



**T.C.
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
PSİKİYATRİ
ANABİLİM DALI**

**CİNSEL İŞLEV BOZUKLUĞU TIPLERİ VE CİNSEL MİTLER
ARASINDAKİ İLİŞKİ**

DR. SEVİLAY ZORLU KOCAGÖZ

UZMANLIK TEZİ

BURSA – 2008



T.C.
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
PSİKIYATRİ
ANABİLİM DALI

CİNSEL İŞLEV BOZUKLUĞU TİPLERİ VE CİNSEL MİTLER
ARASINDAKİ İLİŞKİ

DR. SEVİLAY ZORLU KOCAGÖZ

UZMANLIK TEZİ

BURSA – 2008

İÇİNDEKİLER

<u>İçindekiler</u>	<u>i</u>
<u>Türkçe Özet</u>	<u>ii</u>
<u>İngilizce Özet</u>	<u>iii</u>
<u>Giriş</u>	<u>1</u>
<u>Gereç ve Yöntem</u>	<u>10</u>
<u>Bulgular</u>	<u>13</u>
<u>Tartışma ve Sonuç</u>	<u>26</u>
<u>Ekler</u>	<u>47</u>
<u>Kaynaklar</u>	<u>63</u>
<u>Teşekkür</u>	<u>69</u>
<u>Özgeçmiş</u>	<u>70</u>

ÖZET

Çalışmanın amacı “Cinsel İşlev Bozukluğu” (CİB) tanısı alanlarda bozukluk tipi ve cinsel mitler arasındaki ilişkiyi saptamaktır. Çalışmaya 247 sağlıklı denek (123 kadın, 124 erkek) ve DSM-IV-TR’ye göre cinsel işlev bozukluğu almış 265 hasta (133 kadın, 132 erkek) alındı. Araştırma Tüm deneklere Sosyodemografik Veri Formu, Hamilton Depresyon Decelendirme Ölçeği (HAM-D), Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği (HAM-A) ve Cinsel Mitleri Değerlendirme Formu dolduruldu.

CİB olanlarda yaş ortalaması ve çocuk sayısı, HAM-D, HAM-D 14. madde, HAM-A, HAM-A somatik-psişik alt ölçek puanları, sistemik hastalık ve psikiyatrik hastalık öyküsü normallere göre yüksek; eğitim yılı, partnerin eğitim yılı, anne eğitim yılı, baba eğitim yılı ve cinsel bilgisini yeterli bulma oranı ise düşüktü. Oturduğu ve yetiştiği yer, evlenme biçimi ve ilk cinsel bilgi edinme biçimi dağılımlarında farklılık görüldü. Kırk altı mitin 22 tanesi CİB olan grupta normallere oranla anlamlı biçimde fazla onay aldı. Cinsel uyarılma bozukluğu dışında tüm CİB alt gruplarında HAM-D, HAM-D 14, HAM-A, HAM-A somatik-psişik alt puanları normallere göre anlamlı biçimde yüksekti. Cinsel uyarılma bozukluğu olanlarda ise sadece HAM-A ve HAM-A somatik alt ölçek puan ortalaması normallerden yüksekti. Ayrıca alt grupların normallerle karşılaştırmasında her grup için farklı sosyodemografik parametrelerde anlamlı fark olduğu saptandı.

Mitler konularına göre gruplandırıldı ve grupların onay ortalaması normallerle cinsel işlev bozukluğu alt tipleri bu grupların onay ortalamaları açısından karşılaştırıldı. Sadece cinsel ağrı bozukluğu olanlarda cinsel anatomiyile ilgili mitlerin onaylanma oranı normallerden anlamlı biçimde yüksekti.

Sonuç olarak, cinsel mitlerin alt tip gözetmeksizin CİB ile ilişkili olduğu, sadece cinsel ağrı bozukluğu ile cinsel anatomi ile ilgili mit grubu arasında ilişki bulunduğu saptandı.

Anahtar kelimeler: Cinsellik, cinsel işlev bozukluğu, cinsel mitler

SUMMARY

THE RELATIONSHIP BETWEEN SEXUAL DYSFUNCTION AND SEXUAL MYTHS

The aim of this study was to compare the relationship of sexual myths and sexual dysfunction (SD). The study population was constituted of normals (n=240; 123 female, 124 male) and subjects with SD (n=265; 133female, 132 male) diagnosed according to DSM-IV-TR criteria. Sociodemographic variables were recorded and, Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D), Hamilton Anxiety Scale (HAM-A), the form for evaluation of sexual myths were administered to the subjects.

Mean age, number of children, ratio of having a systemic disease and history of psychiatric disorder, means of total HAM-D, HAM-D 14th item, total HAM-A, HAM-A somatic and psychic anxiety subscale scores were significantly greater when compared to normals while the ratio of self assessment of adequacy of sexual education, mean duration of education of subjects, partners and parents were significantly lower. The distribution of current site of residence, site of origin, type of marriage and origin of sexual information was significantly different. The approval rate of 22 out of 46 myths was significantly greater in SD group when compared to normals. Mean scores of HAM-D, HAM-D 14th item, HAM-A and somatic and psychic subscales were significantly greater in all SD subtypes except sexual arousal disorder group where only total HAM-A and subscale scores were greater when compared to normals.

Myths were grouped according to their themes. SD subgroups were compared to normals in terms of approval rates of myth groups. The approval rate of myths on sexual anatomy was greater in patients with sexual pain disorder compared to normals.

In conclusion, independent of dysfunction subtypes, SD was found to be related to the approval rate of sexual myths. Sexual pain disorder was related to the approval rate of myths on sexual anatomy.

Keyword: Sexuality, sexual dysfunction, sexual myths

GİRİŞ

Normal cinselliğe ilişkin katı bir tanımlama yapmak zordur ve klinik olarak da pek kullanışlı değildir. Anormal cinselliği tanımlamak ise daha kolaydır. Kişinin kendine ya da diğerlerine zarar veren, oldukça kısıtlı olan, bir partnere yönlendirilemeyen, birincil cinsel organların uyarılmasını dışlayan, suçluluk ve anksiyetenin uygunsuz olarak eşlik ettiği cinsel davranış olarak tanımlanabilir. Cinsel işlev bozukluğu; biyolojik sorunların, intrapsişik karmaşaların, kişiler arası zorlukların ya da bunların birleşiminin ortaya çıkardığı bir durum olabilir. Her çeşit stres, emosyonel rahatsızlık ve cinsellikle ilgili bilgisizlik kişinin cinsel işlevini etkileyebilir. Cinsel davranışla ilgili kültürel değerler batı uygarlığı tarihi boyunca değişiklik göstermiştir. Tutumlar serbest düşünceli oluş ile katı ahlakçı oluş arasında ve insan cinselliğinin kabul edilmesi ile bastırılması arasında salınıp durmuştur(1).

İnsan cinselliği ile ilgili ilk kapsamlı araştırmayı Kinsey ve arkadaşları yayınlamışlardır. 1948'de Erkeklerde Cinsel Davranış (Sexual Behavior in the Human Male) ve 5 yıl sonra da Kadınlarda Cinsel Davranış'ı (Sexual Behavior in the Human Female) yayınlayan Alfred Charles Kinsey tarafından yürütülen çalışma o güne dek Amerika'da insan cinselliğiyle ilgili en geniş araştırmaydı. İnsan cinsel davranış biçimleri ile ilgili 1938-1952 yılları arasındaki istatistiklerden oluşan derlemelerini yayınladıklarında, o dönemin koşullarında hemen hiçbir sistematik ve kapsamlı yayın olmadığından bilim dünyasında büyük yankı uyandırdılar. Kişilerle yüz yüze yapılan görüşmelerde elde edilen ve kişilerin cinsel alışkanlıkları ile cinsel davranış biçimlerini ortaya koyan bu derlemeler, yalnızca bilim dünyasının değil, bütün toplumun dikkatini çekti. O güne kadar tabulardan oluşan bir perdenin arkasında, bir "bilinmeyen" olarak kalan "cinsellik" sanki ilk kez günışığına çıkarılıyor, ilk kez sosyolojik bir boyut kazanıyordu. İnsan cinselliği, artık kapalı kapılar arkasından çıkarılarak bilimsel ölçütler içerisinde araştırılabilir, ölçülebilir ve belki de hepsinden önemlisi tartışılabilir bir niteliğe bürünmüştü. Kinsey ve arkadaşlarının çalışmalarını takiben 1954

yılında, Washington Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde başlatılan bir araştırma programı ise kendisine temel hedef olarak; insandaki cinsel tepkinin anatomisi ve fizyolojisini tüm yönleriyle ortaya koymayı almıştı. W.H.Masters ve V.E. Johnson tarafından yürütülen ve 10 yılı aşkın bir araştırmanın ardından sonuçları ilk kez 1966 yılında "İnsanda Cinsel Davranış" adlı kitapta yayınlanan bu çalışma ise, cinsel fizyoloji ile ilgili bugünkü bilgilerimizin temelini oluşturmaktadır(2).

1960'lardan itibaren ABD'de cinselliğe yönelik yaygın tutum belirgin şekilde serbest düşünce yönündedir. Ancak, son çalışmalar daha tutucu değerlerin kabul edilmesi yönünde bir eğilim göstermektedir. Bu eğilim, büyük oranda AIDS korkusu üzerine odaklanmıştır. 2001'de yayımlanan bir başka raporda ise cinsel işlev bozukluğu ve cinsel davranış ve halk sağlığı politikaları tartışılmıştır. Erkeklerin %39'unda ve kadınların %41'inde cinsel işlev bozukluğu vardır ve sonuç olarak iyilik hali ve yaşam kalitesinde bir azalma ifade edilmektedir(1).

Günümüzde cinsel işlev bozukluklarına ilginin artışı son yıllardaki kültürel ve bilimsel gelişmelere, cinsel işlev bozukluklarının tedavisinde özel tekniklerin gelişimine bağlıdır. Psikiyatrinin bu alana ilgisinin artışı da psikiyatrik uygulamada bu alanın önemli bulunduğu göstergesidir. Ülkemizde bu alanda ilgi artışının belirgin olduğu söylenebilir ancak cinsellik ve cinsel işlev bozuklukları ile ilgili araştırmaların gelişim tarihi ne yazık ki tam olarak belgelenmemiştir. Ancak ülkemizde de dünyadakine benzer bir eğilim olduğu, son yıllarda cinsel işlev bozukluklarının tanı ve tedavisi amacıyla özel eğitim veren kurumlarda artış gözlemlendiği söylenebilir. Bu eğilim doğrultusunda cinsel işlev bozukluklarının gelişiminde cinsel eğitimin rolü de araştırılmıştır. Bu kapsamda cinsel mitlerin araştırılması da önem kazanmıştır(2).

Türk Dil Kurumu Sözlüğünde mit kelimesinin anlamı şu şekilde verilir "Geleneksel olarak yayılan veya toplumun hayal gücü etkisiyle biçim değiştiren, tanrı, tanrıça, evrenin doğuşu ile ilgili hayali, alegorik bir anlatımı olan halk hikayesi". Mit veya sözlük karşılığı olarak efsane, ağızdan ağza,

kulaktan kulağa dolaşarak yayılan, çoğu zaman kaynağı gerçek olmayan toplumun hayal gücü etkisiyle biçim değiştiren olağanüstü özellikler içeren bir kavramı aklımıza getirir; yani hemen hemen hurafe anlamında kullanılır. Cinsel mitler denildiğinde de kastedilen, kişilerin cinsel konularda doğru olduğunu düşündükleri, çoğu zaman abartılı, yanlış ve bilimsel değeri bulunmayan inanışlardır. Aslında insanlar içeriğini tam olarak bilmedikleri ama kendileri için önemli olan ölüm, yaratılış, ölüm ötesi, doğaüstü güçler gibi konularda mitler oluştururlar. Buna karşılık cinsellik gibi hemen her bireyin hayatının önemli bir parçası ve birçok yönleriyle de somut olan bir konuda bu tür yanlış inanışların oluşması ve kabul görmesi incelenmesi gereken bir konudur. Cinsellikle ilgili mitlerin oluşmasının en önemli nedeni, tarih boyunca ve hemen tüm toplumlarda cinselliğin toplumun güncel değerleriyle yakından ve güçlü bir şekilde ilişkili olmasıdır. Bu durum cinsellikle ilgili konuların açıktan konuşulmasını, tartışılmasını, üzerinde çalışılmasını sınırlamıştır. Cinsellik insanlar için son derece önemli olmasına karşın açıktan konuşulmayınca, insanlar arasında örtük, söylencesel bir alanda ifade bulmuştur. İnsanların çoğunluğu aynı cinsel modeli öğrenmiş olmakla birlikte mitler her bireyi farklı biçimde ve şiddette etkilemektedir (3,4).

Toplumda yerleşik mitler, sosyalizasyon sürecinde cinsel rollerimizin ortaya çıkışını etkilerler. Kız ve erkek çocukların, doğduğu günden itibaren ayrı şemalar içinde cinsel rollerine göre yetiştirilmeleri kadın ve erkeklerin yaşayış, kavrayış biçimlerini, yönelimlerini, beklentilerini ve yaşamlarının her boyutunda ayrılıkları arttırıcı olmaktadır. Bu durum çift standartlı değer yargıları ve beklentiler içinde yetiştirilmiş kadın ve erkeklerin duygusal, bilişsel, cinsel ve akla gelebilecek her alandaki davranış ve yaşayış biçimlerini etkileyebilmektedir. Bu yapı içinde yetişen kişilerin de çarpık değer yargılarını yani mitleri taşımaları ve bunlardan etkilenmeleri beklenen bir durumdur. Özellikle erkek cinsel işlev bozukluklarının ortaya çıkışında cinsel mitlerin ağırlıklı rolü olduğu çeşitli yayınlarda bildirilmektedir (3,5,6,7).

Toplumlar yeni kuşakları yetiştirirken, zaman içinde oluşturduğu kalıp düşünceleri ve yargıları da yeni kuşaklara aktarırlar. Bireyler büyüme

sürecinde içinde buldukları kültüre göre kadının ve erkeğin ne yapması ve yapmaması gerektiğini öğrenmiş olurlar. Ancak bu süreçte öğrendikleri ve benimsedikleri birçok şey yanlıştır. Yanlı ve yanlış cinsel inanışlar özellikle cinsellikle ilgili esprilerde, fıkralarda günlük basında ve pornografik yayınlarda sergilenir. Bu inanışların çoğunlukla kadını küçümseyen, değersizleştiren bir yanı vardır. Cinsel yaşam ve cinsel haz adeta erkekler içindir ve kadınlar cinsel yaşamın tüketim mallarından ibarettir. Ancak cinsel inanışların ve mitlerin sadece kadınlara zarar verdiğini söylemek doğru değildir. Erkeği her zaman, her yerde, herkesle seks yapmakla görevlendirilen, duygularını ortaya koymayan bir seks makinesi olarak gören bu inanışlar sonuçta erkeklerin de cinsel yaşamlarını, sevgi, aşk, şefkat, sıcaklık, yakınlık hissetmek gibi insani yanlardan uzaklaştırır. Kadını aşağılarken, erkeği ve kadını birbirinden ayırır ve yabancılaştırır. Sonuçta kadın olsun, erkek olsun insanların cinsel yaşamlarını olumsuz olarak etkiler. Yakınlık kurmak insanların kendisini, duygu, düşünce ve hatta bedenini, iç dünyasını bir başkasına açmasıdır. İlişkiler ve cinsellik insana sevilmeye değer olduğu duygusunu verir. Bir başka açıdan kadınlığın ve erkeğin onaylanmasıdır. Cinselliğin çağrıştırdıkları ise, haz, arzu, üreme, aşk, ilişki ve yakınlıktır. Aşk ve cinsel yakınlık, düşünsel, duygusal ve davranışsal boyutları ile iki insan arasındaki bir etkileşimdir. Düşünsel boyut, kendini bir başkasına açma kararı vermektir. Bunlar geçmiş, bugün ve gelecekle ilgili duygular, ümitler, değerler, korkular ve savunmalar olabilir. Duygusal boyutta, bir başkasına sevgi duyma, onu koruma, ona güvenme, onu düşünme ve merak etme, benzerlik ve farklılıkları keşfetme arzusu vardır. Davranışsal boyutta da, fiziksel yaklaşma, dokunma, bakma, gülümseme gibi yüz iletişimi, öpme ve sevişme isteği ön plana çıkar. (3)

Öğrenmiş olduğumuz rolü oynayabilmek için var gücümüzle çabalarız. Modeldeki standartlara ulaşmanın ve insanüstü seks yaşamının bir yolu olduğunu düşünüyoruz. Mutlaka bunu yapmanın bir yolu olmalıdır. Ve herkesin bu sırrı bildiğini, bizim hayal bile edemeyeceğimiz cinsel zevkleri tatmakta olduğunu düşünüyoruz. Bu durumda kendimize ve partnerlerimize kızarız. Kızgınlığımıza ve denediğimiz tüm yollara rağmen, düş kırıklığı hep içimizde kalır ve biz önemli olanı unuturuz. İnsanlara özgü olaylarda tek bir doğru

yolun olmadığını ve dışarıda belirlenen hiçbir kuralın bizi mutlu edemeyeceğini unuturuz. Kendimizi unuturuz, nasıl hissettiğimizi, kendi cinselliğimizi ve bunu en iyi şekilde nasıl ortaya dökeceğimizi unuturuz. Gerçeği kendi beklentilerimize uydurmaya çalışırken, kendimizle ve partnerimizle olan bağlantımızı kaybeder ve kendimizden hoş bir deneyimi çalmış oluruz. Seksi daha iyi yaşama konusundaki kararlılığımız yüzünden, seksin yalnızca hayatın küçük bir parçası olduğunu unuturuz. Birçok yazı ve kitap seksin bize iyi geldiğini söylemektedir. Sonuçta kendinizi hazır hissetmenizden bağımsız olarak, seks yapmanız konusunda bir baskı oluşmuştur. Seksin üzerinde fazla dururuz ve ilişki kurmanın diğer yollarına yeterince zaman ve çaba ayırmayız; böylelikle bize daha doyurucu gelebilecek ilişki kurmanın yollarını kendimizden esirgemiş oluruz. Bütün bunlar cinselliğin gelişimini örseleyen etmenlerdir. Ancak bu etmenler değiştirilemez değildir. Bu değişimi sağlamanın bir yolu öğrenmiş olduğumuz ve belki gerçekte bağdaşmayan cinsel kuralları bir yana bırakarak daha uygun olanları seçmektir. Bu yolla kişiye özel, yanlış öğrenilen kalıpların dışında, kişinin bedeni, duygusal yapısı ve değer yargılarına uygun bir cinsel yaşama ulaşma şansı artar. Cinsel yaşamı bir deneyimler bütünü olarak kabul edersek, kişiye uygun cinsel yaşam kendi cinsel gereksinim ve isteklerinin farkında olduğunda yaşanabilir (8).

Cinsel mitlerin ortaya çıkmasının en önemli nedeni; cinsellikle ilgili konuların açıkça konuşulmaması, tartışılmaması ve yeterli bilimsel veri tabanının olmamasıdır. Belirsizlik, korku ve endişeyi körükler, yanlış bilgi kulaktan kulağa yayılır ve cinsel mitler oluşmaya başlar. Cinsel mitler, beklentilerin abartılı olmasına, abartılı beklentiler ise, yetersizlik duygusu, çeşitli kaygı ve endişelerle hem cinsel işlev bozukluklarına zemin hazırlarlar, hem de oluşan cinsel işlev bozukluğunun süregenleşmesine neden olurlar. Çağdaş batı toplumlarında yaygın görüldüğüne işaret edilen cinsellikle ilgili mitlerin erkeklerde cinsel işlev bozukluğuna neden olduğu gösterilmiştir. Bireyin eğilimlerinin, inanışlarının, düşüncesinde yanlış oluşmuş kavramların cinsel işlev bozukluğunun oluşumunda ve devamında etkili olduğu çeşitli yazarlar tarafından belirtilmektedir (8,9,10,11).

Uygun olmayan “magazin literatürü” ve pornografik yayınlar cinsel mitlerin pekişmesini sağlarlar. Beklenenin tersine, cinsel mitlere eğitim düzeyi yüksek gruplarda, hatta hekimler arasında bile rastlanmaktadır. Birçok insanın cinsel eğitimi yetersizdir veya hiç yoktur. Cinsellikle ilgili bilgi eksikliği ve cinsel olan herhangi bir şeye olan duyarlılık kişileri değişik kaynaklardan, özellikle basın-yayın organlarından veya aynı derecede bilgisiz yaşlılarından gelen mesajlara duyarlı kılar. Bütün bu mesajlar “gerçek erkeğin” nasıl düşünmesi ve davranması gerektiğini telkin eden bir kalıp oluştururlar. Cinsel sorunlarla başvuran hastalarımızın, özellikle erkeklerin, cinsel tedavilerinde bu mitlerin dönüştürülmesi, cinsellik içindeki cinsiyet rollerinin etkisinin azaltılması, tedavinin odak noktasını oluşturmaktadır.(3,12)

Cinsel ifade ve davranış insan yaşamının ayrılmaz bir parçasıdır. Cinsel uyarılma ve onun son noktası olan cinsel davranış, fizyolojik, psikolojik, ve kültürel etkenlerin etkisi ile şekillenmektedir(13). Birçok insanın cinselliğin doğal ve içgüdüsel olduğu, yani içten geldiğini düşünmesine rağmen insanda cinsellik öğrenilen bir davranıştır. İnsanlar da hayvanlara benzer şekilde, türünü sürdürmeye programlandığı için, öğrenme olmaksızın da cinsel birleşme gerçekleşebilir. Doğa açısından önemli olan da cinsel birleşmedir. Ancak belirli cinsel birleşme biçimlerinin diğerlerinden daha iyi olduğu, bazı davranışların diğerlerinden daha çekici olduğu, bazı partnerlerin ve yerlerin diğerlerinden daha uygun olduğu gibi düşüncelerin tümü öğrenilerek edinilmektedir (4).

Ülkemizde yaygın ve okul çağında başlayan bir cinsel eğitimin olmaması ve formal cinsel bilgi kaynaklarının (okul, öğretmenler, uzmanlar, kitaplar vb.) yeterli ölçüde kullanılmaması gibi nedenlerle cinsellik alanında ciddi boyutta bir bilgi eksikliği görülmektedir. Bu bilgi eksikliği, sağlıklı bir bedene ve psikolojik yapıya sahip olmasına rağmen çok sayıda bireyin ya da çiftin cinsel yaşamlarında sorun yaşamasına, bu nedenle ilişkilerinin bozulmasına neden olabilmektedir. Cinsel bilgi ve eğitim eksikliği, özellikle cinsel deneyim eksikliği ve toplumun cinselliğe yaklaşımında katı, tabular ve yasaklarla yüklü tutucu tavırla birleştiğinde birçok cinsel soruna ve cinsel işlev bozukluklarına yol açabilmektedir.

Cinsel mitler, kalıp yargılar, cinselliğin yaşanmasını sınırlayan inanışlardır. Erkek cinsel şemaları, cinsel iletişimleri erkeğin kontrol etmesi ve yönetmesini, her zaman ilişkiye hazır olmayı, penisin sert olmasını cinsellik sırasında duygusal ihtiyaçların olmamasını ve her zaman cinsel ilişkiye ihtiyaç duymayı gerektirir. Bu şemanın kontrol ve performans yönelimine dikkat edildiğinde, cinselliği büyük bir baskı altında tamamlanan fiziksel bir eylemle sınırlı tutar. Kadınlar için çok önemli olan kişiler arası ilişki kısmına erkekler az yer vermiştir. Yeterli bir cinsel işlev, erkekliğin ispatıdır, dolayısıyla cinsel sorun erkek cinsiyet kimliğini zedeler. Bunun içindir ki, cinsel sorun tedavisi erkeklerde cinsiyet kimliğinin tedavisi işlevine dönüşür. Yerleşik, yanlış cinsel inanışların dönüştürülmesine çalışılır, erkeğe sevişme içinde edilgen olması önerilir. Kadın cinsel şemaları "iyi kız" olma, cinsellikle pasif olma ve eşinin onu uyarmasını ve orgazma götürmesini beklemeyi ya da diğer adıyla "iyi kız" olmayı gerektirir. Çocukluğunda düzenli, ödevlerini zamanında yapan, yaramazlık yapmayan, her yerde kendisinden beklendiği gibi davranan, genç kız olduklarında da cinsellikle ilgili konuları kendi ahlaklarına yakıştırmayan, erkek arkadaş edinmekte isteksiz olan, sadece çeyiz hazırlamak ya da okulunu bitirmekle ilgilenen kadınlar "iyi kız" sendromunu yaşamaktadırlar. Elbette burada söz edilen "iyi" yanlış tanımlanmış, yaşamın diğer alanlarındaki temel davranış tarzını kapsamayan, cinsellik alanında sınırlayıcı ve işlevselliği bozan çarpık bir "iyi" kavramıdır. Bu kadınlar sevişmeyi başlatmayı, sevişmeye ilişkin fanteziler kurmayı ahlaksız bulurlar, "Hafif kız" olmamak için bunları reddeder ve sonra da cinsellikten zevk alamazlar. Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği'nin (CETAD) bu konuda hazırladığı dosyada da çocukluğunda ve gençliğinde kendisini "iyi kız" olarak tanımlayan her 10 kadından 9'unun yetişkinlikte orgazm olamadığı, geleneksel kadın cinsel rolünü benimsemiş kişilerin yaşadığı "iyi kız" sendromunun, orgazm yaşamalarının önündeki en büyük engeli oluşturduğu vurgulanmıştır(9,14).

Kadınlar arasında ilişkilerinden hoşnut olmanın cinsel işlevlerde önemli bir etken olduğu görülmektedir. Cinsel performans, cinsel birleşmenin sıklığı, orgazmın olup olmadığı, sevişmekten zevk alma ve doyum ile ilgili ölçüler,

yakınlık duygularından uzak değerlendirilir. Kaplan; erkeğe oranla kadının cinsel yanıtının sevdiği insanla olan ilişkisinin niteliğine daha çok bağlı olduğunu ifade eder. Kadın eşini olumsuz değerlendiriyor veya ondan korkuyorsa ona cinsel yanıt vermekte zorlanacaktır.(1)

Cinsel terapilerde daha ilk görüşmede cinsel bilgi düzeyinin yanı sıra cinsel mitlerin araştırılması gerekir. Bu hem formülasyon hem de cinsel tedavinin planlanması için önemlidir. Ayrıca cinsel mitler ve önyargıların geçerlilik ve etkilerinin, bilimsel veriler ve bireyin sosyo-kültürel düzeyine uygun olarak yapılacak açıklamalarla ortadan kaldırılması, sağlıklı ve doğru bilişsel yapılanma için ilk adım olacaktır. Bu tür bir çaba, tedavi motivasyonu ve uyumunu, dolayısıyla tedavi başarısını büyük ölçüde olumlu etkileyecektir. Cinsel sorunlar klinisyenin kişisel bulgularını ve tepkilerini etkiler. Tedavi yaklaşımına girişen kişinin, hastanın sorunu ile ilgili olarak kendisinin inanış kalıplarını gözden geçirmesi gereklidir. Cinsel terapistin toplumsal ön yargılar ve cinsel mitlerle mücadelesinde, öncelikle kendisinin cinsel mitlerden büyük oranda arınmış olmasının, mitlerle ilgili yeterli bilgi ve deneyime sahip olmasının ve bu bilgi birikiminin uygun, anlaşılır ve uygulanabilir biçimde bireye ya da çifte aktarılabilmesinin önemi açıktır. Bu nedenle çeşitli tıp disiplinlerinde çalışan hekimler ve özellikle tıp öğrencilerinin de cinsel eğitim programları içine alınmaları gerekmektedir (9,15,16,17).

Cinsel mitler, hatalı ve yanlış bilgilenmeler ve önyargılarla mücadele yalnızca cinsel sorunları olan bireylerle sınırlı kalmamalı, bireysel ve toplumsal biçimlendirme ve rehberliğe de önem verilmelidir. Cinsel mitlerin yerine gerçek bilgileri koymak gereklidir. Bu gerçeklerin kaynağı bilim ve araştırma olmalıdır.(12)

Türkiye’de cinsel mitlerle ilgili birkaç çalışmaya rastlanmakla birlikte bu konuda yapılan araştırmaların azlığı dikkat çekicidir. Konu ile ilgili yayınlar incelendiğinde; özellikle erkek cinsel işlev bozukluklarının ortaya çıkışında cinsel mitlerin ağırlıklı rolü olduğu çeşitli yayınlarda bildirilmektedir. Ancak dünyada ve ülkemizde cinsel mitlerin cinsel işlev bozuklukları ile ilişkisini

araştıran çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışmanın amacı “Cinsel İşlev Bozukluğu tanısı almış hastalarda Cinsel İşlev Bozukluğu tipi ve cinsel mitler arasındaki ilişki” yi saptamaktır

GEREÇ VE YÖNTEM

Denekler, 11.04.2006 -16.10.2007 tarihleri arasında Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri, Kadın Doğum ve Üroloji polikliniklerine başvuran, Amerikan Psikiyatri Birliği: Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması, 4. Baskı (DSM-IV TR) 'ye göre "Cinsel İşlev Bozukluğu" tanısı alan hastalar ve cinsel işlev bozukluğu olmayan normaller arasından seçildi. Çalışma ile ilgili etik kurul onayı alındı.

Çalışmaya Alma Kriterleri:

Çalışmaya hasta grubu için DSM-IV TR tanı ölçütlerine göre "Cinsel İşlev Bozukluğu" tanısı alan, normaller için ise; DSM-IV TR tanı ölçütlerine göre cinsel işlev bozukluğu tanısı almamış olanlar, aktif cinsel partneri bulunan, çalışmaya alınmadan önce araştırmacı tarafından yazılı bilgilendirilmiş oluru alınan kişiler alınmıştır.

Çalışmadan Dışlama Kriterleri: Bir maddenin (örneğin kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç, alkol) ya da genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı cinsel işlev bozukluğu olanlar ve/veya demans ya da deliryum gibi bilişsel bozukluğun eşlik ettiği mental bozukluğu bulunanlar çalışma dışı bırakıldı.

Uygulanan Formlar ve Ölçekler

Çalışmaya gönüllü olan deneklerle DSM-IV-TR cinsel işlev bozukluğu tanı kriterlerine göre klinik görüşme yapıldı. Bu araştırma için hazırlanan Sosyodemografik Veri Formu (Ek 1) araştırma ölçütlerine uygun olduklarına karar verilen tüm hastalar için araştırmacı tarafından dolduruldu. Deneklerin depresyon düzeyini ölçmek için; Hamilton Depresyon Decelendirme Ölçeği (HAM-D) (Ek2), anksiyete düzeyini ölçmek için Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği (HAM-A), (Ek 3) aynı klinisyen tarafından deneklerle yüz yüze görüşme yoluyla dolduruldu. Cinsel Mitleri Değerlendirme Formu (Ek 4) denekler tarafından tek görüşmede dolduruldu

A- Demografik Bilgiler

Sosyodemografik Veri Formu 28 maddeden oluşmaktaydı. Çalışmaya alınan deneklerin, sosyodemografik özellikleri 28 maddelik formla değerlendirildi.

B-Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D)

Hamilton ve arkadaşları tarafından, her yaştaki kişide klinik araştırma amaçlı depresyon düzeylerinin saptanması için geliştirilmiştir(18). Klinisyen tarafından yapılan yarı yapılandırılmış görüşme sırasında doldurulur. Dokuz madde 0-4, sekiz madde ise 0-2 aralığında değerlendirilir. Her bir maddenin puanı toplanarak toplam puana ulaşılır. 10/11 puanlık bir kesme noktasının depresyon tanısı için uygun olduğu kabul edilir. Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Yazıcı ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (19). Bu çalışmada ölçeğin 17 maddelik versiyonu kullanıldı.

C-Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği (HAM-A)

Hamilton ve arkadaşları (1959) tarafından anksiyete düzeyini ve belirti dağılımını belirlemek amacıyla hazırlanmıştır (20). Deneklerin anksiyete düzeyini ölçmek amacıyla kullanılan 13 maddeli bir ölçektir. Bu ölçek anksiyete düzeyinin değerlendirilmesinde ve bilişsel somatik anksiyete belirtilerinin saptanması ve derecelendirilmesinde yaygın olarak kullanılmaktadır. Yarı yapılandırılmış ve uygulayıcı tarafından sorgulamayla hastanın durumuna en uygun madde seçilerek 0-4 arasında (0- yok, 4- çok şiddetli) değerlendirilen 14 maddeden oluşur. Puan aralığı 0-56 arasındadır. Ölçeğin değerlendirilmesinde 0-5 puan arası anksiyetenin olmadığını, 6-14 puan arası minör anksiyeteyi, 15 puan ve üstü majör anksiyeteyi göstermektedir. Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Yazıcı ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (21)

D-Cinsel Mitler Değerlendirme Formu

Denekler tarafından doldurulmak üzere evet ya da hayır yanıt seçeneklerinden oluşan 46 maddelik bir form kullanıldı. Her bir madde bir cinsel yanlış inanışı içermekteydi. Denklere bu inanın doğru olup olmadığı sorulmakta ve “Doğru” ya da “Yanlış” yanıtını işaretlemeleri istenmekteydi.

E- DSM-IV- TR'ye Göre Cinsel İşlev Bozukluğu Sınıflandırma Formu

DSM-IV TR tanı sistemine göre cinsel işlev bozuklukları sınıflandırıldı. DSM IV-TR'de cinsel işlev bozuklukları 7 temel grupta listelenmiştir: (1) cinsel istek bozuklukları, (2) cinsel uyarılma bozuklukları, (3) orgazm bozuklukları, (4) cinsel ağrı bozuklukları, (5)Genel tıbbi duruma bağlı cinsel işlev bozukluğu, (6) madde kullanımına bağlı cinsel işlev bozukluğu, (7) Başka türlü tanımlanamayan cinsel işlev bozukluğu. DSM-IV TR'de cinsel işlev bozuklukları 1. Eksen bozuklukları içinde yer alır. Sendromlar, dört fazda değerlendirilen fizyolojik cinsel yanıt döngüsüyle ilişkilidir. Cinsel işlev bozukluklarının temel özelliği, öznel olarak haz duyulmasında veya istekte bir bozulma ya da nesnel olarak performansta bir bozulma içerecek şekilde bu fazlardan birinde ya da daha fazlasında inhibisyon olmasıdır. Bozukluklar tek başına ya da diğeriyle birlikte görülebilir. Ancak klinik tablonun temel parçası olduğunda cinsel işlev bozuklukları tanısı konur. Bu bozukluklar yaşam boyu süren ya da sonradan edinilmiş tarzda, genelleşmiş ya da durumsal olabilir; psikolojik etkenlere, fizyolojik etkenlere, ya da her ikisine bağlı olabilir. Tamamen genel tıbbi duruma, madde kullanımına, ya da medikasyonun istenmeyen etkilerine bağlanabilir ise, bu durumda, genel tıbbi duruma bağlı ya da madde kullanımına bağlı cinsel işlev bozukluğu tanısı konur (22).

BULGULAR

Çalışmaya 247 sağlıklı denek (124 kadın, 123 erkek) ve 11.04.2006 - 16.10.2007 tarihleri arasında Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri, Kadın Doğum ve Üroloji polikliniklerine başvuran DSM-IV-TR'ye göre cinsel işlev bozukluğu almış 259 hasta (134 kadın,125 erkek) alındı.

Tablo.1 Deneklerin DSM- IV TR'ye göre Cinsel İşlev Bozukluğu dağılımı*:

Cinsel istek bozuklukları		
1.Cinsel istekte azalma	165	(%32,6)
2.Cinsellikten tikslenme bozukluğu	13	(%2,6)
Cinsel uyarılma bozukluğu		
1.Kadında cinsel uyarılma bozukluğu	57	(%11,3)
2.Erkeklerde erektil bozukluk	68	(%13,4)
Orgazmla ilgili bozukluklar		
1.Kadında orgazm bozukluğu	82	(%16,2)
2.Erkeklerde orgazm bozukluğu	6	(%1,2)
3.Prematür ejakülasyon (erken boşalma)	78	(%15,4)
Cinsel ağrı bozukluğu		
1.Disparoni (genel tıbbi duruma bağlı olmayan)	26	(%5,1)
2.Vajinismus(genel tıbbi duruma bağlı olmayan)	24	(%4,7)
Genel tıbbi duruma bağlı CİB	0	
Madde kullanımına bağlı CİB	0	

*İşlev bozuklukları aynı hastada birden çok olabildikleri için toplam %100'ün üzerindedir

Çalışmaya alınan deneklerin sosyodemografik özellikleri Tablo 2'de belirtilmiştir.

Tablo 2. Sosyodemografik Veriler

	Tek başına cinsel istek bozukluğu		Tek başına cinsel uyarılma bozukluğu		Tek başına orgazm bozukluğu		Tek başına cinsel ağrı bozukluğu		Kombine CIB Toplam		Normal	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Cinsiyet												
Kadın	20	69	10	90,9	15	36,6	16	94,1	134	50,2	124	49,8
Erkek	9	31	1	9,1	26	63,4	1	5,9	125	49,8	123	50,2
Toplam	29	100	11	100	41	100	17	100	259	100	247	100
Yaş (ortalama ±SS)	43,8± 11,2		45,6± 14,2		39,7±14		29,6±7,7		42,68±12,84		36,9±10,1	
Oturduğu yer												
İl	19	65,5	9	81,8	29	70,9	12	70,6	188	72,5	194	78,5
İlçe	8	27,6	2	18,2	11	26,8	4	23,5	63	23,4	36	14,6
Köy	2	6,9	0	0	1	2,4	1	5,9	8	4,2	17	6,9
yetiştığı yer												
İl	15	51,7	8	72,7	18	43,9	8	47	110	42,2	145	58,7
İl dışı	14	41,3	3	27,3	23	56,1	9	52	149	57,7	103	41,3
eğitim durumu												
İlk	8	27,6	1	9,1	11	26,8	2	11,8	67	25,3	49	19,8
Orta	2	6,9	1	9,1	2	4,9	3	17,6	21	7,9	15	6,1
Lise	9	31	4	36,4	12	29,3	2	44,8	66	26	65	26,3
Üniversite	10	34,5	5	45,5	16	39	9	52,9	100	38,9	118	47,8
okuma yazma yok	0	0	0	0	0	0	1	5,9	2	0,8	0	0
okur yazar	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1,1	0	0
evlenme şekli												
evli değil	3	10,3	0	0	4	9,8	0	0	10	7,1	34	13,8
Görücü	14	48,3	6	54,5	13	31,7	5	29,4	101	38,7	48	19,4
Tanışarak	12	41,4	5	45,5	24	58,5	12	70,6	148	57,1	165	66,8

Tablo.2 Sosyodemografik Veriler (devamı-1)

Eşin son mezun olduğu okul	Tek başına cinsel istek bozukluğu		Tek başına cinsel uyarılma bozukluğu		Tek başına orgazm bozukluğu		Tek başına cinsel ağrı bozukluğu		Kombine CİB Toplam		Normal	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
İlk	1	3,4	7	63,6	13	31,7	3	17,6	71	27,5	42	17
Orta	3	10,3	2	18,2	4	9,8	1	5,9	22	7,9	14	5,7
Lise	11	37,9	0	0	10	24,4	5	29,4	61	23,4	69	27,9
Üniversite	14	48,3	2	18,2	14	34,1	8	47,1	100	39,2	119	48,2
okuma yazma yok	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0,8	3	1,2
okur yazar	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1,1	0	0
annenin son mezun olduğu okul												
İlk	12	41,4	3	27,3	27	65,9	7	41,2	121	47,2	114	46,2
Orta	2	6,9	1	9,1	1	2,4	3	17,6	12	4,9	20	8,1
Lise	1	3,4	1	9,1	0	0	1	5,9	14	5,7	28	11,3
Üniversite	2	6,9	0	0	2	4,9	1	5,9	8	3,4	21	8,5
okuma yazma yok	11	37,9	6	54,5	10	24,4	5	29,4	93	34,3	50	20,2
okur yazar	1	3,4	0	0	1	2,4	0	0	11	4,5	13	5,3
babanın son mezun olduğu okul												
İlk	13	44,8	6	54,5	24	58,5	8	47,1	134	51,3	102	41,3
Orta	4	13,8	1	9,1	1	2,4	2	11,8	22	8,3	30	12,1
Lise	4	13,8	2	18,2	3	7,3	2	11,8	33	13,6	37	15
Üniversite	1	3,4	0	0	0	0	2	11,8	14	5,7	45	18,2
okuma yazma yok	7	24,1	1	9,1	8	19,5	2	11,8	45	16,6	22	8,9
okur yazar	0	0	1	9,1	1	2,4	1	5,9	11	4,5	10	4

Tablo 2. Sosyodemografik Veriler (devamı-2)

ilk cinsel bilgi edinme şekli	Tek başına cinsel istek bozukluğu		Tek başına cinsel uyarılma bozukluğu		Tek başına orgazm bozukluğu		Tek başına cinsel ağrı bozukluğu		Tüm CIB		Normal	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Aile	7	24,1	0	0	3	7,3	1	5,9	27	10,4	25	10,2
Okul	4	13,8	1	9,1	2	4,9	1	5,9	15	5,8	40	16,3
Arkadaş	12	41,4	7	63,6	24	58,5	6	35,3	118	45,6	112	45,5
kitap-TV	2	6,9	2	18,2	9	22	3	17,6	51	19,7	45	18,3
bilgi edinmedim	2	6,9	1	9,1	2	4,9	3	17,6	36	13,9	10	4,1
Eşinden	2	6,9	0	0	1	2,4	3	17,6	12	4,6	10	4,1
Diğer	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	1,6
cinsel bilgileri yeterli bulma												
Evet	26	89,7	11	100	25	61	8	47,1	165	64,2	214	86,6
Hayır	3	10,3	0	0	16	39	9	52,9	94	35,8	32	13
korunma yöntemi												
Yok	19	65,5	5	45,5	17	41,5	12	70,6	152	58,9	84	34,3
Prezervatif	2	6,9	1	9,1	7	17,1	0	0	32	12	78	31,8
RIA	1	3,4	3	27,3	9	22	1	5,9	25	9,7	17	6,9
oral kontraseptif	1	3,4	0	0	1	2,4	2	11,8	9	3,5	8	3,3
Vazektomi	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,4	3	1,2
geri çekme	3	10,3	1	9,1	7	17,1	2	11,8	28	10,9	47	19,2
Tubligasyon	3	10,3	1	9,1	0	0	0	0	12	4,7	8	3,3
Menopoz												
var (doğal menopoz)	12	41,4	3	27,3	6	14,6	1	5,9	75	28,3	28	22,6
Yok	15	51,7	8	72,7	34	82,9	16	94,1	181	68,3	94	75,8
cerrahi menopoz	2	6,9	0	0	1	2,4	0	0	9	3,4	2	1,6
sistemik hastalık												
Var	14	48,3	5	45,5	16	39	3	17,6	117	44,2	47	19
Yok	15	51,7	6	54,5	25	61	14	82,4	142	55,8	200	81
psikiyatrik hastalık öyküsü												
Var	11	37,9	1	9,1	15	36,6	4	23,5	82	31,3	35	14,2
Yok	18	62,1	10	90,9	26	63,4	13	46,5	177	68,7	212	85,8

Cinsel İşlev Bozukluğu Olanlarla Normallerin Grup Özelliklerinin Karşılaştırılması

CİB grubu ile normaller arasında cinsiyet, medeni durum, aylık gelir, korunma yöntemi dağılımları açısından fark bulunmadı.

CİB olan grubun yaş ortalaması ve çocuk sayısı normallerle karşılaştırıldığında anlamlı biçimde büyük; eğitim yılı, partnerin eğitim yılı, anne eğitim yılı, baba eğitim yılı normallere göre düşük bulundu (Tablo 3).

CİB bulunan grubun; oturduğu yer ($p<0,005$), yetiştiği yer ($p<0,001$), ilk cinsel bilgi edinme biçimi ($p<0,000$) ve doğum kontrolü yöntemi ($p<0,000$) dağılım oranlarının normallerden anlamlı biçimde farklı olduğu bulundu. Bu dağılımlar Tablo 2'de özetlenmiştir.

CİB olan grupta HAM-D toplam puanı, HAM-D 14. madde puanı, HAM-A toplam puanı, HAM-A somatik ve psikişik alt ölçek puanları ortalamalarının normallerden anlamlı biçimde yüksek olduğu saptandı (Tablo 3).

CİB olanlarda, sistemik hastalık ve psikiyatrik hastalık tanısı almış olma oranları ve görücü usulü evlenme oranı anlamlı biçimde yüksek, cinsel bilgisini yeterli bulma oranı ise anlamlı biçimde küçüktü (Tablo 3).

Tablo 3. CİB ve Normallerin Karşılaştırması

	CİB	Normaller	Anlamlılık
Yaş [Ortalama (SS)]	42,6 (12,8)	36,9 (10,4)	p<,001
Eğitim Yılı [Ortalama (SS)]	10,2 (4,1)	11,5 (4,1)	p<,001
Cinsel Partnerin Eğitim Yılı [Ortalama (SS)]	10,2 (4,1)	11,7 (4,1)	p<,001
Çocuk Sayısı [Ortalama (SS)]	1,7 (1,2)	1,1 (0,9)	p<,001
Anne Eğitim Yılı [Ortalama (SS)]	3,8 (3,7)	5,5 (4,2)	p<,001
Baba Eğitim Yılı [Ortalama (SS)]	5,5 (3,9)	7,5 (4,5)	p<,001
HAM-D Toplam Puan [Ortalama (SS)]	9,5 (7,1)	4,0 (5,2)	p<,001
HAM-D 14. Madde [Ortalama (SS)]	1,2 (11,4)	0,2 (8,3)	p<,001
HAM-A Toplam Puan [Ortalama (SS)]	14,9 (1,4)	7 (8,4)	p<,001
HAM-A Somatik Puan [Ortalama (SS)]	9,1 (7,5)	3,9 (4,9)	p<,001
HAM-A Psikişik Puan [Ortalama (SS)]	6 (5,7)	3,1 (3,9)	p<,001
Sistemik Hastalık Varlığı Oranı	%44,2	%19	p<,000
Psikiyatrik Öyküsü Olma Oranı	%31,3	%14,2	p<,000
Cinsel Bilgisini Yeterli Bulma Oranı	%64,2	%86,6	p<,000
Görücü Usulü Evlenme Oranı	%38,7	%19,4	p<,000

Tek Cinsel İşlev Bozukluğu Olanlarla Normallerin Grup Özelliklerinin Karşılaştırılması

Cinsel İstek bozukluğu olanlarla normallerin karşılaştırılması

Cinsel istek bozukluğu olanlarda yaş ortalaması (43,7±11,2 – 36,9±10,1, p<0,001), çocuk sayısı (1,68±0,96 – 1,11±0,96, p<0,000), HAM-D toplam (10,55±7,3 – 3,92±5,25, p<0,000), HAM-D 14. madde puanı (1,48±0,57 – 0,15±0,4, p<0,000), HAM-A toplam (15,68±11,8 – 6,92±8,38, p<0,000), HAM-A psikişik alt ölçek (6,55±5,12 – 3,06±3,91, p<0,000) ve HAM-A somatik alt ölçek puan (9,14±7,56 – 3,84±4,97, p<0,000) ortalamalarının normallerden anlamlı biçimde yüksek olduğu saptandı.

Cinsel istek bozukluğu olanlarda sistemik hastalık varlığı (%48,3 – %19,0, p<0,000) ve psikiyatrik hastalık varlığı (%37,9 – %14,2, p<0,001) oranının normallerden anlamlı biçimde büyük olduğu bulundu.

Cinsel Uyarılma bozukluğu olanların normallerle karşılaştırılması:

Cinsel uyarılma bozukluğu olan deneklerin yaş ortalaması (45,6±14,15 – 36,9±10,14, p<0,035), erkek oranı (%90,9 – %49,8, p<0,008), HAM-A

toplam puan ($12,18 \pm 8,47 - 6,92 \pm 8,38$, $p < 0,000$) ve HAM-A somatik alt ölçek puanı ($7,27 \pm - 3,84 \pm 4,97$, $p < 0,10$) ortalamalarının normallerden anlamlı biçimde yüksek olduğu bulundu.

CİB olan hastalarda partnerin eğitim yılı ortalaması ($10,21 \pm 4,14$ normallerden ($11,67 \pm 4,11$) anlamlı biçimde ($p < 0,000$) düşüktü.

Uyarılma bozukluğu olanlarda, sistemik hastalık (%45,5 - %19,0, $p < 0,033$) varlığı oranı normallerden anlamlı biçimde yüksekti.

Orgazm bozukluğu olanlarla normallerin karşılaştırması:

Orgazm bozukluğu olanlarda çocuk sayısı ($1,53 \pm 1,00 - 1,11 \pm 0,96$, $p < 0,014$), HAM-D toplam puan ($5,75 \pm 6,06 - 3,92 \pm 5,25$, $p < 0,032$), HAM-D 14. madde puanı ($0,46 \pm 0,74 - 0,15 \pm 0,40$, $p < 0,002$), HAM-A toplam puan ($10,34 \pm 8,57 - 6,92 \pm 8,38$, $p < 0,004$) HAM-A somatik alt ölçek ($5,68 \pm 5,47 - 3,84 \pm 4,97$, $p < 0,010$) ve HAM-A psişik alt ölçek ($4,65 \pm 4,35 - 3,06 \pm 3,91$, $p < 0,010$) puan ortalamaları normallere göre anlamlı biçimde yüksekti.

Orgazm bozukluğu olanlarda partner toplam eğitim yılı ($9,87 \pm 3,91 - 11,67 \pm 4,11$, $p < 0,005$) ve baba toplam eğitim yılının ($5,21 \pm 4,39 - 7,49 \pm 4,49$, $p < 0,001$) normallere göre anlamlı biçimde düşük olduğu saptandı.

Orgazm bozukluğu olanlarda cinsel bilgisini yeterli bulma ($61,0 - 87,0$, $p < 0,000$), sistemik hastalık varlığı ($39,0 - 19,0$, $p < 0,004$) ve psikiyatrik hastalık öykü ($36,6 - 14,2$, $p < 0,000$) oranları normallere göre yüksekti.

Cinsel ağrı bozukluğu olanlarla normallerin karşılaştırılması:

Cinsel ağrı bozukluğu olanlarda yaş ortalamasının ($29,33 \pm 7,56 - 36,9 \pm 10,14$, $p < 0,002$) ve çocuk sayısının ($0,55 \pm 1,24 - 1,11 \pm 0,96$, $p < 0,006$) normallere göre düşük, kadın oranının (%94,1 - %50,2, $p < 0,000$) ise normallere göre yüksek olduğu bulundu. HAM-D toplam ($8,94 \pm 8,90 - 3,92 \pm 5,25$, $p < 0,005$), HAM-D 14. madde ($0,66 \pm 0,90 - 0,15 \pm 0,40$, $p < 0,007$), Ham-A toplam ($16,05 \pm 13,79 - 6,92 \pm 8,38$, $p < 0,002$), HAM-A somatik alt ölçek ($9,33 \pm 8,38 - 3,84 \pm 4,97$, $p < 0,004$) ve HAM-A psişik alt ölçek

(6,66±6,63 – 3,06±3,91, p<0,010) puan ortalamalarının cinsel ağrı bozukluğu olanlarda yüksek olduğu saptandı.

Cinsel ağrı bozukluğu olanlarda, cinsel bilgisini yeterli bulma oranı (%47,1 - %87,0, p<0,000) normallere göre düşüktü.

Tek cinsel işlev bozukluğu olanların normallerle karşılaştırılması sonucunda; eğitim yılı, anne eğitim yılı açısından anlamlı fark bulunamadı.

CİB olan grupla normaller arasında mit doğrulama oranlarının karşılaştırması:

2, 5, 9, 13, 14, 15, 17,18, 19, 20, 22, 23, 24, 29, 32, 33, 34, 36, 37, 39, 40, 42 nolu mitlerin doğrulanma oranları normallerle karşılaştırıldığında; CİB olanlarda daha yüksek bulunmuştur.

Gruplar arasında anlamlı fark olmamasına karşın en fazla onaylanan mitin CİB olan ve olmayan her iki grupta da (sırasıyla %83,8, %79,8) “Eşler birbirlerini sevdikleri takdirde sevişmekten nasıl zevk alacaklarını da bilirler” olduğu saptandı.

Sırasıyla en fazla onaylanan diğer mitler; CİB olan grupta “Sevişme ancak çift aynı anda orgazm olabilirse güzeldir“, “ Her erkek her kadına nasıl zevk vereceğini bilmelidir“; kontrol grubunda ise “ Cinsel ilişki sırasında eşler içgüdüsel olarak diğerinin ne istediğini ne düşündüğünü bilirler”, “Sevişme ancak çift aynı anda orgazm olabilirse güzeldir“ mitleri oldu.

En az onaylanan mit CİB olan grupta %12,8, normallerde %4,1 ile “ erkek cinsel organı (penis) kadın cinsel organının (vajina) içine alamayacağı kadar büyüktür” mitiydi. CİB olan grupta “erkeğin eşi masum ve kutsaldır, daha doyurucu ve tatmin edici seks daha çok fahişelerle yapılmalıdır”, “erkekler duygularını belli etmemelidirler“, kontrol grubunda “seksi erkek yönetir, kadının seks başlatması ahlaksızlıktır“ ve “penisin vajinaya girişinde mutlaka çok ağrı olur“, mitleri sırasıyla en az onaylanan mitlerdi.

Doğrulama oranları ve anlamlılık düzeyleri Tablo 4’de verilmiştir.

Tablo 4. Cinsel mitlerin doğrulanma oranları ve CİB olanlarla normallerin karşılaştırılması

Cinsel mit no*	CİB (%)	Normal (%)	p	Cinsel mit	CİB (%)	Normal (%)	p
1	50,2	51,8	AD	24	44,2	29	p<,005
2	26,7	17,4	p<,005	25	45,6	35,8	AD
3	47,3	48	AD	26	32,8	29,8	AD
4	25,2	20,7	AD	27	49,2	46,6	AD
5	57,1	44,1	p<,005	28	14,3	9,7	AD
6	19,7	19	AD	29	39,9	19,8	p<,005
7	17,4	13,8	AD	30	28,7	21,5	AD
8	73,4	66,7	AD	31	31,5	28,5	AD
9	80,7	68	p<,005	32	53,9	40,8	p<,005
10	10,8	6,9	AD	33	66,5	51,4	p<,005
11	83,8	79,8	AD	34	37,4	28	p<,005
12	71,4	72,5	AD	35	25,7	22,8	AD
13	41,3	20,3	p<,005	36	12,8	4,1	p<,005
14	65,6	49,6	p<,005	37	22,1	9,3	p<,005
15	59,3	35,2	p<,005	38	17,8	12,7	AD
16	47,3	41,2	AD	39	41,6	32	p<,005
17	65,6	49	p<,005	40	18,6	9,3	p<,005
18	31	19,2	p<,005	41	25,2	18,8	AD
19	26,3	18,2	p<,005	42	69,4	58	p<,005
20	51,8	34,7	p<,005	43	50,6	44,6	AD
21	36	30,5	AD	44	41,6	35	AD
22	49,2	39	p<,005	45	61,3	53,5	AD
23	73,3	59,2	p<,005	46	26,1	24,9	AD

* Numaraların hangi mitleri temsil ettiğini görmek için Ek 4'e bakınız

CİB grubu ve normallerde mit alt gruplarının doğrulanma oranlarının karşılaştırılması:

Mitler, konularına göre 8 alt gruba ayrıldı (Tablo 5) ve normallerle CİB olanların bu gruplara giren mitlerin doğrulama ortalamaları karşılaştırıldı. Cinsel davranış, işlev, anatomi ve yönelim ile ilgili alt gruplarının doğrulanma ortalamalarının CİB olanlarda anlamlı biçimde yüksek olduğu bulundu. (Tablo 6)

Tablo 5. Cinsel Mitlerin Konularına Göre Sınıflandırılması

Cinsel Rol

Cinsel ilişkiyi daima erkek başlatmalıdır(2)
Tüm fiziksel temaslar cinsel birleşmeye gitmelidir(6)
Erkekler duygularını belli etmemelidirler(7)
Erkeğin eşi masum ve kutsaldır, daha doyurucu ve tatmin edici seks daha çok fahişelerle yapılmalıdır(28)
Modern bir kadın olabilmek için orgazm olabilmek gerekir(41)

Cinsel İstek

Erkek her zaman seks ister ve her zaman sekse hazırdır(1)
Erkekler ve kadınlar 60 yaşından sonra cinselliğe ilgilerini kaybederler(20)
Menopoz kadının cinsel isteklerinde ani bir azalmaya neden olur(45)
Sevişme her zaman doğal ve kendiliğinden olmalıdır sevişme hakkında düşünmek ve konuşmak doğallığını bozar(5)
Sevişme ancak çift aynı anda orgazm olabilirse güzeldir(9)
Cinsel ilişki sırasında eşler içgüdüsel olarak diğerinin ne istediğini ne düşündüğünü bilirler(12)

Hamilelikte Cinsellik

Gebelikte cinsel ilişki doğacak çocuğa zarar verir(31)
Gebelikte kadınların cinsel isteği azalır(32)

Cinsel İşlev

Erkekler daima kadınlardan daha çabuk orgazma ulaşırlar(23)
Cinsel ilişkinin başlangıcında sertleşme güçlüğü olursa büyük olasılıkla iktidarsızlık gelişecektir(24)
Eğer erkek uyarılırsa mutlaka cinsel birleşme ister bu yüzden cinsel ilişkiye girilmeyecekse ona yaklaşmamak gerekir(25)
İlk cinsel birleşmede başarılı olunması sonraki cinsel yaşam boyunca başarılı olacağına göstergesidir(30)
Cinsel ilişkiye girememe süreci uzarsa evlilik boşanmayla sonuçlanır(39)

Cinsel Yönelim

Eşcinsellik psikiyatrik bir hastalıktır tedavi edilmelidir(42)
Cinsel yönelim istemli bir seçimdir,değiştirilebilir(43)

Mastürbasyon

Masturbasyon pis ve zararlıdır(13)

Cinsel Davranış

Sevişme cinsel birleşmeye eşittir(3)
Erkeğin penisi sertleştiğinde en yakın zamanda

boşalmalıdır(4)
Her erkek her kadına nasıl zevk vereceğini bilmelidir(8)
Seksi erkek yönetir, kadının seks başlatması ahlaksızlıktır(10)
Eşler birbirlerini sevdikleri takdirde sevişmekten nasıl zevk alacaklarını da bilirler(11)
Cinsel ilişki sırasında mastürbasyon yanlıştır(14)
Oral seks pistir(15)
Sertleşmiş büyük bir penis iyi sevişmenin anahtarıdır(16)
İyi sekste amaç cinsel birleşmedir(17)
Cinsel ilişki sırasında cinsel fanteziler kurmak yanlıştır(18)
Erkeğin penisinde sertleşmenin kaybı eşini çekici bulmadığı anlamına gelir(19)
Erkek veya kadın sevişmeye hayır diyemez(21)
Sekste kesin, evrensel doğrular vardır(22)
Seks doğaldır, öğrenilemez(27)
Cinsel birleşme için en doğal pozisyon, erkeğin üstte olmasıdır(29)
Cinsel birleşme yorar, tüketir(34)
Kadınlar eller kullanılmadan penis hareketleriyle orgazm olmalıdırlar(35)
Kalp krizi ve inme geçiren erkekler cinsel ilişkiden kaçınmalıdırlar(44)
Ameliyatsız rahmi alınmış kadın artık orgazma ulaşamaz(
Cinsel Anatomi
Erkek cinsel organının ebatları cinsel açıdan önemlidir(26)
Kızlık zarı yırtılınca acı verir(33)
Erkek cinsel organı (penis) kadın cinsel organının (vajina) içine alamayacağı kadar büyüktür(36)
Penisin vajinaya girişinde mutlaka çok ağrı olur(37)
Penisin vajina içine ilk girişinde aşırı kanama olur(38)
Cinsel organın görünümü tiksindiricidir(40)

Tablo 6. CİB olanlar ve normalde mit gruplarının doğrulanma ortalamalarının karşılaştırılması

Mit Grubu	CİB	Normaller	p
Cinsel Rol			
Ortalama (SS)	1,03 (1,3)	0,78(1,1)	AD
Ortanca	1	0	
Aralık	0-5	0-5	
Cinsel İstek			
Ortalama (SS)	1,6(0,9)	1,41(1,0)	AD
Ortanca	2	1	
Aralık	0-3	0-3	
Cinsel Davranış			
Ortalama (SS)	10,5(4,6)	8,6(5,1)	p<0,005
Ortanca	10	8	
Aralık	0-22	0-22	
Cinsel İşlev			
Ortalama (SS)	2,3(1,5)	1,8(1,5)	p<0,005
Ortanca	2	2	
Aralık	0-5	0-5	
Cinsel Anatomi			
Ortalama (SS)	1,7(1,5)	1,2(1,3)	p<0,005
Ortanca	1	1	
Aralık	0-6	0-6	
Hamilelikte Cinsellik			
Ortalama (SS)	0,78(0,8)	0,69(0,8)	AD
Ortanca	1	0	
Aralık	0-2	0-2	
Cinsel Yönelim			
Ortalama (SS)	1,2(0,8)	1(0,8)	p<0,005
Ortanca	1	1	
Aralık	0-2	0-2	
Mastürbasyon			
Ortalama (SS)	0,73(0,4)	0,66(0,5)	AD
Ortanca	1	1	
Aralık	0-1	0-1	

Tek cinsel işlev bozukluğu olanlarla normallerin mit gruplarının toplam onay ortalamaları açısından karşılaştırılması:

Tek anlamlı fark cinsel ağrı bozukluğu olanlarla normallerin karşılaştırmasından elde edildi. Cinsel ağrı bozukluğu olanlarda cinsel anatomi mit grubu onay ortalamasının (2,94±1,73) normallerden (1,17±1,27) anlamlı biçimde yüksek olduğu ($p<0,01$) bulundu.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Çalışmamızın sonuçları değerlendirildiğinde CİB olan grubun normallerle karşılaştırılması sonucunda CİB olanların normallerden anlamlı biçimde daha yaşlı ve daha çok çocuğa sahip olduğu; kendileri, eş, anne, baba ve partnerlerinin daha az eğitilmiş olduğu; ölçekler ile ölçülen depresyon, cinsel sorun, somatik anksiyete, psikik anksiyete ve genel anksiyete puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur.

CİB olan grupta çocuk sayısının fazla olması yaş ortalamasının büyük olması ile ilişkili olabilir. CİB olanlarda; eğitim yılı, partnerin eğitim yılı, anne eğitim yılı, baba eğitim yılının normallere göre küçük bulunması beklenen bir bulgudur. Cinsel eğitim yaşam boyu devam eden bir öğrenme sürecidir. Öğrenme aile içinde başlar. Öğretmen, akran grupları, danışmanlar, hekimler ve bu alanda çalışan sağlık profesyonelleri ve medya aracılığı ile devam eder (6). Bu açıdan, yanlış cinsel bilgilerin cinsel işlev bozukluğu ile ilişkili olması beklenen bir sonuçtur.

Daha önce yapılan çalışmalarda da cinsel işlev bozukluğu olanlarda, depresyon oranlarının yüksek olduğu bildirilmiştir. Ercan ve ark.(23) Sertleşme bozukluğu olan 26 olgu ile eşlerini ve depresyon tanısı konan benzer sosyodemografik özellikteki 11 kadın ve 11 erkeği değerlendirdikleri çalışmalarında sertleşme bozukluğu olanlar genel anlamda nevrotik özellikler ve spesifik sorunlarının dışında, cinsel doyumsuzluk yönünden depresif erkeklerle benzer bulunmuştur. Bizim çalışmamızda da 68 erektil bozukluğu bulunan erkek olgunun yanı sıra diğer CİB tiplerindeki olgular kontrol grubuyla karşılaştırılmıştır. CİB bulunan grupta HAM-D, HAM-D 14. madde puanları ortalamaları kontrol grubuna göre anlamlı biçimde büyük bulunmuştur. Sertleşme bozukluğu olan hastalar; cinsellikle ilgili beden algıları depresiflere göre olumsuz, kendilerinden hoşnut olmayan karamsar, somatizasyona eğilimli, yetersiz ve güvensiz hisseden, onaylanma

gereksinimi duyan kişilerdir. Bu gereksinimleri karşılanmadığında kızgınlıklarını uygun biçimde ifade edemeyip kendilerini ve eşlerini farklı şekillerde cezalandırabilirler. Bu hastaların eşleri ise savunucu özellikler göstermekte ve sorun kaynağının kendilerinden bağımsız olduğunu düşünmektedirler. Bu verilerle sertleşme bozukluğu olan hastaların eşleriyle birlikte değerlendirilmesi ve tedavilerinin eşleriyle birlikte yürütülmesinin uygun olacağı kanaatine varılmıştır. Diğer taraftan psikolojik sorunların ve psikiyatrik bozuklukların da cinsel işlevselliği etkilediği bilinmektedir. Özellikle depresif bozukluklarda, isteksizlik ve haz alamayışın bir parçası olarak cinsel işlev alanı da etkilenmektedir (24,25). Depresif erkek grubu sertleşme sorunu olan hasta grubuna göre daha hoşnutsuz, egosentrik, narsistik, kaygılı, karamsar, çevreye ilgisi azalmış, engellenme eşiği düşük, onay ve destek gereksinimi olan, içgörüsü zayıf, daha yoğun fiziksel yakınmaları bulunan kişilerdir. Ayrıca daha belirgin güvensizlik, yetersizlik, suçluluk duyguları olan, sosyal ilişkileri zayıf ve içe dönük kişilerdir (26,27,28). Bununla birlikte sertleşme sorununun depresif kişilik özelliklerine bağlı olarak gelişen bir durum mu olduğunu, yoksa sertleşme sorunu yaşadıkdan sonra depresif belirtilerin mi tabloya eklendiğini ayırt etmek güçtür. Karataş'ın (25) depresif hastalarla yaptığı çalışmada, sertleşme sorunu olan hastaların %60,4'ünde aynı zamanda azalmış cinsel istek yakınması olduğu belirtilmiştir. Erkeklerde erektil bozukluk, sınıflandırmada bir cinsel uyarılma bozukluğu olarak tanımlanmasına karşın, bir cinsel ilgi ya da istek azlığının sonucu olarak ortaya çıkabileceği unutulmamalıdır. Bozkurt (24) psikojen impotanslar ile prematür ejakülasyon ve organik impotans grubunun Beck Depresyon Envanteri puanlarını karşılaştırdığında psikojen impotans grubunun diğer iki gruba göre anlamlı derecede yüksek puan aldığını belirtmiştir. Araştırmalar beden algısının, fiziksel ve cinsel çekicilik, cinsel aktivite, cinsel davranış sıklığı, cinsel kaçınma davranışı ve depresyon ile negatif yönde ilişkili bulunduğunu göstermektedir (29,30). Derogatis çalışmasında CİB olanların beden imgelerinin normallere göre daha olumsuz olduğunu belirtmiştir(31). Çalışmamızın birincil amacı CİB olan grupla normallerin karşılaştırması olmadığı için cinsiyet gruplarının

kendi içinde karşılaştırması yapılmamıştır. Ancak depresif belirti şiddetinin CİB olanlarda yüksek olmasının literatürle uyumlu bir sonuç olduğunu söyleyebiliriz.

Çalışmamızın sonucunda CİB bulunan grupta, Ham-A toplam puanı, HAM-A somatik ve psişik alt ölçek puanları ortalamaları kontrol grubuna göre anlamlı biçimde büyük bulunmuştur. CİB olan hastalarda anksiyete şiddetinin genel popülasyondaki “normâl değerlerden” yüksek olması anksiyete düzeyinin önemsenmesi gerektiğini göstermektedir.

Taştan ve ark.(32) CİB tanısı olan; 21 (%46,7) cinsel uyarılma bozukluğu (erektil disfonksiyon), 4(%8,9) orgazmla ilgili bozukluk (prematür ejakülasyon), 20 (%44,4) birden fazla cinsel işlev bozukluğu tanısı konulan 45 erkek hastanın sosyodemografik veri ve anksiyetesinin incelendiği çalışmasında cinsel sorunun şiddetinin durumluk anksiyeteyi, olumsuz faktörlerin ise sürekli anksiyeteyi etkilediği saptamışlardır. Sürekli anksiyete ortalamasının durumluk anksiyete ortalamasından daha yüksek olması da dikkat çekici bulunmuştur. Sürekli anksiyetenin şiddetli yaşanması ilerde karşılaşılabilecek yaşam olaylarında yaşanacak durumluk anksiyete derecesinin şiddetini ve sıklığını belirleyebileceği yönünde değerlendirilmiştir. Anksiyete, CİB ‘da genelde en sık görülen etiyolojik faktör olup kaynak ne olursa olsun cinsel yanıtı eşlik eden haz hissini engeller (33,34). Erkeklerde görülen psişik kaynaklı cinsel işlev bozukluklarının çoğunluğu fobik bir özellik taşır. Bu bozukluklar korkunun “kendi kendini güçlendiren düzeneği” ile süreklilik kazanırlar (33,34,35). Bozulmuş cinsel davranışta karşılıklı yaklaşma sonucunda erotizm gelişebilir. Ancak, meslekî veya kişisel kaygılar veya rahatsızlık verici başka olaylar gibi herhangi bir nedenle, bunu izlemesi gereken uyarılma kesintiye uğrar ve cinsel etkinlik oluşmaz (36,37,38). Cinsel davranış hoş olmayan bir biçimde, çoğunlukla hayâl kırıklığı ve gerginlikle, yâni olumsuz bir yaşantı ile son bulur. Anksiyete cinsel uyarılmanın fizyolojik antagonisti olduğundan, yinelenen cinsel deneyimlerde aynı olumsuz duyguların yaşanacağı korkusu

ile uyarılma oluşmaz. Böylece bir kısır döngü ortaya çıkar ve performans anksiyetesi cinsel işlev bozukluğunun sürmesine neden olur. Partnerin de hayâl kırıklığına uğraması hastanın performans anksiyetesini artırır. Sıkıntı verici bu durumdan kurtulmak için hasta cinsellikten kaçınabilir. Bunun sonucunda ise çoğunlukla bir başka çatışmaya düşer. Kaçınma davranışı kendisine rahatlama sağlarken, partneri tarafından belki de “artık istenmediği” şeklinde yorumlanmaktadır. Böylece eşler arası çatışmalar başlar ve performans anksiyetesi giderek kuvvetlenir. Bu fobik kısır döngü, diğer etiyolojik etkenlerden bağımsız olarak bütün CİB etiyolojisinde yer alır. Fakat kişilik özelliklerine bağlı olarak bireyler üzerinde değişik derecelerde etkili olur (33, 34, 35, 37, 38). Barlow’un (38) CİB’nun sebeplerini gözden geçirdiği makalesinde hem kadın hem erkek cinsel işlev bozukluklarının gelişiminde ve devamında anksiyetenin belirgin rol oynadığı vurgulanmıştır. CİB olanların anksiyeteleri yaygınlaşmış anksiyeteden performans anksiyetesine kadar değişiklik gösterebilir. Krause ve ark.(39) CİB olan 25 erkek hastayı çok eksenli sisteme göre değerlendirerek 11 hastanın psikopatolojik bozukluğu olduğunu, bunlar arasında genel anksiyete, major depresyon ve obsesif-kompulsif kişiliğin yaygın olarak görüldüğünü bulmuşlardır. Cinsel işlev bozukluğunun sebepleri araştırıldığında bozukluğun gelişmesinde ve sürmesinde anksiyetenin önemli rol oynadığı bildirilmiştir (36,38,40). Cinsel işlev bozukluklarında sıkça görülen performans anksiyetesi ve yetersizlik duygusu, gidişi ve tedaviyi olumsuz yönde etkiler. CİB olanlarda anksiyete düzeyleri daha önce yapılan normatif değerlendirme sonuçlarında bulunan ortalama değerlerden daha yüksektir (41,42,43). Yine çalışmamızın birincil amacı olmadığından CİB olanlarda anksiyete belirtilerinin hangi alt gruplarda yoğunlaştığı araştırılmamıştır. Ayrıca CİB olanlarda anksiyete bozukluğu tipleri de araştırılmamıştır. Yine de elde edilen bulgular, yukarıda sözü edilen genel bilgi ile uyumludur.

Uğuz ve ark.’nın (44) çalışmasında, CİB tanısı konulmuş 40 erkek hastanın, psikiyatrik ek tanı oranı ve BDÖ ve STAI-STAI1 puanları normalden yüksek bulunmuştur. Bu veriler çalışmamızda alınan sonuçları desteklemektedir.

Ancak bu verilerin çoğunun erkek popülasyondan kaynak alması dikkat çekicidir. Bizim çalışmamızda ise hem kadın hem erkeklerde anksiyete ve depresyon düzeyi normallere oranla yüksek bulunmuştur. Literatürde herhangi bir veri olmamasına karşın, anksiyete ve depresyon düzeyi yüksek olan CİB hastalarının sağlık kuruluşlarına daha sık başvuruyor olabileceği de düşünülebilir.

Psikopatolojiye cinsel yaşam sorunlarının sıklıkla eşlik edebileceği ve ilaçların cinsel disfonksiyona neden olabilecekleri ile ilgili son yıllarda artan araştırmalara rağmen; major psikiyatrik bozukluklardan etkilenen hastaların cinsel davranışları konusunda yapılan çalışmaların alanı çok boştur. Benzer şekilde sistemik hastalığı bulunan hastaların cinsel işlev bozuklukları araştırılmamıştır. Ülkemizde yapılan çalışmalara bakıldığında; 100 diabetes mellituslu hastanın depresyon ve CİB ilişkisinin araştırıldığı çalışmada diabetik erkeklerin diabetik kadınlara göre daha yüksek oranda cinsel sorunu olduğu görülmüştür. CİB olan grupta CİB olmayan gruba göre hem depresyon sıklığının hem de şiddetinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (45). Çalışmamızda benzer şekilde CİB olanlarda kontrol grubuna göre sistemik hastalık birlikteliği belirgin olarak yüksek bulundu. Ayrıca elde ettiğimiz verilere göre, psikiyatrik hastalık öykü varlığının da CİB bulunan grupta normallere göre daha fazla olduğu görüldü.

Birçok hastalık ya da hastalığın yarattığı durum veya tedavi biçimlerine karşı gelişen psikolojik reaksiyonlar cinsel işlev bozukluğuna neden olabilmektedir. Öte yandan kronik hastalıkların yol açtığı yorgunluk ve halsizlik cinsel isteksizliğe neden olabilmektedir. Yaşamı tehdit eden hastalıklarda ölüm kaygısı cinsel ilgiyi ortadan kaldırabilmektedir (14,46,47). Bu nedenlerin tümü çalışmamızdan alınan sonucu açıklayabilir. Ancak çalışmamızda CİB olan grubun sistemik hastalıklarının detaylı analizi olmadığından kesin bir neden sonuç ilişkisi kurulması zordur.

CİB bulunanların yetiştikleri yer normallerle karşılaştırıldığında; CİB bulunanların il dışı, normallerinse ağırlıklı olarak ilde yetiştikleri tespit

edilmiştir. Bu veri, CİB olanların eğitim düzeylerinin normallerden daha düşük olduğu bulgusu ile ilişkili gibi görünmektedir. Aralarında bire bir bağlantı olduğu yönünde somut kanıt olmamasına karşın, CİB olanların yetiştiği yerdeki (ağırlıklı olarak il dışı) eğitim koşullarının normallerin yetişme yerlerinden (ağırlıklı olarak il) daha kötü olduğu kabul edilebilir. Ayrıca CİB olanların hastaneye başvuranlar arasından seçilmiş olması, normallerin ise çalışmanın yürütüldüğü merkez ve çevresinde oturuyor olmaları bu dağılım farkının bir diğer açıklaması olabilir.

Oturdukları yer karşılaştırıldığında CİB bulunanların ilçe dağılımının normallerden daha fazla il ve köy dağılımının daha az olduğu görülmüştür. Bu verinin eğitim düzeyi ile bağlantılandırılması güçtür. Ancak çalışmamıza alınan CİB grubunun rastlantısal olarak ağırlıklı ilçelerden başvurmuş olması; normallerin ise çalışmanın yürütüldüğü yer olan il sınırları içinde yaşıyor olması durumu açıklayabilir. Özetle her iki veri de çalışma toplumunun seçim biçimine bağlı olması olasılığı vardır.

Çalışmamız sonucunda CİB olan grupla normaller karşılaştırıldığında korunma yöntemi dağılımları açısından farklılık bulundu. Deneklerde %46,6 (CİB olanlarda %58,9, normallerde %34,3) korunma yöntemi yoktu. Araştırma sonuçları Türk toplumunun dörtte birinin (%24) herhangi bir korunma yöntemi kullanmadığını göstermektedir. Çalışmamızda çıkan oranın toplumda görülenden yüksek olması, çalışma toplumundaki menopoza olan deneklerin oranına (%22,5) bağlı olabilir. Menopozlu denekler dışlandığında doğum kontrol yöntemi kullanmayanların oranı genel toplum oranına yaklaşmaktadır. CİB ve normallerin kullandıkları doğum kontrol yöntemi sıralaması yönünden farklılık görülmedi. Ancak normallerin prezervatif kullanımı (%31,8 - %12), geriçekme yöntemi (%19,2 - %10,9) CİB olanlara göre daha fazla, intrauterin araç kullanımı (%6,9 - %9,7), tubligasyon oranı (%3,3 - %4,7) daha azdı. Oral kontraseptif (normaller % 3,5 - CİB % 3,3) ve vazektomi (normaller % 1,2 - CİB %0,4) her iki grupta da en az kullanılan doğum kontrol yöntemleriydi. Doğum kontrol yöntemlerinin kullanılma oranları, bilinme ve tanınma oranına göre daha

düşük olmakla birlikte CETAD (Cinsel Eğitim Tedavi Araştırma Derneği) araştırması kapsamında bilgi düzeyinin, farkındalığın ve uygulamanın en yüksek olduğu cinsel sağlık ve cinsel yaşam bağlantılı konu doğum kontrol yöntemi olmuştur (9).

CİB grubu normallerle karşılaştırıldığında görücü usulü evlenme biçiminin anlamlı biçimde yüksek olduğu bulundu. Yakınlık ve güven evliliğin en temel iki unsurudur. İnsanlar evlenirken nasıl bir evlilikleri olacağına ilişkin belli tasarıları ve hayalleri vardır. Bu hayal ve tasarılar iş bölümü, roller, yaşama tarzı, nelerin yapılıp yapılmayacağına ilişkin çeşitli ayrıntıları içerir. Evlendikleri zaman ikisi de birbirinde aradığını bulamamın hayal kırıklığı içinde kızgınlıklar ve kırgınlıklar gösterebilirler. Yaşadıkları çatışma cinsel yaşamlarına yansiyarak cinsel isteklerini ya da haz almalarını bozabilir. Görücü usulü evliliğin diğer evlilik biçimlerine oranla CİB riskini artırdığına dair somut bir kanıt yoktur. Ancak CİB olanlarda görücü usulü evlilik oranının yüksek olması CİB ortaya çıkışı etkileyen bir etmen olabileceğini düşündürmektedir.

Çalışmamızda ilk cinsel bilgi edinme biçimleri sorulduğunda en siktan en aza doğru; CİB olan grupta arkadaş, kitap-TV, bilgi edinmemiş, aile, okul, eş; normal grupta ise arkadaş, kitap-TV, okul, aile, bilgi edinmemiş, eş sonuçları elde edildi. Ülkemizde yaşanan cinsel sorunlara göz attığımızda, cinsel eğitimsizlikten kaynaklanan sorunların çok önemli bir yer tuttuğunu söyleyebiliriz. CETAD araştırmasında Türk toplumu cinsel sorunlarının kaynağı olarak %62 ile en yüksek oranda “eğitimsizlik ve bilgisizliği” görmektedir. Yine “toplumun cinselliğe yaklaşımı”, ”önyargılar/tabular”, “gelenek ve görenekler” şıklarını işaretleyenlerin toplam oranı %40'lara varmakta ve toplumun yaşadığı cinsel sorunların en önemli ikinci kaynağını oluşturmaktadırlar. Stres ve psikolojik nedenler ise üçüncü sırayı paylaşmaktadır. Yaşamın belli evrelerinde önemli ve doğal farklılıklar göstermekle birlikte, Türk toplumu için bilgi kaynakları belli alanlarda belirginleşmektedir. Çevre ve arkadaşlar çocukluk, ergenlik ve yetişkinlik

döneminde en önemli bilgi edinme yoludur. Çocuk cinsellikle ilişkili bir soru sorduğunda güvenilir bir yanıt verilmeden geçiştirilirse bu soruyu sormaması gerektiği yolunda bir kaniya sahip olabilir. Sorunun yanıtını informal bir kaynaktan (çoğu kez “sokaktan”) almaya çalışabilir. Bu durum sağlıklı cinsel bilgilerin doğru kabul edilmesi riskini artırır.

Yetişkinlik ve ergenlik dönemlerinde kişisel deneyimler ön plana çıkarken, çocukluk (9 yaşa kadar) ve ergenlikte (9-19 yaş arası) anne/babalarından bilgi kaynağı olarak yararlandıkları, yetişkinlikte (20 yaş ve üzeri) evli kadınlar için bu alanda eşlerin rehber olduğu gözlenmektedir. Daha alt sıralarda yer alan medyada bilgi edinme davranışı daha çok ergenlik ve yetişkinlik dönemlerinde söz konusu olmaktadır. Formel bilgi kaynakları diyebileceğimiz uzman/doktor ve kitap gibi kaynaklar düşük oranlarda olmakla birlikte yetişkinlikte cinsel konular bilgi kaynağı olarak gündeme gelmektedir(9)

Ülkemizde yapılan diğer çalışmalarda da benzer sonuçlar görülmektedir. Uğuz ve ark.'nın (44) çalışmasında erkeklerin çoğunluğu cinsel bilgilerini pornografik yayın ve filmlerden edinirken kızlar bu bilgilerini büyük oranda arkadaşlarından edindiklerini ifade etmişlerdir. Polat ve ark. (48) tıp fakültesi 1. sınıf öğrencileri ile yaptıkları çalışmada öğrencilerin cinsellik hakkındaki önemli bilgi kaynaklarını televizyon – video-bilgisayar (%57,4), gazete-dergi (%55,4) ve kitaplar (%35,6) olarak bildirmişlerdir. Güleç ve ark. (49) tıp fakültesi 1. ve 6. sınıf öğrencilerinde yaptıkları araştırmada; tüm öğrencilerin %39,06'sı aile içinde cinselliğin asla konuşulmadığını, %53,65'i bazen biraz konuşulduğunu, %6,25'i her zaman konuşulduğunu bildirmiştir. Tüm öğrenciler %47,92'si cinsellik hakkındaki bilgilerinin ana kaynağı olarak arkadaşlarını, %24,48 'i kitapları, %10,94'ü aile üyelerini, %8,85'i okulu, %7,81'i ise diğer kaynakları göstermiştir.

Bu veriler aynı zamanda eğitim sürecinin cinsel bilgi gereksinimini karşılamaktan uzak olduğunu da göstermektedir. Ülkemizde cinsel bilgisizlik,

eğitim düzeyinden bağımsız olarak yaygındır. Toplumda cinsel sorunlar, cinsel işlev bozukluğu olgularından çok daha yaygındır. Bunun en önemli nedeni cinsel bilgi eksikliği, yanlış bilgilendirme ve yanlış inançlardır (12).

Çalışmamızın sonucunda CİB tanısı almış olan grubun normal kontrol grubuna göre cinsel bilgisini yeterli bulma oranının düşük olduğu bulunmuştur.

CETAD araştırmasında Türk toplumunun cinsellik konusundaki bilgi düzeyi değerlendirilirken görüşülen kişilerin yarısından fazlası toplumun bu konuda hiç bilgili olmadığını ifade etmiştir. Topluma ilişkin irdelemeyi takiben bu kez de kişilere cinsellik konusunda kendi bilgileri sorulmuştur. Bulgular iki açıdan çok ilginçtir. Görüşülen kişiler içinde yaşadıkları toplumu cinsellik konusunda bilgisiz değerlendirirken kendilerini bu toplumdaki daha bilgili değerlendirmişlerdir. Sonuçlar erkeklerin değerlendirmelerinde daha çarpıcıdır (9).

Hürriyet ve TNS Piar şirketi işbirliğiyle yapılan cinsellik araştırması, Türkiye’de her 10 kişiden 9’unun cinsel eğitim almadığını ortaya koymuştur. Okur yazar olmayan erkekler arasında cinsel organlarını sayamayanların oranı %32 bulunmuştur. Aynı kesimdeki kadınların %68’i ilk menstruasyonunda, hiçbir fikre sahip olmadığını, kadınların yarısı orgazmın anlamını bilmediğini ifade etmişlerdir. Ancak CETAD’ın araştırmasına benzer şekilde “ cinsellikle ilgili konularda bilgiliyim” diyen erkeklerin oranı %74, kadınların oranıysa %58 tespit edilmiştir. ocuğuna cinsel eğitim verme konusunda “hiçbir şey yapmadığını” söyleyen kadınların %69,1, erkeklerin oranı ise %76,1, genelde yüzde %72 saptanmıştır (50).

Cinsel bir sorun nedeni ile hekime başvuruda bulunmayan poplasyonlar üzerinde de cinsel mitlerin tarandığı çalışmalar bulunmaktadır. Bu çalışmaların sonucunda da cinsel mitler oldukça yaygın olarak tespit edilmiş olup, cinsel deneyimin cinsel mitler üzerine çok az etkisi olduğu, çoğu mitin

aktif cinsel yaşama rağmen devam ettiği saptanmıştır (51,52). Bu durumda toplumumuzda doğru cinsel bilgilerin verildiği kaynaklara ihtiyaç vardır. Nüfusumuzun yaklaşık üçte birinin 24 yaş altında olduğu ve bunların 14 milyon gibi büyük çoğunluğunun örgün eğitime devam ettiği göz önüne alınırsa (53), doğru ve sağlıklı cinsel bilgilendirme için en uygun yerin okullar olduğu anlaşılmaktadır.

Yaşan ve ark.'nın (51) çalışmasında en fazla bilgi edinme kaynağı kitap-TV, ilk cinsel bilgi kaynağı en az okul bulunmuştur. Cinsel deneyim az da olsa mitler üzerinde olumlu etki yaratırken çoğu mit aktif cinsel yaşama rağmen devam etmiştir. TV ve kitaplar doğru bilgilere erişmenin kaynağı olduğunda cinsel mitlerin sönmesinde olumlu etki yapabilecek iken, yanlış uygulamalar sonucunda mitlerin pekişmesine de neden olabilirler.

Normallerle karşılaştırıldığında; CİB olan grupta 2, 5, 9, 13, 14, 15, 17,18, 19, 20, 22, 23, 24, 29, 32, 33, 34, 36, 37, 39, 40, 42 nolu mitlerin doğrulanma oranlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Gruplar arasında anlamlı fark olmamasına karşın en fazla onaylanan mit CİB olan ve olmayan her iki grupta da (sırasıyla %83,8, %79,8) "Eşler birbirlerini sevdikleri takdirde sevişmekten nasıl zevk alacaklarını da bilirler" oldu. Bu yanlış inanış sayesinde, sevişmekten yeterince zevk alamayan ya da veremeyen birçok kadın ve erkek hem kendilerinin eşlerini yeterince sevmediklerinden hem de eşlerinin kendilerini yeterince sevmediğinden kuşkulanmaktadırlar. Oysa sevgi cinsel ilişki için iyi bir zemin olmakla birlikte yeterli değildir. Çiftler her iki partnere de haz veren bir cinsel birlikteliğin nasıl gerçekleşeceğini birbirlerinden öğrenirler. Bu cinsel mit çiftleri baskı altına almanın ötesinde öğrenmeyi çabalarını yavaşlatabilir.

Sırasıyla en fazla onaylanan diğer mitler; CİB olan grupta " Sevişme ancak çift aynı anda orgazm olabilirse güzeldir ", " Her erkek her kadına nasıl zevk vereceğini bilmelidir "; kontrol grubunda ise " Cinsel ilişki sırasında eşler içgüdüsel olarak diğerinin ne istediğini ne düşündüğünü bilirler ", " Sevişme

ancak çift aynı anda orgazm olabilirse güzeldir“ mitleri oldu. Karşılaştırıldığında CİB olan grupta normallere göre “ Sevişme ancak çift aynı anda orgazm olabilirse güzeldir “ mitinin istatistiksel olarak anlamlı biçimde daha fazla onaylandığı bulundu. Bu inanış çiftleri birlikte orgazm olmadıklarında eksiklik duygularına sevk etmektedir. Kadın ve erkek fizyolojisindeki bazı farklarla bu mit gelişmektedir. Örneğin genelde erkeğin kadına oranla daha çabuk uyarılması, cinsel birleşme ile kadınların orgazm olamamasının anorgazmi sayılmaması, kadında orgazm için en duyarlı bölgenin klitoris olması gibi. Ayrıca kadın ve erkeğin orgazm sorununun olması, çiftin henüz ahenkli bir ilişki sağlayacak deneyimde olmaması, gebelikten korunma kaygısının olması gibi etmenler düşünüldüğünde çiftin aynı anda orgazm olması zordur. Böyle ideal bir beklenti, her iki tarafta performans endişesi yaratır, bu da orgazm taklitlerine, yetersizlik duygularına ve evlilik sorunlarına yol açabilir (12,54).

CİB olanlar ve normallerde en fazla onaylanan mitler cinsel ilişki sırasındaki davranışla ilgili olan mitler grubunda görülmüştür. CİB olan grupta kontrol grubuna göre mit alt gruplarından; cinsel ilişki sırasındaki davranış, cinsel işlevlerle ilgili ve cinsel anatomiyle ilgili mit alt gruplarının toplam doğrulanma sayıları daha yüksek bulunmuştur.

En az onaylanan mit CİB olan grupta %12,8, normallerde %4,1 ile “ erkek cinsel organı (penis) kadın cinsel organının (vajina) içine alamayacağı kadar büyüktür” mitiydi ve istatistiksel olarak gruplar arası fark anlamlı bulunmuştur. CİB olan grupta “erkeğin eşi masum ve kutsaldır, daha doyurucu ve tatmin edici seks daha çok fahişelerle yapılmalıdır”, “erkekler duygularını belli etmemelidirler“, kontrol grubunda “seksi erkek yönetir, kadının seksini başlatması ahlaksızlıktır“ ve “penisin vajinaya girişinde mutlaka çok ağrı olur”, mitleri sırasıyla en az onaylanan mitler olmuştur.

Çalışmamızın sonuçlarıyla benzer şekilde Üçok ve ark. (55) çeşitli cinsel işlev bozuklukları nedeniyle başvuran toplam 33 erkeği, CİB olmayan yine

33 kişilik kontrol grubuyla karşılaştırdığı çalışmada, mitlere inanma derecesi CİB grubunda kontrol grubuna göre istatistiksel olarak yüksek bulunmuştur. Toplumumuzda bu tür inanışların yaygınlığı söz konusuysen kadınlar arasında cinsel inanış ve yaşantıları sorgulayan çalışma çok azdır. Motovalli ve ark. (14) çalışmalarında her biri 30 kişiden oluşan, I. grup cinsel işlev bozukluğu yakınmasıyla başvuran(20 vajinismus, 6 cinsel isteksizlik, 4 anorgazmi), II. grup normal popülasyondan seçilmiş ve yaş eğitim, çalışma durumu açısından diğer iki gruba eş özellikler taşıyan, III. grup nörotik şikayetlerle gelen cinsel sorunla başvurmeyen evli kadınlarda 18 maddelik cinsel mitler skalası (6) ve Shover'in cinsel öykü formu (56) uygulamış cinsel mitlere inanç açısından karşılaştırmışlardır. Bizim elde ettiğimiz sonuçlarla benzer şekilde; "sevişme ancak iki tarafın birlikte orgazm olması ile güzeldir" ifadesi her üç grupta yüksek puan almıştır. Bu durum istenene özlemden kaynaklanabileceği gibi, TV'nin cinsel bilgi kaynağı olarak kullanıldığında yanlış uygulamalar sonucunda mitlerin pekişmesindeki etkisi sonucunda da olabilir. Kang, Kore'deki ergenlerin problemleri ile ilgili bir makalesinde cinselliğin abartılı teşhiri ile ergenlerin olumsuz yönde etkilendiğini bunun cinsel yaşamlarında yansımalarının görülebileceğini bildirmiştir (57). Aynı çalışmada benzer şekilde cinsel davranışla ilgili bir mit olan "sevişme her zaman doğal ve kendiliğinden olmalıdır. Sevişme hakkında konuşmak ve düşünmek onu bozar" ifadesi izlemiştir. Bizim çalışmamızdan farklı şekilde, cinsel sorun tanımlayan grupta cinsel mitlere inanma derecesi diğer iki gruba göre düşük bulunmuştur. Bu durum vajinismusta, mitlerin yaygın olduğu uyarılma ve orgazm sorununun bulunmamasına, uzun süre devam eden cinsel sorunun bu grupta "hep gündemde olmasına" ve eş ile iletişimin daha iyi olmasına bağlanmıştır. Vajinismus olgularında uyarılma ve orgazm sorunu genellikle bulunmamaktadır. Sevişmenin erkeğe olduğu kadar kadına da zevk verdiği inancı taşımaktadırlar (58,59). Ayrıca "Erkek her zaman seks ister ve sekse hazırdır" mitine inanma derecesi her üç grupta da yüksek bulunmuştur. Bizim çalışmamızda da aynı mit CİB olan ve kontrol grubunda sırasıyla % 50 ve %51,8 oranlarında onaylanmış, her iki grup arasında fark tespit edilmemiştir. Bu bulgu, erkeklerde başarısızlık

korkusuna yol açan en önemli mitlerden birinin kadınlar tarafından da paylaşıldığını göstermektedir. Bu paylaşım muhtemelen bu mitin etkisini yaygınlaştıran ve pekiştiren bir unsur olmaktadır (60). Bizim çalışmamız ile literatürdeki farklılığın, çalışmamızda tüm CİB gruplarının bir arada alınmış olması ve analizin her iki cinsiyeti de içermesinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Ayrıca çalışma örnekleminizin daha büyük olması da farklılık yaratan bir etmen olabilir.

Kayır ve ark.(3) sağlıklı ve tedavi başvurusu olmayan, tıp eğitimi görmekte olan, cinsellik ve cinsel işlev bozuklukları dersini almış 5. ve 6. sınıf öğrencilerinden seçilen 170 öğrenciye 18 maddelik "Cinsel mitler anketi" uygulamıştır. Cinsel mitlere onaylanma açısından baktığımızda, toplam grubun %52,5'i yani yarıdan fazlası, mitlere katıldıklarını belirtmişler ve cinsiyet açısından fark görülmemiştir. Ankette verilen mitler arasında bütün öğrenciler tarafından tümüyle yanlış olduğu kabul edilen hiçbir mit görülmemiştir. Yüksek eğitim seviyesine sahip, entelektüel yetkinliğini bir ölçüde göstermiş bir grupta bile, 18 mitin neredeyse yarıya yakın bir bölümünde, cinsler arasında onaylama açısından anlamlı farkların görülmesi, cinsel rollerin etkililiği açısından dikkat çekicidir. Benzer şekilde Uğuz ve ark (44) Tıp ve Eğitim Bilimleri Fakültelerinde eğitim gören yaşları 16-21 arasında değişen, 124 üniversite öğrencisinde 15 maddelik cinsel mitleri değerlendirme formu ve ergen cinsel bilgi formunu uygulamıştır. Tüm grupta cinsel mitleri onaylama oranı %42,6 olarak bulunmuştur. Evans (61) sağlık profesyonellerinin cinsel mitler ve korkuları ile hastalar üzerindeki etkilerini ele aldığı makalesinde, cinsellik ve cinsel sağlıkla ilişkili mitler ve korkuların etkili terapötik bir etkileşimde engeller oluşturduğunu belirtmiştir. Aynı yazar, mitlerin cinsel korkulara yol açtığını ve bu korkularla ancak mitler ve kökenleri belirlediği, yeniden yapılandırılıp bireyin bütünlük ve iyiliği üzerindeki olumsuz etkileri ortadan kaldırıldığı zaman başa çıkılabileceğini vurgulamıştır.

Saygın ve arkadaşları (52) sağlık çalışanları arasında yapılan 51 maddeden

oluşan cinsel mit ölçeğinin kullanıldığı çalışmaları; cinsel mitlerin onaylanma oranını %2,4 -76,8 tespit etmişlerdir. Bizim çalışmamızda da onay oranlarının CİB olan grupta %12,8 - 83,8, kontrol grubunda %4,1 – 79,8 arasında değiştiği saptanmıştır. Bizdeki oranların alt sınırının görece yüksek oluşu çalışma toplumumuzun eğitim açısından homojen olmamasına bağlı olduğu düşünülebilir. Çalışma grubumuzun tek bir eğitim düzeyindeki deneklerden oluşmaması, verilerin genel toplumu daha iyi yansıttığını düşündürmektedir.

Aslan ve ark.(62) cinsel işlev bozukluğu olan, cinsel sorunları nedeniyle başvuran, DSM-IV'e göre cinsel işlev bozukluğu tanısı alan, 41 erkek hastayı, yaş ve eğitim düzeyleri benzer, cinsel sorunla başvurusu olmayan 35 erkekle karşılaştırmışlardır. Hastalara Cinsel Mitler Anketi ve Bern Cinsiyet Rolü Envanteri uygulanmış. Sonuçlar cinsel işlev bozukluğu olan erkeklerin kendilerini toplumsal cinsiyet rollerinde başarısız ve yetersiz gördüklerini desteklemektedir. Ayrıca cinsel işlev bozukluğu olmayan erkeklerde de cinsel mitlere inanmanın yüksek düzeylerde olması, toplumda cinsellikle ilgili bilgilerin eksikliği ya da yanlışlığı ile yorumlanmış bizim çalışmamızla da benzer bir sonuçtur.

Yaşan ve ark.(51) cinsel partneri olan 53 ve cinsel partneri olmayan 52 hemşireye uygulanan 16 maddelik cinsel mitler anketi sonucunda bütün cinsel mitleri onaylama oranının ortalama %60 tespit etmişlerdir. Literatürdeki diğer yayınlardan yüksek oranda gözlenmesi çalışmanın yapıldığı yörenin kapalı bir toplum olmasının getirdiği yanlış bilgi ve inanışların, cinsel bilgi edinme kaynaklarına bağlı olarak, nesilden nesile değişikliğe uğramadan aktarılması ihtimaline bağlanmıştır. Bizim çalışmamızda da bütün cinsel mitlerin onaylanma oranı CİB olan grupta %48.3, normallerde %41.9 bulunmuştur. En fazla kabul gören mit %89,5 “sevişmek ancak iki tarafın birlikte orgazm olması ile güzeldir” miti bizim çalışmamızda da en fazla onaylanan mitlerden olmuştur.

Yılmaz ve ark. (63) Konya il merkezinde yaşayan yaşları 18-60 yaş arası,

evli, rastgele seçilen 945 (470 kadın, 475 erkek) gönüllüde 17 maddelik cinsel mitler anketi ile yapılan çalışmada her iki cinsiyette en çok onaylanan cinsel mitleri “her erkek eşine nasıl zevk vereceğini bilmelidir” (%97,1), “Eğer çiftler birbirlerini seviyorlarsa seksten zevk almasını bilir” (%94,6), “seks ancak iki tarafın birlikte orgazm olması ile güzeldir” (%85,6), “İlişkiye giren bir çift içgüdüsel olarak karşısındakinin ne istediğini bilir”(%83,5) mitleri olmuştur. Bizim çalışmamızla karşılaştırıldığında sonuçlar benzerdir.

Özkardeş ve ark. (64) 118 hemşire ile 32 maddelik cinsel mit skalası uygulanarak yapılan çalışmalarının sonucunda çalışmamıza benzer şekilde en yaygın inanılan mitin “eşler birbirini sevdiği takdirde sevişmekten nasıl zevk alabileceklerini bilirler” olarak bulunduğunu belirtmişlerdir.

CETAD araştırmasına göre cinsellikle ilgili yaygın söylem ya da kanaatlerin değerlendirilmesi sonucunda; özellikle kadın ve erkekler arasındaki farklı beyanlar iki önemli tespiti beraberinde getirmektedir. Kadınlar yüksek oranda bilgisizdir. Bu yorum kadınlardan elde edilen sonuçlardaki yüksek “fikri yok/ bilmiyor” yanıt oranlarına dayanmaktadır. Erkekler ise yüksek oranda yanlış bilgilidir (9). Durum sadece ülkemize has değildir. Ülkemiz dışında da toplumumuzdakine benzer bazı abartılı ve yanlış inanışların olduğu bildirilmiştir (65).

Tek cinsel işlev bozukluğu olanlarla normallerin mit gruplarının toplam onay ortalamaları açısından karşılaştırılmasında; tek anlamlı fark cinsel ağrı bozukluğu (disparoni, vajinismus) olanlarla normaller arasında çıkmıştır. Cinsel ağrı bozukluğu olanlarda cinsel anatomiyle ilgili cinsel mitlerin toplam onay sayısı normallerden yüksek bulunmuştur. Yaşan ve ark.’nın (51) çalışmasında en fazla onaylanan mitlerden biri olan “kızlık zarı yırtılınca acı verir” miti %78,9, bizim çalışmamızda CİB olan grupta %66,5, normallerde %51,4 bulunmuştur ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Cinsel anatomiyle ilgili mitlerden olan bu mitin onaylanma oranı tek CİB bulunanlarda değerlendirildiğinde ise cinsel ağrı bozukluğu bulunanlarda

normallere göre daha fazla onaylanmıştır. Birçok vajinismuslu kadın penisin vajinaya giremeyeceğine ilişkin neredeyse delüzyonel bir inanca sahiptir. Ülkemizde cinsel tedavi birimlerine başvuran kadınların yaklaşık % 50'si vajinismus nedeniyle başvurmaktadır. Geleneksel aile yapılarının korunduğu, kızlık zarının kadının namusu olarak görüldüğü ülkemizde vajinismus batılı toplumlara göre çok yüksek oranda görülmektedir. Batı ülkelerinde bu oran %10 civarındadır. CETAD tarafından Türkiye'de cinsel sorunları saptamak amacıyla yapılan toplumsal bir taramanın sonucu; ilk cinsel ilişkide zorluk yaşayan kadınların dikkat çekecek oranda fazla olduğuna işaret etmiştir. Birleşmede ağrı ve zorluk tanımlayan kısmi vajinismusların genellikle yardım aramadıkları da göz önünde bulundurulmalıdır. Cinsel birleşme yaşamış 508 kadına sorulan “ilk cinsel birleşmeniz ya da birleşme denemeniz sırasında korku, kasılma, acı hissi ya da kaçınma davranışınız nedeniyle cinsel birleşmenin gerçekleşmediği oldu mu?” sorusunu kadınların %54'ü “evet” olarak yanıtlamışlardır. Kentte yaşayan kadınlarda bu oran %51,2 iken, kırsal alanda yaşayan kadınlarda %60,8 bulunmuştur. Eğitim durumu düştükçe bu sorunu yaşayan kadınların oranında artma olduğu tespit edilmiştir. “Zaman zaman hala bu durumu yaşadığınız oluyor mu?” sorusunu ise bu kadınların % 17'si "evet" olarak yanıtlamışlardır. Bu sorulara evet yanıtı veren tüm kadınlar vajinismuslu olmasalar bile vajinismus görülme sıklığının ülkemizde çok yüksek olduğunu söyleyebiliriz. Cinsellik konusunda yerleşmiş yanlış inanışların ve tabuların vajinismus gelişiminde en önemli rolü oynadığı düşünülmektedir. Cinselliği merak etmenin ahlaksızlık, suç, günah sayıldığı, kadınların kendi cinsel organlarını bile tanımadıkları toplumlarda bireyler de cinsel bilgilenme için talepkar olmamaktadırlar. (14)

Çalışmamızın sonucunda cinsel ağrı bozukluğu bulunan denekler cinsel anatomiyle ilgili; “kızlık zarı yırtılınca acı verir”, “erkek cinsel organı (penis) kadın cinsel organının (vajina) içine alamayacağı kadar büyüktür”, “ penisin vajinaya girişinde mutlaka çok ağrı olur”, “penisin vajina içine ilk girişinde aşırı kanama olur”, “cinsel organın görünümü tiksindiricidir”, “erkek cinsel

organının ebatları cinsel açıdan önemlidir” mitlerini kontrol grubuna göre daha fazla onaylamışlardır. Literatürde konuyla ilgili kontrollü çalışma bulunmamaktadır. Bu nedenle elde ettiğimiz sonuçlar kanıta dayalı olması açısından önemlidir. Diğer CİB türleri ile normaller arasında cinsel mit gruplarının doğrulanma oranları arasında ilişki olmaması bu CİB türlerinin gelişiminde mitlerin ötesinde başka etmenlerin daha ağırlıkla bulunabileceğini düşündürmektedir. Ağrı bozukluğu olanlarda cinsel anatomi ile ilişkili mitlerin normallerden anlamlı biçimde daha fazla onaylanmış olması, bu işlev bozukluğuna sahip bireylerin cinsel anatomi konusundaki yanlış inanışlarının ayırıcı özellik olduğunu düşündürmektedir. Bu veri, ağrı bozukluğu olanlarda başka etmenlerin etkisiz olduğunu göstermez. Ancak ağrı bozukluğu tedavisi, belki de koruyucu tedavisinde cinsel anatomi ile ilgili bilgilendirmenin önemli olabileceğini destekleyen bir veri olarak kabul edilebilir.

Çalışmamızın sonucunda “eşcinsellik psikiyatrik bir hastalıktır tedavi edilmelidir” miti CİB olan grupta %50,6, normallerde %44,6 ve benzer şekilde “cinsel yönelim istemli bir seçimdir, değiştirilebilir” miti CİB olan grupta %41,6, normallerde %35 bulunmuştur. CİB olan grupla normaller arasında anlamlı fark saptanmamıştır. CETAD’ın araştırmasında da Türkiye'nin çeşitli yerlerindeki 1537 kişiden yüzde 25'inin "eşcinsellik bir akıl hastalığı çeşididir" mitini tamamen doğru onayladığı görülmüştür. Bu konuda kadınların erkeklerden biraz daha toleranslı olduğu bulunmuştur (kadınlar %16,4, erkekler %33). Eşcinsellik bir akıl hastalığı çeşidi değildir diyen kadın ve erkekler aynı orandadır ve her dört kişiden biri kesinlikle hastalık değildir diye yanıt vermiştir. Saygın ve ark. 'nın (52) çalışmasında da eşcinsellik miti %69,1, %5,4 oranlarında onaylanmıştır. Eşcinsellik bugün kullanılan hiçbir ruhsal hastalık sınıflamasında hastalık olarak yer almamaktadır.

Cinsel sorunları tek bir nedenle açıklamak güçtür. Daha çok soruna katkısı olan etmenlerden söz edilmektedir (6). Batılı kaynaklar cinsel sorunların evrensel olduğunu varsaymış, ancak son bilgiler cinsel sorunların, kaynağı, ortaya konusu ile ilgili, kültürel faktörlerin (sosyal tutumlar, dini inanışlar,

sosyal normlar, geleneksel davranışlar ve inanışlar) önemini gündeme getirmiştir (66). Zilbergeld toplumların kültürlerine ek olarak, cinse özel cinsel kültürden söz etmekte ve toplumda cinsellikle ilgili yerleşik mitlerin (yanlış abartılı inanışlar) cinsel işlev bozukluğunun oluşumunda ve devamında çok önemli bir yeri olduğunu belirtmiştir. Zilbergeld tarafından ortaya konan mitler diğer yazarlarca da ilgi görmüş, genişletilmiş ve yaygın olarak her iki cinste de kullanılmaya başlanmıştır (8,67,68). Bu mitlerin değiştirilmesi kişilerin cinsel sorunlarının çözümüne katkıda bulunabilir (69). Hawton cinsel işlev bozukluğuna neden olabilecek etmenleri hazırlayıcı (tutucu, kısıtlayıcı yetiştirme tarzı, cinsel eğitimsizlik, cinsel travmalar), başlatıcı (sadaqatsızlık, çocuk doğumu, aşırı beklentiler, eşle ilgili sorunlar vs.) ve sürdürücü etmenler (performans anksiyetesi, yakınlık korkusu, iletişim sorunları gibi) olmak üzere üçe ayırarak incelemiştir (6). Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Polikliniğine başvuran cinsel işlev bozukluğu tanısı konulmuş 40 erkek hastaya uygulanan cinsel mitleri değerlendirme formu sonucunda tüm mitlerin onaylanma oranları %64,85 olarak belirlenmiş. Sonuçta cinsel işlev bozukluklarına yol açabilecek etmenlerin kaynaklarla uyumlu olduğu, ayrılıkların daha çok kültürel etmenlerden (sünnet, adak, görücü usulü evlilik, ilk deneyimi genelevde yaşama, ana-baba tutumu, cinsel eğitimin aileden hiç alınmaması gibi) kaynaklanabileceği düşünülmüştür (44).

Cinsel istek bozukluğu olanlarda kombine CİB bulunanlara benzer şekilde ; yaş, çocuk sayısı, HAM-D, HAM-D 14 skoru, HAM-A, HAM-A psikişik ve somatik alt puan ortalamaları, görücü usulü evlenme oranı, sistemik hastalık varlığı oranı, psikiyatrik hastalık varlığı oranı normallerden yüksek bulunmuştur.

Cinsel uyarılma bozukluğu olanlarda yaş, erkek oranı, HAM-A toplam puanı ve HAM-A somatik puan ortalaması, görücü usulü evlenme oranı, sistemik hastalık varlığı oranı normallerden yüksek partnerin eğitim yılı ortalaması ise normallerden düşük saptanmıştır.

Orgazm bozukluğu olanlarda normallere göre; çocuk sayısı HAM-D toplam, HAM-D 14, HAM-A toplam ve HAM-A somatik-psişik puan ortalamaları, cinsel bilgisini yeterli bulma, sistemik hastalık varlığı ve psikiyatrik hastalık öyküsü bulunma oranları yüksek, partner ve baba eğitim yılı düşük bulunmuştur.

Cinsel ağrı bozukluğu olanlarda HAM-D, HAM-D 14, Ham-A, HAM-A somatik ve psişik puan ortalamaları yüksek, cinsel bilgisini yeterli bulma oranı ise düşük tespit edilmiştir.

Diğer CİB tiplerinden farklı olarak cinsel ağrı bozukluğu olanlarda normallere göre kadın cinsiyetinin daha fazla, yaşlarının küçük ve çocuk sayısının az olduğu görülmüştür. Sonuçların bu şekilde çıkmasında vajinismus hastalarının tamamlanmamış evliliklerinin etkili olduğu düşünülmüştür.

Özetle çalışmamızda, tek CİB olan grupla normalleri birbirinden ayıran birden fazla özellik saptanmıştır. Bu durum literatürde de bildirildiği gibi cinsel işlev bozukluğunun çok etmenli bir durum olduğunu destekler niteliktedir.

Cinsel işlev bozukluklarında etkili bir tedavi seçeneği olan bilişsel-davranışçı modele göre bu tür bozukluklar öğrenilmiş uyumsuz davranışlardır. Cinsel bilgisizlik veya yanlış bilgilenme, hatalı bilişsel şemaların oluşumuna yol açar; bunlar ise aşırı kaygı, suçluluk duyguları, gerçekçi olmayan beklentiler veya başaramama korkusu gibi nedenlerle cinsel işlev bozukluklarının ortaya çıkmasında ve sürmesinde etken olurlar. Yanlış cinsel bilgilenmenin en sık karşılaşılanı cinsel mitlerdir. Değişik kültür ve toplumlarda önemli benzerlikler gösteren cinsel mitler toplum içinde kabul görmektedir. Bu alandaki öncü çalışmaları ile tanınan Zilbergeld çağdaş batılı toplumlarda mitlerin yaygınlık etkileri ile bunların cinsel işlev bozukluklarıyla ilişkisini araştırmıştır. Cinsel yakınmayla başvuran bireylerde cinsel bilgi düzeyi ve kaynaklarının, cinsel mitlerin ve hatalı bilişsel şemaların yol açtığı olumsuz

duyguların ilk görüşmede araştırılması gerekir. Çoğu kez bu bilgiler cinsel işlev bozukluğunun zemin hazırlayıcı, tetikleyici veya sürdürücü etkenler olarak olgunun formülasyonunda önem kazanır. Ayrıca, cinsel mitler ve önyargıların geçerlilik ve etkilerinin, bilimsel veriler ve bireyin sosyokültürel düzeyine uygun olarak yapılacak açıklamalarla ortadan kaldırılması sağlıklı ve doğru bilişsel yapılanma için ilk adım olacaktır. Bu tür bir çaba, tedavi motivasyonu ve uyumunu, dolayısıyla tedavi başarısını büyük ölçüde olumlu etkileyecektir.

Sağlıklı cinsel bilgilenme olmadan aktif cinsel yaşamın olması bazı mitlerin sönmesinde etkileri olsa bile, tüm cinsel mitlerin ortadan kalkmasına yeterli olmamaktadır. Toplumumuzda yaygın olan mitlerin sönmesi daha sağlıklı ve doyumlu bir cinsel yaşam için, cinsel bilgilerin zamanında ve doğru kaynaklardan bireylere aktarılması ile mümkündür. Bu nedenle, sağlıklı ve yeterli cinsel bilgilerin verildiği kaynaklara ihtiyaç vardır. Toplumun kültürel özellikleri de göz önüne alınarak, cinsler arası ayırımın azaltılmasına yönelik ve çocukluk ya da en azından ergenlik döneminde başlayan bir cinsel eğitimin kişilerin yanlış inanışlarını değiştirerek daha sorunsuz ve doyumlu bir cinsellik yaşamalarına katkıda bulunabilir(15)

Sonuç olarak çalışmamızdan elde ettiğimiz veriler ışığında cinsel işlev bozukluğu ile bazı cinsel mitlerin ilişkili olduğu; özellikle ağrı bozukluğu olan grupta cinsel anatomi ile ilişkili yanlış inançların belirleyici olabileceği; hem tek hem kombine cinsel işlev bozukluğu olanlarda cinsel mitlerin belirleyici olabileceği ancak tek başına cinsel mitler ile neden-sonuç ilişkisi kurulamayacağı ve cinsel işlev bozukluğunun çok etmenli bir durum olarak karşımıza çıktığı söylenebilir.

Çalışmamızda cinsel işlev bozukluğu ile cinsel mitler arasında ilişki olduğunun bulunmasının uygulamada önemi vardır. Mitlerin oluşumuna katkıda bulunan eğitim eksikliği gibi etmenlerin ortadan kaldırılması ya da

tedavi sırasında mitlerin hedef alınmasının önemli bir belirleyici etmeni ortadan kaldıracağını düşünüyoruz.

EKLER

EK 1. SOSYO DEMOGRAFİK VERİ FORMU

SOSYO DEMOGRAFİK VERİ FORMU

1-Denek grubu:1.()Hasta

2.()Normal

3.()Hasta eşi ve Normal

4.()Hasta eşi ve Hasta

5.()Hasta olan eş

2-Cinsiyeti : 1.() E

2.() K

3-Yaşı:

Adı, Soyadı :

Adres:

Telefon:

4-Doğum Yeri : 1.() İl

2.() İlçe

3.() Köy

5-Oturduğu yer: 1.() İl

2.() İlçe

3.() Köy

6-Sosyal güvence : 1.() Yeşil kart

4.() Bağ-Kur

2.() S.S.K.

5.() Emekli sandığı

3.() Özel hayat sigortası

6.() Yok

7-Eğitim yılı : ()

8-Son mezun olduğu okul :

1.() İlk

2.() Orta

3.() Lise

4.() Üniversite/Yüksek Okul

5.() Okuma yazma yok

6.() Okur yazar

9-Mesleği :

1.() Ev Hanımı

6.() Çiftçi

11.() Polis

16.() Tıbbi mümessil

2.() İşçi

7.() Emekli

12.() Emekli polis

17.() Mühendis

3.() Memur

8.() İşsiz

13.() Doktor

18.() Hemşire

4.() Serbest (Esnaf)

9.() Öğrenci

14.() Öğretmen

19.() Emekli hemşire

5.() Sanayici-işadamı

10.() Diğer

15.() Emekli öğretmen

20.() Yönetici

10-Medeni durumu: 1.() Hiç evlenmemiş 4.() Boşanmış
2.() Evli 5.() Eşi Ölmüş
3.() Birlikte Yaşıyor

11-Evli ise evlenme şekli : 1.() Görücü usulü 2.() Tanışarak

12-Cinsel partneri : 1.() Var 2.() Yok

13-Eşinin (Cinsel partnerinin) eğitim yılı : ()

14-Eşinin (Cinsel partnerinin) son mezun olduğu okul :

1.() İlk 2.() Orta 3.() Lise
4.() Üniversite/Yüksek Okul 5.() Okuma yazma yok 6.() Okur yazar

15-Çocuk sayısı: ()

16-Çocuk dışında evde yaşayanlar :

1.() Anne 2.() Baba 3.() Kayınvalide 4.() Kayınpeder
5.() Diğer 6.() Anne-Baba 7.() Kayınvalide- kayınpeder

17-Annesinin eğitim yılı : ()

18-Annesinin son mezun olduğu okul :

1.() İlk 2.() Orta 3.() Lise 4.() Üniversite/Yüksek Okul
5.() Okuma yazma yok 6.() Okur yazar

19-Babasının eğitim yılı : ()

20-Babasının son mezun olduğu okul :

1.() İlk 2.() Orta 3.() Lise
4.() Üniversite/Yüksek Okul 5.() Okuma yazma yok 6.() Okur yazar

21-Aylık Geliriniz : 1.() 300 ve altı 4.() 1.100 - 1.500
2.() 301 – 700 5.() 1. 501 ve üstü
3.() 701 – 1.100

22-İlk cinsel bilgileri edinme şekliniz:

- | | | |
|-------------------------|-----------------------------|----------------------|
| 1.()Aile | 2.()Okul | 3.()Arkadaş |
| 4.()Kitap-TV | 5.()Porno | 6.()Bilgi edinmedim |
| 7.()Diğer, açıklayınız | 8.()Arkadaş+kitap-TV | 9.()Arkadaş+okul |
| 10.()Aile+arkadaş | 11.()Aile+arkadaş+kitap-TV | 12.()Eşinden |

23-Cinsel bilgisini yeterli bulması : 1.() Evet 2.() Hayır

24-Korunma yöntemi :

- | | | | |
|----------------|------------------------|------------------|------------------------|
| 1.()Yok | 2.()Prezervatif | 3.()RİA | 4.()Oral Kontraseptif |
| 5.()Vazektomi | 6.()Geriçekme yöntemi | 7.()Tubligasyon | |

25-Menopoz varlığı : 1.() Doğal menopoz 2.()Yok 3.() Cerrahi menopoz

26-Psikiyatrik Hastalık Öyküsü : 1.() Var 2.()Yok

27-Sistemik Hastalık: 1.() Var 2.()Yok

28-Kullandığı ilaçlar: 1.() Var 2.()Yok

EK 2. HAMILTON DEPRESYON DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ(HAM-D)

Hasta adı, soyadı:

Tarih: / /

Hastanın yaşı, cinsiyeti:

Uygulayan:

HAMILTON DEPRESYON DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ (HAM-D)

1. Depresif ruh hali

(Keder, ümitsizlik,
çaresizlik, değersizlik)

0. Yok
1. Yalnızca soruları cevaplarken anlaşılıyor
2. Hasta bu durumları kendiliğinden söylüyor
3. Hastada bunların bulunduğu, yüz ifadesinden, postüründen, sesinden ve ağlamasından anlaşılıyor
4. Hasta bu durumlardan birinin kendisinde bulunduğunu sözlü veya sözsüz olarak belirtiyor.

2. Suçluluk duyguları

0. Yok
1. Kendi kendini kınıyor, insanları üzdüğünü sanıyor
2. Eski yaptıklarından dolayı suçluluk hissediyor
3. Şimdiki hastalığı bir cezalandırmadır. Suçluluk hezeyanları
4. Kendisini ihbar veya itham eden sesler işitiyor ve/veya kendisini tehdit eden görsel halüsinasyonlar görüyor

3. İntihar

0. Yok
1. Hayatı yaşamaya değer bulmuyor
2. Keşke ölmüş olsaydım diye düşünüyor ve benzer düşünceler besliyor
3. İntiharını düşünüyor veya bu düşüncesini belli eden jestler yapıyor
4. İntihar girişiminde bulunmuş (Herhangi bir ciddi girişim 4 puanla değerlendirilir)

4. Uykuya dalamamak

0. Bu konuda zorluk çekmiyor
1. Bazen gece yattığında yarım saat kadar uyuyamadığından şikayetçi
2. Gece boyunca gözünü bile kırpmadığından şikayet ediyor

5. Gece yarısı uyanmak

0. Herhangi bir sorunu yok
1. Gece boyunca huzursuz ve rahatsız olduğundan şikayetçi
2. Gece yarısı uyanıyor. Yataktan kalkmak 2 puanla değerlendirilir (herhangi bir neden olmaksızın)

6. Sabah erken uyanmak

0. Herhangi bir sorunu yok
1. Sabah erken uyanıyor ama sonra tekrar uykuya dalıyor

- 7. Çalışma ve aktiviteler**
2. Sabah erken uyanıp tekrar uyuyamıyor ve yataktan kalkıyor
 0. Herhangi bir sorunu yok
 1. Aktiviteleriyle, işiyle veya boş zamanlardaki meşguliyetleriyle ilgili olarak kendini yetersiz hissediyor
 2. Aktivitelerine, işine veya boş zamanlardaki meşguliyetlerine karşı olan ilgisini kaybetmiş; bu durum ya hastanın bizzat kendisi tarafından bildiriliyor veya başkaları onun kayırsız, kararsız, mütereddit olduğunu belirtiyor (İşinden ve aktivitelerinden çekilmesi gerektiğini düşünüyor)
 3. Aktivitelerinde harcadığı süre veya üretim azalıyor. Hastanede yatarken her gün en az 3 saat, servisteki işlerinin dışında aktivite göstermeyenlere 3 puan verilir
 4. Hastalığından dolayı çalışmayı tamamen bırakmış. Yatan hastalarda servisteki işlerin dışında hiç bir aktivite göstermeyenlere veya servis işlerini bile yardımsız yapamayanlara 4 puan verilir
- 8. Retardasyon**
(Düşünce ve konuşmalarda yavaşlama, konsantrasyon yeteneğinde bozulma, motor aktivitede azalma)
0. Düşünceleri ve konuşmaları normal
 1. Görüşme sırasında hafif retardasyon hissediliyor
 2. Görüşme sırasında açıkça retardasyon hissediliyor
 3. Görüşmeyi yapabilmek çok zor
 4. Tam stuporda
- 9. Ajitasyon**
0. Yok
 1. Elleriyle oynuyor, saçlarını çekiştiriyor
 2. Elini ovuşturuyor, tırnak yiyor, dudaklarını ısırıyor
- 10. Psikik anksiyete**
0. Herhangi bir sorun yok
 1. Subjektif gerilim ve iritabilite
 2. Küçük şeylere üzülüyor
 3. Yüzünden veya konuşmasından endişeli olduğu anlaşılıyor
 4. Korkularının daha sorulmadan anlatıyor
- 11. Somatik anksiyete**
0. Yok
 1. Hafif
 2. İlimli
 3. Şiddetli
 4. Çok şiddetli
- Anksiyeteye eşlik eden fizyolojik sorunlar:
- Gastrointestinal: Ağız kuruması, yellenme, sindirim bozukluğu, kramp, geçirme
- Kardiyovasküler: Palpitasyon, baş ağrısı
- Solunumla İlgili: Hiperventilasyon, iç çekme
- Sık idrara çıkma, terleme
- 12. Somatik semptomlar**
0. Yok

Gastrointestinal

1. İştahsız ancak personelin ısrarıyla yiyor
2. Personel zorlamasa yemek yemiyor. Barsakları veya gastrointestinal semptomları için ilaç istiyor veya ilaca ihtiyaç duyuyor

13. Somatik semptomlar

Genel

0. Yok
1. Ekstremitelerde, sırtında veya başında ağırlık hissi. Sırt ağrıları, baş ağrısı, kaslarda sızlama. Enerji kaybı kolayca yorulma
2. Herhangi bir kesin şikayet 2 puanla değerlendirilir

14. Genital semptomlar

(Libido kaybı, adet bozuklukları vb.)

0. Yok
1. Hafif
2. Şiddetli
3. Anlaşılamadı

15. Hipokondriyaklık

0. Yok
1. Kuruntulu
2. Aklını sağlık konuların atakmış durumda
3. Sık sık şikayet ediyor, yardım istiyor
4. Hipokondriyaklık delüzyonları

16. Zayıflama

(A veya B yi doldurunuz)

A.Tedavi Öncesi (Anamnez bulguları)

0. Kilo kaybı yok
1. Önceki hastalığına bağlı kilo kaybı
2. Kesin (hastaya göre) kilo kaybı

B.Psikiyatrist tarafından yapılan hastanın haftada bir tartıldığı kontrollerde

0. Haftada 0.5 Kg'dan daha az zayıflama
1. Haftada 0.5Kg'dan daha fazla zayıflama

17. Durumu hakkında görüşü

0. Hasta ve depresyonda olduğunun bilincinde
1. Hastalığını biliyor ama bunu iklime, kötü yiyeceklere, virüslere, istirahate ihtiyacı olduğuna bağlıyor
2. Hasta olduğunu kabul etmiyor

TOPLAM PUAN: _____

Ek 3. HAMILTON ANKSİYETE DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ (HAM-A)

Hasta adı, soyadı:

Tarih: / /

Hastanın yaşı, cinsiyeti:

Uygulayan:

0. Yok
1. Hafif (Düzensiz veya kısa sürelerle ortaya çıkar)
2. Orta (Daha sürekli ve daha uzun süreli olarak ortaya çıkar, hastanın bunlarla başa çıkması önemli çabaları gerektirir)
3. Şiddetli (Sürekli, hastanın yaşamına egemen)
4. Çok şiddetli (Kişiyi inkapasite durumuna getiren)

BİRİNİ İŞARETLEYİN

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 1. ANKSİYETELİ MİZAÇ: Endişeler, kötü bir şey olacağı beklentisi, korkulu bekleyiş, iritabilite. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. GERİLİM: Gerilim duyguları, bitkinlik, irkilme tepkileri, kolayca ağlamaya başlama, ürperme, yerinde duramama, gevşeyememe. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. KORKULAR: Karanlıktan, yabancılardan, yalnız bırakılmaktan, hayvanlardan, trafik ve kalabalıktan. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. UYKUSUZLUK: uykuya dalmada güçlük, bölünmüş uyku, doyurucu olmayan uyku, uyanıldığında bitkinlik, düşler, karabasanlar, gece korkuları. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. ENTELLEKTÜEL (Kognitif): Konsantrasyon güçlüğü, bellek zayıflaması. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. DEPRESİF MİZAÇ: İlgi yetimi, hobilerden zevk alamama, depresyon, erken uyanma, gün içinde dalgalanmalar. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. SOMATİK (Müsküler): Ağrılar, seyirmeler, kas gerginliği, miyoklonik sıçramalar, diş gıcırdatma, titrek konuşma, artmış kas tonusu. (Duyusal): Kulaç çınlaması, görme bulanıklığı, sıcak ve soğuk basmaları, güçsüzlük duyguları, karıncalanma duyumu. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. KARDİYOYASKÜLER SEMPTOMLAR: Taşikardi, çarpıntı, göğüste ağrılar, damarların titreşmesi, baygınlık duygusu, ekstrasistoller. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. SOLUNUM SEMPTOMLARI: Göğüste baskı veya sıkışma, boğulma duygusu, iç çekme, dispne. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

10. GASTROİNTESTİNAL SEMPTOMLAR: Yutma güçlüğü, bağırsaklarda gaz, karın ağrısı, yanma duyuları, karında dolgunluk, bulantı, kusma, gurultu, ishal, kilokaybı, konstipasyon. 0 1 2 3 4
11. GENİTOÜRİNER SEMPTOMLAR: Sık işeme, amenore, menoraji, frijidite gelişimi, erken boşalma, libido kaybı, empotans. 0 1 2 3 4
12. OTONOMİK SEMPTOMLAR: Ağız kuruluğu, yüz kızarması, solgunluk, terleme eğilimi, baş dönmesi, gerilim baş ağrısı, saçların diken diken olması. 0 1 2 3 4
13. GÖRÜŞME SİRASINDAKİ DAVRANIŞ: Yerinde duramama, huzursuzluk veya gezinme, ellerde titremeler, alında kırışma, gergin yüz, iç çekem veya hızlı soluma, yüz solgunluğu, yutkunma, geçirme, canlı tendon sıçramaları, dilate pupiller, ekzoftalmus 0 1 2 3 4

Toplam Puan: _____

Psişik: _____

Somatik: _____

EK 4. CİNSEL MİTLERİ DEĞERLENDİRME FORMU
CİNSEL MİTLERİ DEĞERLENDİRME FORMU

	Doğru	Yanlış
1. Erkek her zaman seks ister ve her zaman sekse hazırdır		
2. Cinsel ilişkiyi daima erkek başlatmalıdır		
3. Sevişme cinsel birleşmeye eşittir		
4. Erkeğin penisi sertleştiğinde en yakın zamanda boşalmalıdır		
5. Sevişme her zaman doğal ve kendiliğinden olmalıdır sevişme hakkında düşünmek ve konuşmak doğallığını bozar		
6. Tüm fiziksel temaslar cinsel birleşmeye gitmelidir		
7. Erkekler duygularını belli etmemelidirler		
8. Her erkek her kadına nasıl zevk vereceğini bilmelidir		
9. Sevişme ancak çift aynı anda orgazm olabilirse güzeldir		
10. Seksi erkek yönetir, kadının seks başlatması ahlaksızlıktır		
11. Eşler birbirlerini sevdikleri takdirde sevişmekten nasıl zevk alacaklarını da bilirler		
12. Cinsel ilişki sırasında eşler içgüdüsel olarak diğerinin ne istediğini ne düşündüğünü bilirler		
13. Masturbasyon pis ve zararlıdır.		
14. Cinsel ilişki sırasında masturbasyon yanlıştır		
15. Oral seks pistir		
16. Sertleşmiş büyük bir penis iyi sevişmenin anahtarıdır		
17. İyi sekste amaç cinsel birleşmedir		
18. Cinsel ilişki sırasında cinsel fanteziler kurmak yanlıştır		
19. Erkeğin penisinde sertleşmenin kaybı eşini çekici bulmadığı anlamına gelir		
20. Erkekler ve kadınlar 60 yaşından sonra cinselliğe ilgilerini kaybederler		
21. Erkek veya kadın sevişmeye hayır diyemez		
22. Sekste kesin, evrensel doğrular vardır		

23. Erkekler daima kadınlardan daha çabuk orgazma ulaşırlar		
24. Cinsel ilişkinin başlangıcında sertleşme güçlüğü olursa büyük olasılıkla iktidarsızlık gelişecektir		
25. Eğer erkek uyarılırsa mutlaka cinsel birleşme ister bu yüzden cinsel ilişkiye girilmeyecekse ona yaklaşmamak gerekir		
26. Erkek cinsel organının ebatları cinsel açıdan önemlidir		
27. Seks doğaldır, öğrenilemez		
28. Erkeğin eşi masum ve kutsaldır, daha doyurucu ve tatmin edici seks daha çok fahişelerle yapılmalıdır		
29. Cinsel birleşme için en doğal pozisyon, erkeğin üstte olmasıdır		
30. İlk cinsel birleşmede başarılı olunması sonraki cinsel yaşam boyunca başarılı olacağının göstergesidir		
31. Gebelikte cinsel ilişki doğacak çocuğa zarar verir		
32. Gebelikte kadınların cinsel isteği azalır		
33. Kızlık zarı yırtılınca acı verir		
34. Cinsel birleşme yorar, tüketir		
35. Kadınlar eller kullanılmadan penis hareketleriyle orgazm olmalıdırlar		
36. Erkek cinsel organı (penis) kadın cinsel organının (vajina) içine alamayacağı kadar büyüktür		
37. Penisin vajinaya girişinde mutlaka çok ağrı olur		
38. Penisin vajina içine ilk girişinde aşırı kanama olur		
39. Cinsel ilişkiye girememe süreci uzarsa evlilik boşanmayla sonuçlanır		
40. Cinsel organın görünümü tiksindiricidir		
41. Modern bir kadın olabilmek için orgazm olabilmek gerekir		
42. Eşcinsellik psikiyatrik bir hastalıktır tedavi edilmelidir		
43. Cinsel yönelim istemli bir seçimdir, değiştirilebilir		
44. Kalp krizi ve inme geçiren erkekler cinsel ilişkiden kaçınmalıdırlar		
45. Menopoz kadının cinsel isteklerinde ani bir azalmaya neden olur		
46. Ameliyatla rahmi alınmış kadın artık orgazma ulaşamaz		

EK5. DSM-IV 'E GÖRE CİNSEL İŞLEV BOZUKLUĞU SINIFLANDIRMA FORMU

Cinsel işlev bozukluğu	Yaşamboyu Edinsel tip	Yaygın Durumsal tip	Psikolojik Bileşik etkenler
Cinsel istek bozuklukları			
1.Cinsel istekte azalma			
2.Cinsellikten tikslenme bozukluğu			
Cinsel uyarılma bozukluğu			
1.Kadında cinsel uyarılma bozukluğu			
2.Erkeklerde erektil bozukluk			
Orgazmla ilgili bozukluklar			
1.Kadında orgazm bozukluğu			
2.Erkeklerde orgazm bozukluğu			
3.Prematür ejakülasyon (erken boşalma)			
Cinsel ağrı bozukluğu			
1.Disparoni (genel tıbbi duruma bağlı olmayan)			
2.Vajinismus(genel tıbbi duruma bağlı olmayan)			
Genel tıbbi duruma bağlı CİB			
Madde kullanımına bağlı CİB			

EK 6. GÖNÜLLÜ BİLGİLENDİRME METNİ

ÇALIŞMANIN BAŞLIĞI: Cinsel İşlev Bozukluğu tipleri ile cinsel mitler arasındaki ilişki

GÖNÜLLÜNÜN ADI:

1. BU ÇALIŞMANIN İÇERİK VE AMACI

Cinsel İşlev Bozukluğu bulunan hastalarda, cinsel mitlerin (kişilerin cinsel konularda ağızdan ağza dolaşarak yayılan inanışlar) Cinsel İşlev Bozukluğu tipleri ile ilişkisini saptamak.

2. İZLENECEK OLAN YÖNTEMLERİN AÇIKLANMASI

Bu çalışma kapsamında Psikiyatrist sizinle görüşme yapacak ve psikiyatrik muayenenizi gerçekleştirecektir. Sizden sadece, çeşitli soruları içeren psikolojik testleri (Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği, Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği, Cinsel Öykü Formu, Golombock Rust Cinsel Doyum Ölçeği, Cinsel Mitleri Değerlendirme Formu) yanıtlamanız istenecektir. Her gönüllü ile bir kez görüşme yapılacaktır. Bu değerlendirmeler sonunda herhangi bir fiziksel ya da psikiyatrik sorun saptanırsa size bilgi verilecek ve arzu ederseniz tedavisi için gerekli girişimler başlatılacaktır.

A. DENEYSEL İŞLEMLER VE TEDAVİ

Hastalara herhangi bir deneysel işlem uygulanmayacak, sadece gerekli olan hastalara kabul etmeleri halinde uygun tedavi verilecek.

B. ÇALIŞMANIN TAHMİN EDİLEN SÜRESİ VE KATILMASI BEKLENEN GÖNÜLLÜ SAYISI

Çalışmanın tahmin edilen süresi 1yıl, katılması beklenen gönüllü sayısı 200 kişidir.

3. YUKARIDA AÇIKLANAN ÇALIŞMA ESNASINDA UYGULANACAK OLAN İŞLEM VE TEDAVİLERİN GÖNÜLLÜYE GETİREBİLECEĞİ EK RİSK VE RAHATSIZLIKLAR

Bu çalışmada uygulanacak olan işlemlerin gönüllüye getirebileceği ek bir risk yoktur ve yaklaşık 1 saat zaman ayırmaları gerekmektedir.

4. BU ÇALIŞMANIN GETİREBİLECEĞİ OLUMLU NOKTALAR

Bu çalışma için yapılacak psikiyatrik muayene ve doldurulacak ölçeklerle ilgili herhangi bir ücret talep edilmeyecektir. Bu çalışma sonucunda elde edilecek veriler ileride CİB hastaları'nın yararına olmak üzere bu hastalarla yapılacak psikiyatrik görüşmelerde ve tedavilerinin düzenlenmesinde kullanılabilir. Ayrıca bu çalışmaya katılacak gönüllülerden psikiyatrik tedavi görmesi gerekenler için bilgi ve onayı dahilinde uygun tedavi ve takibe başlanacaktır.

5. KATILMA VE ÇIKMA

Çalışmaya katılma gönüllülük esasına dayanır. Katılmayı reddetmek veya araştırmaya katılmaya herhangi bir zamanda son vermek hiçbir cezaya veya gönüllünün hakkı olan yararların kaybına neden olmaz. Çalışmanın yürütülmesi sırasında sorumlu doktor tarafından gerekli görüldüğü durumlarda gönüllü çalışma dışı bırakılabilir. Çalışmaya katılmayı arzu etmemeniz ya da doktorunuzun sizi çalışma dışı bırakması durumunda size gösterilen tıbbi bakım ve tedavide herhangi bir aksama olmayacaktır.

6. MASRAFLAR

Çalışma ile ilgili masraflar tamamen araştırıcı ve araştırıcının kurumuna aittir, herhangi bir ücret ödemeyeceksiniz.

7. GİZLİLİK

Gönüllüye ait kimlik bilgileri gizli tutulacaktır. Bununla birlikte kanuni zorunlulukların ortaya çıktığı durumlarda gönüllüye ait kayıtlar yetkili kurum ve/veya kuruluşlar tarafından incelenebilir. Bu belgeyi imzalamakla, gönüllü böyle bir denetim için olur vermiş olur.

BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

Ben, (gönüllünün adı), yukarıdaki metni okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları açıklandı. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım zaman tedavimi üstlenenlerin herhangi bir ters tutumu ile karşılaşmayacağımı anladım.

Bu koşullarda söz konusu Klinik Araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı Soyadı:

İmzası:

Adresi (varsa Telefon No, Faks No):

Tarih (gün/ay/yıl):...../...../.....

Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin Veli veya Vasisinin

Adı Soyadı:

İmzası:

Adresi:

Tarih (gün/ay/yıl):...../...../.....

Açıklamaları Yapan Araştıracının (Doktorun)

Adı-Soyadı:

İmzası:

Tarih (gün/ay/yıl):...../...../.....

Onay Alma İşlemine Başından Sonuna Kadar Tanıklık Eden Kuruluş
Görevlisinin

Adı-Soyadı

İmzası:

Görevi:

Tarih (gün/ay/yıl):...../...../.....

KAYNAKLAR:

- 1-Sadock BJ, Sadock VA. Normal insan cinselliği, cinsel işlev ve cinsel kimlik bozuklukları. Aydın H, Bozkurt A (çeviri editörleri). Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 8. Baskı. Ankara: Güneş; 2007.1902-1915.
- 2-İncesu C. Cinsel İşlevin Fizyolojisi. Yetkin N, İncesu C (editörler). Cinsel İşlev Bozuklukları Monograflar Serisi. İstanbul: Roche Müstahzarları; 2001.7-15.
- 3-Kora K, Kayır A. Cinsel roller ve cinsel mitler. Düşünen Adam. 1996; 9(2):55-58.
- 4-Zilbergeld B. Seksi öğrenmek. Demiriz G (çeviri editörü). Erkek cinselliği. İstanbul : Bilimsel ve Teknik Yayınları Çeviri Vakfı; 1994:9-17.
- 5-Kayır A: Cinsel mitler. Ero cinsel yaşam ansiklopedisi. Milano: AMARE Gruppo; 1996(2):26-28.
- 6-Hawton K (ed). Sex therapy: A practical guide. Oxford: Oxford Univ Pres;1985.
- 7-Speckens AEM, Hengeveld MW, Nijeholt GL, et al. Psychosexual functioning of partners of men with presumed non-organic erectile dysfunction: cause or consequence of the disorder ? Arch Sexual Behav 2.1995; 157-72.
- 8-Zilbergeld B (ed). Male sexuality. Boston: Little Brown; 1978.
- 9-Şahin D, Şimşek F, Seyisoğlu H (editörler). CETAD Bilgilendirme dosyası-1. Cinsel yaşam ve sorunları: Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Alanında Ulusal ve Yerel Medya Yoluyla Savunuculuk Projesi. 2006.
- 10-Bancroft J (ed). Human Sexuality and Its Problems. 2nd edition. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1989.
- 11-Bhugra D, De Silva P. Sexual dysfunction across cultures. International Review of Psychiatry.1993;5:243-252.
- 12-Sungur MZ, Tarcan Z (editörler). CETAD Bilgilendirme dosyası-6 Erkek cinselliği, Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Alanında Ulusal ve Yerel Medya Yoluyla Savunuculuk Projesi. İstanbul: 2006.
- 13-Rowland LD. The psychobiology of sexual arousal and behavior. In: Diamont L, MacAnulty RD (eds). The psychology of sexual orientation.Behavior identity.London: Greenwood Pres; 1995: 19-42.

14-Yüksel Ş, Cindoğlu D(editörler). CETAD Bilgilendirme dosyası- 5 Kadın Cinselliği. Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Alanında Ulusal ve Yerel Medya Yoluya Savunuculuk Projesi. İstanbul: 2006.

15-Özmen HE. Cinsel mitler ve cinsel işlev bozuklukları. Psikiyatri Dünyası 1999,2:49-53.

16-Sungur MZ. Cinsel eğitim. Köroğlu E (editör). Klinik Psikiyatri. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 1998; 2:103-108

17-Lenderyou G. Sex Education: A school based perspective. Sexual and Marital Therapy. 1994;9:127-144.

18-Hamilton M. A rating scale for depression. J Nurol Neurosurg Psychiatry. 1960; 23:56-62.

19-Akdemir A, Örsel S, Dağ I, Türkıçapar H, İşcan N, Özbay H. Hamilton depresyon derecelendirme ölçeğinin geçerliliği, güvenilirliği ve klinikte kullanımı. Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi.1996; 4:251-259.

20-Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. Br J Med Psychol. 1959;32: 50-55.

21-Yazıcı MK, Demir B, Tanrıverdi N, Karaağaoğlu E, Yolaç P. Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği, Değerlendiriciler arası güvenilirlik ve geçerlik çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi. 1998; 9(2):114-120.

22-Amerikan Psikiyatri Birliği. Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması El Kitabı DSM-IV-TR. Köroğlu E (çeviri editörü). Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2001.

23- Ercan S, Gülçat Z, Gülsün M, Aydın H, Özgen F.Sertleşme bozukluğu olan erkeklerde ve eşlerinde beden algısı, kişilik özellikleri ve cinsel doyum. Türkiye'de Psikiyatri.2006(8):136-144.

24-Bozkurt A. Erkek Cinsel İşlev Bozukluklarında Psikopatolojinin araştırılması (Psikiyatri Uzmanlık Tezi). Ankara: GATA;1996.

25-Karataş E. Depresyonda Hormonal Değerşikliklerin İncelenmesi (Psikiyatri Uzmanlık Tezi). Ankara: GATA; 1994.

26-Ceyhun B, Oral N (editörler). Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri Değerlendirme Kitabı 2. Baskı. Ankara: Çizgi Tıp Yayınevi; 2003.

27-Graham JR. MMPI Uygulama ve Yorumlama Rehberi. Sorias O(çeviri editörü). 2. Baskı. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları; 1998.

28-Lachar D. The MMPI: Clinical Assessment and Automated Interpretation 4th edition. Los Angeles: Western Psychological Services; 1977.

29-Anderson BL, LeGrand J. Body Image for women: Conceptualization, assessment and a test of its importance to sexual dysfunction and medical illness. The Journal of Sex Research.1991; 28:457-477

30-Özdemir YD. Şizofrenik ve Major Depresif Hastaların Beden İmgelerinden Doyum Düzeyleri (Yüksek Lisans Tezi). Ankara: Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü;1994.

31-Derogatis L R, Melisaratos N.The DSFI: A multidimensional measure of sexual functioning. Journal of Sex and Marital Therapy.1979;5:244-281.

32-Taştan U, Saatçioğlu Ö, Erkmen H.Cinsel işlev bozukluğu olan erkeklerde anksiyete.Yeni Symposium .2005; 43(1):38-44.

33-Kockott G. Impotenz. Andrologia. 1990; 22: 105-117.

34-Smith AD. Psychological factors in the multidisciplinary evaluation and treatment of erectile dysfunction. Uro Clin North Am.1990; 15: 41-51.

35- Heiman JR, Rowland DR. Affective and physiological sexual response patterns: the effects of instructions on sexually functional and dysfunctional men. J Psychosom Res.1983; 27: 105-116.

36-Patterson DG, O’Gorman EC. The SOMA - A Questionnaire Measure of Sexual Anxiety. Br J Psychiatry. 1986;149: 63-67.

37-Patterson DG, O’Gorman EC. Sexual anxiety in sexual dysfunction. Br J Psychiatry. 1989; 155: 374-378.

38-Barlow HB .Causes of sexual dysfunction: the role of anxiety and cognitive interference. J Consult Clin Psychology. 1986; 54: 140-148.

39-Krause J, Herth T, Maier W et al. An Interdisciplinary study towards a multiaxial classification of male sexual dysfunction. Acta Psychiatr Scand. 1991; 84: 130-136.

40-Kaplan HS. The New Sex Therapy: Active Treatment of Sexual Dysfunctions. New York: Brunner Mazel; 1974.

41-Kozacıoğlu G.Çocukların anksiyete düzeyleri ile annelerin tutumları arasındaki ilişki (Doktora tezi). İstanbul: İstanbul Üniversitesi;1982.

42-Le Compte W, Le Compte G. Culture contact and parent- child relations in Turkish migrant worker families. Report: Special Research Grant No. 11

from Human Factors Panel of the NATO Scientific Committee. Ankara, 1981.

43-Le Compte WA, Öner N. Development of the Turkish edition of the State Trait Anxiety Inventory. Spielberger CD, Guerrero D (eds). Cross-Cultural Anxiety Vol I. Washington DC: Hemisphere Publishing Corporation;1976: 51-68.

44-Uguz S, Soylu L, Diler RS, Evlice YE. Psychosocial factors and sexual dysfunctions: A descriptive study in Turkish males. Psychopathology 2004;37:145-151.

45-Doğan S. Diabeteus mellituslu hastalarda depresyon ve cinsel işlev bozukluğunun değerlendirilmesi (Psikiyatri Uzmanlık Tezi). Ankara: Ankara Numune Hastanesi; 1996.

46-Raja M, Azzoni A. Sexual behavior and sexual problems among patients with severe psychosis. Eur Psychiatry, 2003;18:70-76.

47-Pinderhuges CA, Barrabee GE, Reyna LJ. Psychiatric disorders and sexual functioning. Am J Psychiatry. 1972;1276-1283.

48-Polat SA, Ozan TA. Fırat Üniversitesi tıp fakültesi 1. sınıf öğrencilerinin eğitim öncesi ve cinsellik ve AIDS konularındaki bilgi düzeyi. Fırat Tıp Dergisi. 2001;3:114-119.

49-Güleç G,Kılıç Y,Bilgiç S. ESOGÜ Tıp Fakültesi birinci ve altıncı sınıf öğrencilerinde cinsel mitlerin karşılaştırılması. Osmangazi Tıp Dergisi 2007; 29(3):136-145.

50-Armutçu E (editör). Hürriyet Türkiye'nin en kapsamlı cinsellik araştırması Türkiye Cinselliğini konuşuyor. İstanbul : Doğan kitapçılık, 2006.

51-Yaşan A, Gürgen F: Cinsel partneri olan bir hemşire grubu ile hiç partneri olmamış bir hemşire grubunun cinsel bilgi edinme yolları ve cinsel mitlerin yaygınlığının karşılaştırılması. Yeni Symposium. 2004; 42 (2):72-76.

52-Saygın M, Atalay F, Kaplan K, Çalışkan M. Sağlık görevlilerinde cinsel mitlere inanç yaygınlığı. V. Cinsellik ve cinsel işlev bozuklukları ulusal kongre kitabı poster bildiri, 2004: 190.

53-Bıkmaz FH. Fcn programlarında cinsel konular. VI. Cinsellik ve cinsel işlev bozuklukları ulusal kongre kitabı, 2006:45.

54-Kayır A. Cinsellik kavramı ve cinsel mitler Yetkin N, İncesu C. (editörler). Cinsel işlev bozuklukları monografı serisi 1. baskı. İstanbul. 1998:1:30-34.

- 55- Üçok A, Kayır A, Yücel B. Erkeklerde cinsel işlev bozuklukları ile cinsel inanışlar, cinsiyet rolleri arasındaki ilişki. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 28 (2-4):98-100.
- 56-Schover LR, Freidman JM, Weiler SJ. Multiaxial Problem-oriented System for sexual dysfunctions. An alternative to DSM-III. *Arc. Gen Psychiatry* 1982;39:614-619.
- 57- Kang BS. Adolescent's sexual problems in Korea. *Integration*. 1990; 24:33-36.
- 58-Kayır A, Geyran P, Tükel MR, Kızıltuğ A. Cinsel sorunlarda başvuru özellikleri ve tedavi seçimi. Sözel bildiri. *Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi*(1-4 Kasım Balçova İzmir.1990), Bilimsel Yayınlar kitabı. 1991:451-458.
- 59-Kayır A. Kadın ve cinsel sorunları. İstanbul. İletişim Yayınları; 1990.
- 60-Motovallı N, Yücel B, Kayır A ve ark. Üç grup evli kadının cinsel inanış ve yaşantılarının değerlendirilmesi. *Nöropsikiyatri Arşivi*. 1991; 28(2-4):94-97.
- 61-Evans DT. Speaking of sex : The need to dispel myths and overcome fears. *British Journal of Nursing*. 2000; 9(10):650-655.
- 62-Aslan SH, Alpaslan ZN, Aslan RO: Cinsel İşlev Bozukluğu Olan Erkek Hastalarda Cinsiyet Roller ve Cinsel Mitler: Karşılaştırmalı Bir Klinik Çalışma. *Nöropsikiyatri Arşivi*. 1997;34(4):169-172.
- 63-Yılmaz E, Zeytinci E, Sarı S, Karababa F, Çilli S, Kucur R: Konya il merkezinde yaşayan evli nüfusta cinsel mitlerin yaygınlığının araştırılması. İstanbul. VI. Ulusal Cinsellik ve Cinsel İşlev bozuklukları Kongresi özet kitabı, poster bildiri 2006: 126.
- 64-Özkardeş S, Özdemir Ö, İncesu C, Şimşek F, Koç S, Özden D. Sağlık Çalışanı Olarak Hemşirelerde Cinsel Mitler. 2. Uluslararası 9. Ulusal Hemşirelik Kongresi, 7-11 Eylül 2003, Antalya.
- 65-Dhall A .Adolescence: myths and misconceptions. *Health Millions*.1995; 21:26-30.
- 66-De Silva P. Ve Rodrigo EK. Sex therapy in Sri Lanka- development, problems and prospects. *International Review of Psychiatry*. 1995;7:241-246.
- 67-Zilbergeld B. The Man Behind the Broken Penis: Social and Psychological Determinants of Erectile Failure, in Raymond C. Rosen & Sandra R. Leiblum(Eds) *Erectile Disorders: Assessment and Treatment*. London: The Guilford Press;1992. 27-55.

68-Gillan P (ed). Sex Therapy Manual. Oxford: Blackwel; 1987.

69-Soylu ML, Ünal M. Cinsel İşlev Bozukluklarında Genel Sağaltım İlkeleri. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi. 1999;1:72

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi, görgü ve deneyimlerinden yararlandığım Prof. Dr. Selçuk Kırılı, Prof. Dr. Suna Taneli, Yard.Doç Dr. Aslı Sarandl, Yard. Doç Dr. Enver Yusuf Sivrioğlu, Yard. Doç.Dr Cengiz Akaya, Uzm Dr. Salih Saygın Eker'e rotasyonum boyunca eğitimimde katkısı bulunan Nöroloji Anabilim Dalı, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, ocuk ve Ergen Psikiyatrisi Anabilim Dalı, ğretim üyelerine ve araştırma görevlisi arkadaşlarıma, Psikiyatri Anabilim Dalı'nda görevli tüm çalışma arkadaşlarıma, Klinik Psikologlarımız Uzman Psikolog Birgl Aydın, Őengül Hafızoğlu ve Sema Tezcan'a, Psikiyatri kliniği hemşire ve personeline teşekkür ederim.

Desteklerini her zaman hissettiğim, tüm eğitim ve öğrenim hayatım süresince büyük fedakarlıklara katlanmak zorunda kalan annem ve kardeŐime, beni anlayıŐ ve sabırla karŐılayan eŐim ve kızım Lara'ya saygı, sevgi ve teŐekkürlerimi sunarım.

ÖZGEÇMİŞ

Aralık-1972 'de Antalya-Akseki-Cevizli'de doğdum. İlköğrenimimi Ankara'da başlayıp Antalya'da tamamladım. Antalya Lisesinden mezun olduktan sonra Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesini kazandım. 2. sınıfta yatay geçiş yaparak 1995'de Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesinden mezun oldum. 5 yıl Antalya Kızılay Kan Merkezinde "ekip doktoru" olarak çalıştıktan sonra, Antalya Esnaf ve Sanatkarlar 12 nolu Sağlık Ocağında 2 yıl "pratisyen hekimlik" yaptım. Şubat 2003'de Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı'nda eğitimime başladım. "Seks Terapisi" eğitimimi Cinsel Eğitim ve Tedavi Araştırma Derneği'nde tamamladım. Halen "Kognitif Davranışçı Terapi" ve "Sanatla Terapi ve Yaratıcılık" eğitimlerime devam ediyorum. 10 yıllık evli ve bir çocuk annesiyim.