024$ ($p<0,05$) anlamlı bir ilişki vardır. Kendine güven boyutunda hiç çocuğu olmayanların

ortalama puanı 6,45 ve iki çocuğu olanların ise 11,92'dir. İki çocuğu olan bireylerin kendine güven düzeyleri daha yüksektir.

Tablo 22. Cinsel İşlev Bozukluğu Olmayan Bireylerin Sigara Kullanma Durumlarına Göre Psikolojik Sağlamlık Ölçeğinin Puanları Açısından Mann Whitney U Testi İle Karşılaştırılması

Yaşam Kalitesi	Grup	N	Sıra Ort.	Sıra Ort.	U	Z	P
Fiziksel Rol	Kullanıyor	12	12,13	145,50	67,50	-2,315	0,021
	Kullanmıyor	18	17,75	319,50			

Tablo 22'de görüldüğü gibi cinsel işlev bozukluğu olan bireylerin medeni durumları ile Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği, Psikolojik Sağlamlık Ölçeği, Öznel İyi Oluş Ölçeği ve Yaşam Kalitesi ölçeklerinin puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla Mann Whitney U Testi yapılmıştır ve Yaşam Kalitesi Ölçeğinde Fiziksel Rol ve Genel Sağlık Boyutunda $U=67,500$ $Z=-2,315$ $p=0,021$ ($p<0,05$) ve $U=4,500$ $Z=-2,474$ $p=0,013$ ($p<0,05$) anlamlı bir farklılık vardır. Fiziksel rol boyutunda sigara içenlerin ortalama puanı 12,13 içmeyenlerin puanı 17,13'dür. Sigara içenlerin fiziksel rol yaşam kalitesi daha düşüktür. Aynı şekilde sigara içenlerin Genel Sağlık boyutu 10,67 içmeyenlerin ise 18,72'dir. Sigara içenlerin genel sağlık yaşam kalitesi daha düşüktür.

Cinsel işlev bozukluğu olmayan bireylerin değişkenlerin ilişkilerinin belirlenmesi amacı ile Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Analizi yapılmıştır ve cinsel yaşantı ile psikolojik sağlamlık ölçeği arasında ($p>0,05$) negatif veya pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

BEŞİNCİ BÖLÜM

SONUÇ, TARTIŞMA VE ÖNERİLER

Bu bölümde araştırmanın sonuçlarına, tartışma ve araştırmaya yönelik önerilere yer verilmiştir.

5.1. Araştırmanın Sonuçları

Araştırmanın hipotezlerine yönelik sonuçlar aşağıda gösterilmiştir.

1. Cinsel işlev bozukluğu olan bireylerin psikolojik sağlamlık düzeyi cinsel işlev bozukluğu yaşamayan bireylere göre düşüktür. Cinsel işlev bozukluğu olmayan bireyler yüksek psikolojik sağlamlığa sahiptir.
2. Cinsel işlev bozukluğu olan bireylerin öznel iyi oluş ölçeğindeki alt boyutlardan kendi geçmişini başkalarının hayatı ile kıyaslama düzeyi daha yüksektir.
3. Cinsel işlev bozukluğu olan bireylerin yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutlarından fiziksel fonksiyonelli, sosyal fonksiyonelli, bedensel ağrı, fiziksel rol, duygusal rol, canlılık düzeyleri düşüktür. Adı geçen alt boyutlarda yaşam kalitelerinin cinsel işlev bozukluğu olmayan bireylere göre düşük olduğu tespit edilmiştir.

Araştırmanın alt hipotezlerine cinsel işlev bozukluğu olan ve olmayan grupların kendi içinde de anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir.

1. Cinsel işlev bozukluğu olan 31-35 yaş arası bireylerin Karamsarlık boyutu ortalama puanları 18-25 yaş arasındaki bireylerden yüksek 26-30 ve 41 yaş üstü bireylerden ise düşük olduğu tespit edilmiştir.
2. Cinsel işlev bozukluğu olan kadınların arkadaşlık ilişkileri erkeklerden daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.
3. Cinsel işlev bozukluğu olan kadınların Ağrı boyutunda erkeklere göre daha fazla yaşam kalitesine sahip olduğu tespit edilmiştir.

4. Çocuğu olmayan bireylerin iki çocuğu olan bireylere göre fiziksel rol düzeyi düşük ve fiziksel rol açısından daha az yaşam kalitesine sahip olduğu tespit edilmiştir.
5. Cinsel işlev bozukluğu olan bireylerin psikolojik sağlamlık ile negatif yönlü olumlu olumsuz duygular, kendine güven, iyimserlik, ilgi duyulan alanlar, geleceğe bakış, aile ilişkileri, zorluklarla baş etme ve karamsarlık boyutları ile pozitif yönlü ilişki tespit edilmiştir.
6. Cinsel işlev bozukluğu olmayan bireylerin kendi aralarında ise, 26-30 yaş arası bireylerin bedensel ağrı düzeyleri 36-40 yaş ve 41 yaş ve üstü bireylerden daha düşük olduğu tespit edilmiştir.
7. Evli bireyler bekar bireylerden daha fazla psikolojik sağlamlığa sahiptir. Ancak Bekar bireyler ise fiziksel fonksiyonelli yaşam kalitesi açısından evli bireylere göre daha yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Başka bir deyişle bekar bireylerin fiziksel fonksiyonlara dayalı yaşam kalitesi daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.
8. Cinsel işlev bozukluğu olmayan bireylerde duygusal rol boyutunda anlamlı farklılık tespit edilmiştir. 2.001-3.000 TL maaş alanların Fiziksel Rol düzeyi 3.001-4.000 TL ve 4.001-5.000 TL. Maaş alanların yaşam kalitelerinden düşüktür.
9. Ruhsal Rol boyutunda ise 4.001-5.000 arası maaş alanların duygusal rol yaşam kalitesi 2.001-3.000 TL. Arası ve 3.001-4.000 TL. Arası maaş alanlardan daha düşüktür.
10. İki çocuğu olan bireylerin kendine güven düzeyleri hiç çocuğu olmayan bireylerden yüksektir.
11. Sigara içen cinsel işlev bozukluğu olmayan bireylerin genel sağlık düzeyleri düşüktür.

5.2. Tartışma

Cinsel işlev bozukluğu olan bireylerin psikolojik sağlamlık, öznel iyi oluş ve yaşam kalitelerinin farklılaşmasına yönelik pek çok çalışma vardır. Cinsel işlev bozukluğu olan bireylerin psikolojik sağlamlık, öznel iyi oluş ve yaşam kalitelerinin farklılaşmasına yönelik pek çok çalışma vardır. Yetkin (1998) cinsel yaşamın fiziksel, biyolojik, psikolojik ve sosyal yönleri üzerinde durmuş ve cinselliği sağlık kavramının ayrılmaz bir parçası olduğunu ifade etmiştir. Sungur (1998) cinsel yanıt döngüsünün birbirini izleyen süreçler olarak sağlıklı bir şekilde işleyebilmesi için bireyin fizyolojik sağlığı ile psişik sağlığının uyumuna dikkat çekmiş ve cinsel sağlığın bireyin bütün yaşantısını etkilediğini tespit etmiştir. Sungur (1998) kadınlar ve erkekler üzerinde yaptığı çalışmada cinsel işlev bozukluğu yaşayan bireylerin aile yaşantısı başta olmak üzere sosyal yaşam kalitesinin düşük olduğunu ifade etmiştir.

İncesu (2004) bireylerin cinsel işlev bozukluklarının insanın öncelikle psikolojik yapısını etkilediğini toplumun kendini gerçekleştiremeyen ve ihtiyaçlarını tatmin edemeyen bireylerin hayat doyumlarının azaldığı ve yaşama enerjilerinin olmadığını ifade etmektedir. Nayir (2010) yaptığı çalışmada cinsel sorunlar yaşayan bireylerin sorunlarından utanç duyduklarını ve gizleme çabası ile sosyal ilişkilerini ve gelişimlerini suçluluk duygusu ile olumsuz etkilediğini tespit etmiştir. Bu sonuçlar araştırmanın cinsel işlev bozukluğu olan bireylerin psikolojik sağlamlık, öznel iyi oluş ve yaşam kalitesi ortalama puanlarının cinsel işlev bozukluğu olmayan bireylerden düşük olduğu tespiti ile örtüşmektedir. Ancak araştırma sonucunda elde edilen ölçek ortalama puanlarının beklenen kadar düşük olmadığını söylemekte fayda bulunmaktadır. İnsanların yaşam kendilerini iyi hissetmelerine neden olan faktörlerden biri olan cinsellik bireylerin iyi oluşlarını ve mutluluklarını etkileyen faktörlerden en önemlilerinden biridir. Cinsel işlev bozukluğu olmamasına rağmen sağlıklı bireylerin psikolojik sağlamlık, öznel iyi oluş ve yaşam kaliteleri farklı pek çok faktörün etkisi altındadır.

Cinsel işlev bozuklukları pek çok psikolojik ve fizyolojik rahatsızlığı neden olabilmektedir. Çoğunluğu psikolojik kökenli olan bu rahatsızlıkların başında uykusuzluk, sürekli sinirlilik hali ve depresyon sayılabilir. Cinsel işlev bozukluğunun

psikolojik sağlamlıkla negatif yönlü bir ilişkisi olması, işlev bozukluğu arttıkça bireylerin uyumlarının azalması ve sorunlarla baş edebilme yeteneğinin azalması anlamına gelmektedir. Bahadır'ın (2009) üniversiteli öğrencilerle yaptığı çalışmada cinsel çatışma yaşayan öğrencilerin psikolojik sağamlık düzeyi düşük olarak tespit edilmiştir. Bireylerin yoğun stres yaşamaları psikolojik yönden zarar görmelerine yol açacak, psikolojik sağamlık düzeyleri etkilenecektir. Erarslan (2014) psikolojik sağamlığı sıra dışı olaylara ve beklenmedik gelişmelere insanın uyum gücü olarak tanımlarken, psikolojik sağamlığın bireyin pozitif duyguların rolü ile desteklenmesinin önemi açıklamıştır. Kadınlarla erkeklerin psikolojik sağamlık açısından farklılaştığını tespit eden pek çok çalışma vardır. Araştırma sonuçlarına göre psikolojik sağamlık ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Yalım (2007) öğrenciler ile yaptığı çalışmada kendini suçlayıcı davranışların psikolojik sağamlığı yordayan değişkenlerden biri olduğunu tespit etmiştir. Çalışmada yaşam kalitesi ile psikolojik sağamlık açısından anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir. Kararımak (2007) yaşam doyumu ve kalitesi ile psikolojik sağamlığın ilişkisini tespit etmiş iyimserliğin psikolojik sağamlığı etkilediğini bulmuştur.

Öznel iyi oluş bireyin kendini nasıl hissettiği ve hayatına dair olumlu duyguları ile açıklanabilir. Öznel iyi oluşu etkileyen en önemli faktörlerden birisi de sağlıktır. Sağlıklı olan bireylerin öznel iyi oluş düzeyleri yüksektir. Cinsel işlev bozukluğu insan sağlığını etkileyen önemli bir rahatsızlıktır. Bireyin hayatının en önemli süreçlerinden biri olan cinsel işlevi gerçekleştirememesi ya da istediği nitelikte yaşayamaması pek çok soruna neden olmaktadır. Bu sorunların çözülememesi yaşam kalitesinin düşmesine ve bireyin çevreye uyum sağlama yeteneği olan psikolojik sağamlık ve hayatı hakkındaki olumlu duyguları azalmasına enden olmaktadır.

Eryılmaz ve Atak'a (2011) göre yaşamadan doyum almayan ve kendilerini mutsuz hisseden bireylerin hayatları üzerine pozitif duygular beslemesi son derece zordur. Bu bireylerin öznel iyi oluş düzeylerinin düşük olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuçlar çalışmanın sonuçları ile örtüşmektedir. Tatay (2015) bilişsel ve duygusal bir değerlendirme süreci olan öznel iyi oluşun bireyin yaşamından etkilendiğini ve

duyguların bu değerlendirmede ön plana çıktığını tespit etmiştir. Cinsel işlev bozukluğu olan bireylerin mutsuz olması doğaldır. Bu açıdan yaşamından keyif almaması, tatmin olmamış duyguların stres oluşturması beklenebilir.

Gökçe (2010) hastalarla yaptığı çalışmada bireylerin demografik özellikleri, kişiliği ve içinde bulunduğu sağlık algısının yaşama kalitesi üzerinde çok önemli faktörler olduğunu tespit etmiştir. Cinsel işlev bozukluğu bu anlamda bireyin yaşam kalitesini düşüren en önemli hastalıklardan biridir.



5.3. Araştırmaya İlişkin Öneriler

Araştırmaya ilişkin öneriler aşağıda gösterilmiştir.

Cinsel işlev bozukluklarına yönelik araştırmalarda toplumun kültürel yapısı göz önüne alınarak yapılacak ölçek çalışmalarının yararlı olacağı, cinsel işlev bozukluğu olan ve tedavi için terapi merkezlerine gelen bireyler açısından sorun olmamasına karşılık diğer bireylerde soruların yeterince ciddi cevaplandırılmaması ya da eksik cevaplandırmanın önlenmesinde yardımcı olabilir.

Bireylerin cinsel fonksiyonlarının araştırılmasına bütün yaş grupları ve toplum kesimlerinin dahil edilebileceği çalışmalar bilimsel yönden daha sağlıklı sonuçlara ulaşılmasını sağlayabilir.

Cinsellik ölçeklerinin daha fazla soruya yer verebilecek şekilde faktör gruplarının artırılarak yapılması ve psikolojik sağlamlık dereceleri ile ilişkilendirilmesi yararlı olacaktır.

Cinsel işlev bozuklukları üzerine yapılan çalışmaların derinlikli araştırmalar ve yarı yapılandırılmış soru teknikleri ile yüz yüze yapılması katılımcıların daha samimi ve içten cevaplar vermesine olanak sağlayan bir yöntemdir.

Yaşam kalitesine yönelik yapılan çalışmalardaki faktör gruplarındaki maddelerin kademeli olarak birbiri ile ilişkili soru gruplarından seçilmesi anketlerin güvenilirliğini artırabilir.

Toplumun bütün kesimlerini hedef alabilecek şekilde özellikle eğitim kurumları başta olmak üzere cinsel sağlık bilgisi, eğitimi ve yönlendirilmesinin yapılması oldukça önemli yararlar sağlayacaktır.

KAYNAKÇA

- Akvardar Y. (2004). “Alkol Bağımlılığı ve Yaşam Kalitesi”, İzmir, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri AD. 1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu Bildiri Kitabı 8-10 Nisan, ss.11-16.
- Arslan G. (2015). “Ergenlerde Psikolojik Sağlık: Bireysel Koruyucu Faktörlerin Rolü”, Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi 5 (44), ss.73-82, <http://pdrdergisi.org/index.php/pdr/article/view/34/31> (25,02,2016 tarihinde erişilmiştir).
- Aslan, E. (2013). “Kadın Orgazm Fizyolojisi”. İstanbul, Androloji Bülteni, C. 33, ss.176-180.
- Atmaca M. (2013). “Cinsel Yakınması Olan Hastalarda Belirti Dağılımının Psikiyatrik Tanı Ve Diğer Klinik Değişkenlerle İlişkisi”, T.C. Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi.
- Aydemir, Ö. (1999). “Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisinde Yaşam Kalitesi Ölçümü: Kısa Form-36”. İstanbul, 3-P dergisi, C.7, ss. 14-22.
- Aydın H. (1998). “Cinsellik ve Cinsel İşlev”, Ed. Güleç C, Köroğlu E Psikiyatri Temel Kitabı, Ankara, Hekimler Yayın Birliği, ss.605-15.
- Bahadır E. (2009). “Sağlıkla İlgili Fakültelerde Eğitime Başlayan Öğrencilerin Psikolojik Sağlık Düzeyi, Ankara, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.
- Beşer M. ve Aslan E. (2014). Aseksüalite ve Hiperseksüalite: Temel Kavramlar, ss. 304-308, http://www.journalagent.com/androloji/pdfs/AND_2014_59_304_308.pdf (01,11,2016 tarihinde erişilmiştir).
- Boyacıoğlu, G. (1999). Kadın Cinsel İşlev Bozuklukları, İstanbul, Psikiyatri Dünyası, C.2, ss. 54-59. <http://www.cty.com.tr/files/journals/4/26.pdf> (25,02,2016 tarihinde erişilmiştir).

- Bozdemir N. ve Özcan S. (2011). “Cinselliğe ve Cinsel Sağlığa Genel Bakış”, Turkish Journal Of Family Medicine And Primary Care, Vol.5, No.4, Aralık, ss.37-46. <http://dergipark.ulakbim.gov.tr/tjfmpe/article/viewFile/5000055970/5000053179> (25,02,2016 tarihin de erişilmiştir).
- Bozkurt A. (1996). Erkek Cinsel İşlev Bozukluklarında Psikopatolojinin Araştırılması, Ankara, T.C. Genel Kurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığı, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi.
- Budak B. (2014). Hiperseksüel Bozukluk, <http://www.psikologankara.net/hiperseksuel-bozukluk-ve-belirtileri.html> (01,11,2016 tarihinde erişilmiştir).
- Canbay, H. (2010). Lise Öğrencilerinin Öznel İyi Oluş Düzeyleri İle Sosyal Beceri Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, İzmir, Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.
- Cenkseven, F. ve Akbaş, T. (2007). “Üniversite Öğrencilerinde Öznel ve Psikolojik İyi Olmanın Yordayıcılarının İncelenmesi”. İstanbul, Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi. 3(27) 2007, ss. 43–62. <http://dergipark.ulakbim.gov.tr/tpdrd/article/view/1058000269/1058000269> (01,11,2016 tarihinde erişilmiştir).
- CETAD (2006). “Cinsel Yaşam ve Sorunları”, Ed. Şahin D., Şimşek F. Seyisoğlu H. http://www.cetad.org.tr/CetadData/Book/5/2692011151611-bilgilendirme_dosya_si_1.pdf (25,11,2016 tarihinde erişilmiştir).
- Cihangir Çankaya Z. (2009). “Öğretmen Adaylarında Temel Psikolojik İhtiyaçların Doyumu ve İyi Olma”, Ankara, Türk Eğitim Bilimleri Dergisi Yaz, 7(3), ss.691-711, <http://www.tebd.gazi.edu.tr/index.php/tebd/article/view/284>
- Çelik S ve Güvel S. (2004).“Kadın Cinsel Fonksiyon Fizyolojisi”. Ed. Kadioğlu A, Basar M, Semerci B, Orhan D, Aşçı R, Yaman MÖ, Çayan S, Usta MF, Kendirci M, Erkek ve Kadın Cinsel Sağlığı. İstanbul: Türk Androloji Derneği Yayını, ss.6124-650.
- Çelik, Ş. (2008). “Lise Öğrencilerinin Öznel İyi Oluşlarının Duygusal Zekâ Açısından İncelenmesi”, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.

- Çeri Ö. Yılmaz A. Soykan A. (2008). Cinsel İşlev Bozuklukları, Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics, C.1 S.2, ss.71-78 http://www.klp-bd.com/pdf/makaleler/psikoso_matik_3.pdf (01,11,2016 tarihinde erişilmiştir).
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E. & Smith, H. L. (1999). “Subjective Well-Being: Three Decades of progress”. Psychological Bulletin, C.125 S.2, ss.276-302, https://www.researchgate.net/publication/232577536_Subjective_Well-Being_Three_Decades_of_Progress (01,11,2016 tarihinde erişilmiştir).
- Dişsiz M. (2015). Alkol Bağımlılığı ve Yaşam Kalitesi, G.O.P. Taksim E.A.H. Derleme / Review JAREN, C.1 S.2, ss.91-95 http://www.journalagent.com/jaren/pdfs/JAREN1291_95.pdf (01,11,2016 tarihinde erişilmiştir).
- Doğan S. (2011). “Cinsel İşlev Bozuklukları, Depresyon ve Antidepresanlar”, Journal of Mood Disorders C.2, ss.81-86. <http://lut.dergipark.gov.tr/download/article-file/109848> (22,02,2016 tarihinde erişilmiştir).
- Doğan T. (2015). “Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği'nin Türkçe uyarlaması: Geçerlik ve güvenirlik çalışması”, The Journal of Happiness & Well-Being, C.3 S.1, ss.93-102, <http://www.journalofhappiness.net/frontend/articles/pdf/v03i01/77.pdf> (18.06.2016 tarihinde erişilmiştir).
- Duran, O.N. ve Tezer, E (2007). “Sanat Etkinlikleriyle Geliştirilmiş Grupla Psikolojik Danışma Programının Üniversite Öğrencilerinin İyilik Hali Üzerine Etkisi” İstanbul, Türk Psikolojik Danışma Ve Rehberlik Dergisi. C.28 S.3, ss:63-74 <http://dergipark.ulakbim.gov.tr/tpdrd/article/viewFile/1058000214/1058000216> (01,11,2016 tarihinde erişilmiştir).
- Eser E. (2004). “Yaşam Kalitesinin Sınıflandırılması ve Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesinin Ölçümü” İzmir, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri AD. 1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu.
- Fidaner C. (2004). Sağlıkta Yaşam Kalitesi (SYK) kavramı: bir giriş denemesi İzmir, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri AD. 1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu.

- Gereklioğlu . Başhan İ., Akpınar E. (2010). “Erkek Cinsel İşlev Bozukluklarında Aile Hekimliği Yaklaşımı”, İstanbul, Marmara Medical Journal, 23(2), ss.308-315. http://mmj.dergisi.org/pdf/pdf_MMJ_555.pdf (01,11,2016 tarihinde erişilmiştir).
- Gizir C.A. (2007). “Psikolojik Sağamlık, Risk Faktörleri Ve Koruyucu Faktörler Üzerine Bir Derleme alışması” Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi, C.III S.28, ss.113-128 <http://dergipark.ulakbim.gov.tr/tpdrd/article/view/1058000267> (25,02,2016 tarihinde erişilmiştir).
- Göçgeldi E, Babayiğit MA, Hassoy H, Açıkel HA, Taşçı İ., Ceylan S. (2008). “Hipertansiyon Tanısı Almış Hastaların Algıladıkları Yaşam Kalitesi Düzeyinin Ve Etki Eden Faktörlerin Değerlendirilmesi”, Ankara, Gülhane Tıp Dergisi, 50(3), ss.72-179. http://www.ejmanager.com/mnstemps/7/pdf_GMJ_433.pdf (01,11,2016 tarihinde erişilmiştir).
- Gökçe S. (2010). “Renal Replasman Tedavisi Alan Hastalarda Yaşam Kalitesi”, İstanbul, T.C. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakóltesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi.
- Gölbaşı Z. (2003). “Sağlıklı Gençlik Ve Toplum İçin Bir Adım: Cinsel Sağlık Eğitimi”, Ankara, T.C. Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu Başkanlığı Eğitim-Kültür Araştırma Dergisi. 5 (2), ss.33-41.
- Gölle F. (2009). Hemodiyaliz Hastalarının Yaşam Kalitesinin Sağlık alışanları Ve Hastalar Tarafından Değerlendirilmesi, İstanbul, T.C. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.
- Güler D. (2006). “Mastalji, Yaşam Kalitesi ve Depresyon, İstanbul, T.C. Sağlık Bakanlığı şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği, Uzmanlık Tezi.
- Gülsün M., Ak M., Bozkurt A. (2009). Psikiyatrik Açıdan Evlilik ve Cinsellik, İstanbul, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, (1), ss.68-79.
- Gürđan, U. (2006). Grupla Psikolojik Danışmanın Üniversite Öğrencilerinin Yılmazlık Düzeyine Etkisi, Ankara, Ankara Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi.

- Işıkkhan V., Kömürçü Ş, Özet A., Arpacı F ve Öztürk B. (2015). Yaşam Kalitesi, <http://www.dicle.edu.tr/Contents/8c442d91-9150-4cd9-b498-763f579372f4.pdf> (01,11,2016 tarihinde erişilmiştir).
- İncesu C. DSM5 ve Cinsel İşlev Bozuklukları (2011). “Nöropsikiyatri Arşivi” Özel Sayı 1: ss.1-6. <http://www.noropsikiyatriarsivi.com/sayilar/401/buyuk/1-6.pdf> (01,11,2016 tarihin de erişilmiştir).
- İncesu, C. (2004). Cinsel İşlevler ve Cinsel işlev bozuklukları, İstanbul, Klinik Psikiyatri. Ek 3, ss.3-13, <http://www.aktuelpsikoloji.com/d/file/340.pdf> (25,02,2016 tarihinde erişilmiştir).
- Kabasakal Z. ve Arslan G. (2014). “Ergenlikte Görülen Anti-Sosyal Davranışlar, Psikolojik Sağlık Ve Aile Sorunları Arasındaki İlişki” Uluslararası Hakemli Aile Çocuk ve Eğitim Dergisi C. 2 S. 3, ss.76-90.
- Kızıltepe A. (2006). “Total Histerektomili Kadınların Benzer Yaş Grubundaki Histerektomi Olmayan Kadınlarla Cinsel İşlevler Açısından Karşılaştırılması”, İstanbul, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi.
- Koçak, E. (2009). “Erken Boşalması Olan Hastalarda Bilişsel İşlevlerin Hastalığın Şiddeti İle Olan İlişkisi”, İstanbul, T.C. Bakırköy Ord. Prof. Mazhar Osman Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Uzmanlık Tezi.
- Kulak H. (2006). Cinsel İşlev Bozukluğu Görülen Kadınlarda Geçmiş Travmatik Deneyimler, İstanbul, T.C. İstanbul Üniversitesi, Adli Tıp Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi.
- Nayir, N. (2010). “Edirne İl Merkezinde Yaşayan Erişkinlerde Cinsel İşlev Ve Cinsel İşlev Bozuklukları”, Edirne, T.C. Trakya Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi.
- Ortaylı, N. (2001). “Jinekolojik Sorunlardan Etkilenen Cinsel İşlev Bozuklukları, Cinsel İşlev Bozuklukları”, Ed. Yetkin, N., İncesu, C., İstanbul, Roche Müstahzarları Sanayi A.Ş. ss.65-75.

- Öksüz E, (2005). Malhan S. Sağlığa Bağlı Yaşam Kalitesi-Kalitemetri. Ankara, Başkent Üniversitesi Yayınları.
- Öz F. ve Bahadır Yılmaz E. (2009). “Ruh Sağlığının Korunmasında Önemli Bir Kavram: Psikolojik Sağlamlık”, Ankara, Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi, ss.82-89 http://dergipark.ulakbim.gov.tr/hunhemsire/article/viewFile/5000052900/50_00050216 (18.06.2016 tarihinde erişilmiştir).
- Özer, G. (2009). Öz-Belirleme Kuramı Çerçevesinde İhtiyaç Doyumu, İçsel Güdülenme ve Bağlanma Stilllerinin Üniversite Öğrencilerinin Öznel İyi Oluşlarına Etkisi, Ankara, Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.
- Özkan, Z. ve Beji K.N., (2008). “Psikolojik ve Kişilerarası Etmenlerin Cinsel Fonksiyon Üzerine Etkileri”, İstanbul, Derleme, http://www.journalagent.com/androloji/pdfs/AND_2014_58_203_208.pdf (25,02,2016 tarihinde erişilmiştir).
- Sayal E., Doğan Z. ve Sayal A. (1997). “Yaygınlığı ve Sonuçları Açısından Disparoni” Aile Hekimi Dergisi, 1(4): ss.216-219, <http://www.turkailehekderg.org/wp-content/uploads/2014/07/c01-s04-06.pdf> (01,11,2016 tarihinde erişilmiştir).
- Saygın, Y. (2008). “Üniversite Öğrencilerinin, Sosyal Destek, Benlik Saygısı ve Öznel İyi Oluş Düzeylerinin İncelenmesi”, Konya, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.
- Sipahioğlu, Ö. (2008). Farklı Risk Gruplarındaki Ergenlerin Psikolojik Sağlamlıklarının İncelenmesi, Konya, Selçuk Üniversitesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.
- Sungur m. ve Gündüz A. (2013). Critiques and Challenges to Old and Recently Proposed American Psychiatric Association’s Website DSM 5 Diagnostic Criteria for Sexual Dysfunctions, Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, Cilt: 23, Sayı: 1, ss. 113-128, http://www.psikofarmakoloji.org/pdf/TR/23_1_19.pdf (01,11,2016 tarihinde erişilmiştir).
- Sungur M. Z. (1994). “Kadında Cinsel İşlev Bozuklukları”, İstanbul, Psikiyatri, Psikoloji ve Psikofarmakoloji Dergisi, 2 (Ek), ss.7-13.

- Sungur M. Z., (1994). Erkeklerde Cinsel İşlev Bozuklukları, İstanbul, Psikiyatri, Psikoloji ve Psikofarmakoloji Dergisi, 2 (Ek), ss.60-64.
- Sungur M. Z., (1998). “Cinsel İşlev Bozuklukları”, İstanbul, Psikiyatri Temel Kitabı, Cilt 2. C Güleç, E Köroğlu (Ed.). Hekimler Yayın Birliği, ss.617-637.
- Şenol Y, Türkay M. (2006). “Yaşam Kalitesi Ölçütlerinde Taraf Tutma: Cevap Kayması”, Ankara, TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni,5, ss.382-389.
- Urgur M. (2009). Temporomandibular Eklem Rahatsızlığı Olan Hastalarda Sağlığa Bağlı Yaşam Kalitesi Değerlendirmesi, T.C. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi.
- Yavuz, Ç. (2006). “Rehberlik Ve Psikolojik Danışmanlık Öğrencilerinde Öznel İyi Olma Hali, Psikiyatrik Belirtiler ve Bazı Kişilik Özellikleri: Karşılaştırmalı Bir Çalışma”, İstanbul, T.C. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.
- Yetim, Ü. (2001). Toplumdan Bireye Mutluluk Resimleri, İstanbul, Bağlam Yayınları.
- Yetkin, N. (2001). “Cinsel Sorunlara Yaklaşım”, Ed. Yetkin, N., İncesu, C. Cinsel İşlev Bozuklukları, Roche Müstahzarları Sanayi A.Ş. ss. 40-44.

EKLER

Ek 1. Kişisel Bilgi Formu

Değerli Katılımcı;

Aşağıdaki Anketler Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü'nde “Cinsel İşlev Bozukluğu Olan Ve Olmayan Bireylerde Psikolojik Sağlamlık, Öznel İyi Oluş Ve Sosyal Yaşam Kalitesinin İncelenmesi” isimli Yüksek Lisans Tezi için gerekmektedir. Anket sonuçları bilimsel bir çalışmada kullanılacaktır ve başka hiçbir amaçla kullanılmayacaktır. Katkınız için teşekkür ederim.

Vahide KIRAY
T.C. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
Klinik Psikoloji Anabilim Dalı, Psikoloji Bilim Dalı
Yüksek Lisans Öğrencisi

KİŞİSEL BİLGİ FORMU (KBF)

Lütfen size en uygun cevabı yazınız veya işaretleyiniz.

1. Yaşınız:

2. Cinsiyetiniz: A) Kadın B) Erkek

3. Medeni Durumunuz: A) Evli B) Bekar

4. Eğitim Durumunuz: A) İlköğretim B) Ortaöğretim C) Lise D) Yüksek Okul

E) Üniversite F) Y. Lisans E) Doktora

5. Gelir Seviyesiniz: A) 1.000 TL'den az B) 1001.-2.500 TL Arası

C) 2.501-4.000 TL Arası D) 4.001.-5.500 TL Arası

E) 5.501-7.000 TL. Arası F) 7.001.-8.500 TL Arası

E) 8.501-10.000 TL Arası H) 10.001.-11.5000 TL Arası

E) 11.500-13.000 TL Arası I) 13.001.- ve yukarısı

- 6. Varsa Çocuk Sayısı:** **A) Yok** **B) Var** Adet
- 7. Alkol Kullanıyor musunuz?** **A) Evet** **B) Hayır**
- 8. Sigara Kullanıyor musunuz** **A) Evet** **B) Hayır**



Ek 2. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (ACYÖ)

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

Katılımcı No:

Tarih.....

Lütfen her madde için **BUGÜN** de dahil **GEÇEN HAFTAKİ** durumunuzu işaretleyin

Cinsel açıdan ne derece isteklisiniz?

1	2	3	4	5	6
Oldukça istekli	Çok istekli	Biraz istekli	Biraz isteksiz	Çok isteksiz	Tamamen isteksiz

Cinsel açıdan ne kadar kolay uyarılırsınız (tahrik olursunuz) ?

1	2	3	4	5	6
Oldukça kolay	Çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Çok zor	Oldukça zor

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

1	2	3	4	5	6
Oldukça kolay	Çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Çok zor	Asla olmaz

Ne kadar kolay orgazm olursunuz (doyuma ulaşırsınız)?

1	2	3	4	5	6
Oldukça kolay	Çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Çok zor	Asla boşalamam

Orgazmınız tatmin edici midir ?

1	2	3	4	5	6
Oldukça tatmin edici	Çok tatmin edici	Biraz tatmin edici	Pek tatmin edici	Çok tatmin etmiyor	Orgazma ulaşamıyorum

ARIZONA CİNSEL YAŞANTILAR ÖLÇEĞİ (ACYÖ) ERKEK FORMU

Katılımcı No:

Tarih

Lütfen her madde için **BUGÜN** de dahil **GEÇEN HAFTAKİ** durumunuzu işaretleyin

Cinsel açıdan ne derece isteklisiniz ?

1	2	3	4	5	6
Oldukça istekli	Çok istekli	Biraz istekli	Biraz isteksiz	Çok isteksiz	Tamamen isteksiz

Cinsel açıdan ne kadar kolay uyarılırsınız (tahrik olursunuz) ?

1	2	3	4	5	6
Oldukça kolay	Çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Çok zor	Oldukça zor

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

1	2	3	4	5	6
Oldukça kolay	Çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Çok zor	Asla olmaz

Ne kadar kolay boşalırsınız ?

1	2	3	4	5	6
Oldukça kolay	Çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Çok zor	Asla boşalmam

Orgazminız tatmin edici midir ?

1	2	3	4	5	6
Oldukça tatmin edici	Çok tatmin edici	Biraz tatmin edici	Pek tatmin edici	Çok tatmin etmiyor	Hiç boşalmam

Ek 3. Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği (KPSÖ)

Hiç katılmıyorum: 0 / Çoğunlukla katılmıyorum:1 / Kısmen katılmıyorum: 2

Kısmen katılıyorum:3 / Çoğunlukla katılıyorum:4 / Tamamen katılıyorum: 5

	0	1	2	3	4	5	6
1. Sıkıntılı zamanlardan sonra kendimi çabucak toparlayabilirim.	0	1	2	3	4	5	6
2. Stresli olayların üstesinden gelmekte güçlük çekerim.	0	1	2	3	4	5	6
3. Stresli durumlardan sonra kendime gelmem uzun zaman almaz.	0	1	2	3	4	5	6
4. Kötü bir şeyler olduğunda bunu atlatmak benim için zordur.	0	1	2	3	4	5	6
5. Zor zamanları çok az sıkıntıyla atlatırım.	0	1	2	3	4	5	6
6.Hayatımdaki olumsuzlukların etkisinden kurtulmam uzun zaman alır.	0	1	2	3	4	5	6

Ek 4. Öznel İyi Oluş Ölçeği (ÖİÖ)

ÖZNEL İYİ OLUŞ ÖLÇEĞİ

Bu envanterde kişiliğinizin ve yaşamınızın çeşitli yönlerine ilişkin ifadeler bulunmaktadır. Bu ifadeleri tek tek okuyarak, ifadenin size ne derece uygun olduğuna karar veriniz. İfade size “tamamen uygunsuz” cevap kâğıdındaki (5); “çoğunlukla uygunsuz” (4); “orta derecede uygunsuz” (3); “biraz uygunsuz” (2); “hiç uygun değilse” (1) numaralı boşluğun altına (X) işareti koyunuz. Lütfen tüm ifadelere boş bırakmadan cevap veriniz.

	Tamamen Uygun (5)	Çoğunlukla Uygun (4)	Orta Derecede Uygun (3)	Biraz Uygun (2)	Hiç Uygun Değil (1)
1. Geleceğe yönelik planlar yapmaktan hoşlanırım.					
2. Yaşamımda zevk alarak yaptığım etkinlik sayısı azdır.					
3. Genel olarak kendimi neşeli hissediyorum.					
4. Geriye dönüp baktığımda istediklerimin çoğunu elde edemediğimi görüyorum					
5. Kişilik özelliklerimden genel olarak memnunuz					
6. İstediklerim nitelikte ve sayıda arkadaşım olmamasına üzülüyorum.					
7. Günlük yaşamımdaki sorumluluklarımı başarıyla yerine getiririm					
8. Ulaşmak istediğim ideallerim var.					
9. İlgi ve yeteneklerime uygun etkinliklerin yaşamımdaki yeri istediğim ölçüdedir.					
10. Küçük sorunları bile büyütürüm					
11. Kendimi genel olarak canlı ve enerjik hissederim					
12. Yakın gelecekte yaşamımda güzel gelişmeler olacağına inanıyorum.					
13. Kişilerarası ilişkilerde sıklıkla hayal kırıklığı yaşıyorum.					
14. Yaşamıma beni ona bağlayacak anlamlar katmakta zorlanmam.					
15. Beni eğlendiren faaliyetlere yeterince katılamıyorum					
16. Umutlarımda gerçekleşeceğine inanıyorum					

	Tamamen Uygun (5)	Çoğunlukla Uygun (4)	Orta Derecede Uygun (3)	Biraz Uygun (2)	Hiç Uygun Değil (1)
17. Mümkün olsa geçmiş hayatımı değiştiririm					
18. Ailemle olan ilişkilerimden memnunum.					
19. Genelde hüzünlü ve düşünceliyim.					
20. Yaşamımda yapmam gerekenleri düşünmek hoşuma gider					
21. Kendimi yalnız hissediyorum.					
22. Amaçlarıma ulaşmak için çevremdeki olanakları etkili bir şekilde kullanabilirim.					
23. Genel olarak kendimi huzurlu hissediyorum.					
24. Başkalarının mutlu görüldüğü kadar mutlu olmayı isterdim.					
25. Sorunları yaşamın öğretici ve doğal bir parçası olarak görürüm.					
26. Çevremdeki insanların yaşamlarına imreniyorum.					
27. Amaçlarıma ulaşmak için yeterince kararlı davranabilirim.					
28. Yaşamımı genel olarak monoton ve sıkıcı buluyorum.					
29. Sosyal ilişkilerimdeki girişkenlik yanımdan hoşnutum					
30. Kendime hedefler koymakta zorlanıyorum.					
31. İç dünyanın zaman geçtikçe zenginleştiğini hissediyorum					
32. Tanıdığım insanların çoğundan daha fazla sıkıntım var.					
33. Yaşamın zorluklarıyla baş etme gücüme güveniyorum.					
34. Sevilen ve güvenilen biri olduğumu hissediyorum.					
35. Geçmişte yaptığım hatalardan dolayı yoğun suçluluk duygusu yaşıyorum.					
36. Serbest zamanlarımda zevkle vakit geçirecek bir uğraşı bulurum.					
37. Yaşamım başarısızlıklarla dolu.					
38. Güçlükler karşısında çabuk pes ederim.					
39. Çevremde ihtiyaç duyduğumda destek alabileceğim insanlar var.					
40. Sıklıkla ümitsiz ve çökkün hissediyorum.					
41. Okumak ve çalışmak benim için zevkli uğraşılardır.					
42. İsteklerime ve değerlerime uygun bir hayat sürüyorum					
43. Ailemle olan ilişkilerimde sorunlar yaşıyorum.					
44. Yaşama iyimser bir açıyla bakabilme yönümden memnunum					
45. Arkadaşlarıma kendimi istediğim gibi ifade edemiyorum					
46. Başkalarına yardım edebilme ve onlara destek olma becerimden hoşnutum.					

Ek 5. Yaşam Kalitesi (SF36) Formu

YAŞAM KALİTESİ (SF36) FORMU

Tarih:

1. Genel sağlığını nasıl değerlendirirsiniz ?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Mükemmel	1
Çok iyi	2
İyi	3
Orta	4
Kötü	5

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

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

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

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

AKTİVİTELER	Evet çok kısıtlıyor	Evet çok az kısıtlıyor	Hayır hiç kısıtlamıyor
Kuvvet gerektiren aktiviteler, koşma, ağır eşyaları kaldırmak, zor sporlar			
Orta aktiviteler, bir masayı oynatmak, elektrik süpürgesi ile süpürmek, yürüyüş, futbol oynamak			
Sebze meyveleri kaldırmak taşımak			
Pek çok katı çıkmak			
Tek katı çıkmak			
Çömelmek, diz çökmek, eğilmek			
1 kilometreden fazla yürümek			
Birkaç mahalle arasında yürümek			
Bu mahalleden diğerine yürümek (bir sokak)			
Kendi kendine yıkanmak, giyinmek			

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

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

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

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

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

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

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

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

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

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

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

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

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

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

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

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

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

	Her Zaman	Çoğu Zaman	Bir Kısım	Bazen	Çok Nadir	Hiçbir Zaman
Kendinizi capcanlı hissediyormusunuz?	1	2	3	4	5	6
Çok sınırlı bir kişisiniz?	1	2	3	4	5	6
Kendinizi hiçbirşey güldürmeyecek kadar batmış hissediyormusunuz	1	2	3	4	5	6
Kendinizi sakin ve huzurlu hissediyormusunuz?	1	2	3	4	5	6
Çok enerjiniz var mı?	1	2	3	4	5	6
Kendinizi çökmüş ve karamsar hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
Yıpranmış hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
Mutlu bir insan mıydınız?	1	2	3	4	5	6
Yenilmiş hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6

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

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

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

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

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

	Tamamen Doğru	Çoğunlukla Doğru	Bilmiyorum	Çoğunlukla Yanlış	Tamamen Yanlış
Diğer insanlardan biraz daha hasta oluyorum	1	2	3	4	5
Tanıdığım herkes kadar sağlıklıyım	1	2	3	4	5
Sağlığımın kötüleşmesini bekliyorum	1	2	3	4	5
Sağlığım mükemmel	1	2	3	4	5

ÖZGEÇMİŞ

04.01.1991 tarihinde, Aydın Söke’de doğdu. İlköğrenimini, 2005 yılında Kocagözoğlu İlköğretim Okulu’nda tamamladı. Aydın Söke Yavuz Selim Lisesi’nin Eşit ağırlık alanından 2009’da, Doğu Akdeniz Üniversitesi Psikoloji bölümünden ise, 2014 yılın da mezun oldu. 2014 yılında Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Klinik Psikoloji Yüksek Lisans programına kayıt oldu.2016 yılı itibariyle Kıbrıs/ Lefkoşa da özel bir Psikiyatri kliniğinde çalışmaya başladı.

Vahide KIRAY

